

Inhalt

Seite

■ Eher Trampelpfade als verlässliche Finanzierungswege – Investition in Gesundheitsförderung und Prävention	02
■ Prävention – wer soll das bezahlen?	03
■ Finanzierung über die gesetzliche Krankenversicherung	04
■ Gewusst wie oder der Finanzierungsdschungel gesundheitsförderlicher Projekte	06
■ Fundraising	07
■ Ungleiche Partner – ungleiche Interessen: Industriesponsoring in der Gesundheitsförderung	08
■ Stifterland Deutschland – Die Chance für ihr Projekt	09
■ Projektförderung der Klosterkammer Hannover u. a. im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention	10
■ Evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention: Das jetzt auch noch	11
■ Gesundheitsförderungsprojekte gemeinsam finanzieren – das Beispiel ›Gesund leben lernen‹	12
■ Engagement mit Wirkung – Orientierung für soziale Investoren	13
■ Betriebliches Gesundheitsmanagement: Finanzierung, Bonussysteme und steuerliche Förderung	14
■ Interview mit Herrn Professor Jörg Sennheiser: Finanzierung von sozialen Projekten	15
■ Informationspaket zur HPV-Impfung	18
■ Berlin und Brandenburg stärken gemeinsam Prävention – Arbeitsgemeinschaft gebildet	18
■ Bewegung im Norden	19
■ Netzwerk moderne kommunale Seniorenpolitik	19
■ Modellprojekt zur interkulturellen Öffnung niedersächsischer Krankenhäuser	20
■ Fit für die Zukunft	21
■ StadtteilAktivKassen in Niedersachsen	21
■ Mediothek	22
■ Termine	26
■ Impressum	17

Im Finanzierungsdschungel von Gesundheitsförderung und Prävention

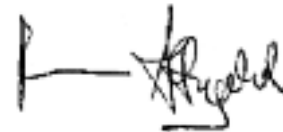
Obwohl Gesundheitsförderung und Prävention gerade jetzt sehr beliebte gesundheitspolitische Themenstellungen sind angesichts der nie endenden Verteilungskämpfe in der Gesundheitsversorgung selbst, existieren bislang keine nachhaltigen und transparenten Finanzierungsstrategien für diesen Bereich. Immer noch beruhen viele Ausgaben auf Goodwill oder kurzfristiger Konjunktur von Einzelthemen in den Medien (gestern, AIDS, heute Adipositas, morgen Depression oder Schweinegrippe...). Die Projektlandschaft wird nach wie vor dominiert von Einzelprojekten mit teilweise identischer Zielstellung sehr unterschiedlicher Träger und vor allem Medienproduktionen (Broschüren, Plakate, Spots) ohne Ende. Alles was man bunt auf weiß besitzt und getrost nach Hause tragen kann oder in öffentlichen Räumen plakatiert werden kann, wird sehr viel leichter finanziert als aufsuchende Strukturen der Gesundheitsförderung und partizipativ angelegte Präventionsprojekte.

Dieser Newsletter wirft ein Schlaglicht auf unterschiedliche Ansätze und Strategien, in Gesundheitsförderung und Prävention zu investieren. Die neuen Ausgabenzahlen der gesetzlichen Krankenkassen, die mit 339 Millionen Euro vor allem für Kursangebote wieder immense Steigerungsraten verzeichneten, werden genauso vorgestellt wie Fundraisingstrategien unterschiedlicher Einrichtungen, Anreizsysteme für Betriebe, die Fallstricke von Industriesponsoring oder neue Orientierungen für soziale Investoren. Mit einem herausragenden sozialen Investor, Prof. Jörg Sennheiser, führte die Redaktion ein spannendes Gespräch über Ansatzpunkte öffentlich-privater Partnerschaften.

Darüber hinaus werden im Schwerpunktteil Kriterien diskutiert, mit denen sinnvolle Finanzierungsstrate-

gien für Gesundheitsförderung und Primärprävention endlich für Deutschland etabliert werden können. Im aktuellen Teil dieses Heftes berichten wir u. a. über die neue Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit Berlin-Brandenburg, mit der jetzt Landesvereinigungen für Gesundheit in 14 Bundesländern existieren, über Bewegung im Norden und Netzwerke für moderne kommunale Seniorenpolitik. Wie immer sind Sie an dieser Stelle zur Beteiligung an den nächsten Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen herzlich eingeladen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Eigenverantwortung und Partizipation – Neue Normen in der Gesundheitsförderung?‹ (Redaktionsschluss 07.08.2009) und ›Suchte ohne Ende?‹ (Redaktionsschluss 06.11.2009).

Mit herzlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Eher Trampelpfade als verlässliche Finanzierungswege – Investition in Gesundheitsförderung und Prävention

Investitionen in Gesundheit und in Gesundheitsförderung finden in allen gesellschaftlichen Bereichen statt. Wenn jedes Politikfeld irgendwie auch gesundheitsfördernd sein kann, diffundiert die Verantwortung für Gesundheit leicht, zumal Gesundheit als Entscheidungskriterium in anderen Politikfeldern (z. B. Wirtschafts-, Bildungs-, Städtebau- oder Familienpolitik) nicht explizit verankert ist. Die so genannte ›Gesundheitspolitik‹ selbst organisiert in den meisten westlichen Gesellschaften eher die Rahmenbedingungen der Krankenversorgung und einige eng daran gekoppelte Präventionsprogramme. Finanzierungswege und -quellen der Gesundheitsförderung sind deshalb nur schwer zu gewichten und umfassend zu beschreiben. Volkswirtschaftlich betrachtet haben Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention im Gegensatz zu Gesundheitsausgaben einen nur geringen Stellenwert.

Der angelsächsische Begriff ›investment for health‹ hat sich im deutschen Sprachraum nicht durchgesetzt. Daran haben die intensiven Diskussionen um zwei gescheiterte Präventionsgesetzesanläufe in den letzten fünf Jahren wenig geändert.

Vor allem Investitionen in Primärprävention

In Deutschland erhielten die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) 1988 als erster Sozialversicherungszweig mit dem § 20 des SGB V eine gesetzliche Grundlage zur Finanzierung von Gesundheitsförderung. Dieser Finanzierungsweg wurde 1996 wieder abgeschafft und erst im Jahr 2000 in begrenzter Form erneut eingeführt, begrenzt durch Richtwerte und die Koppelung der Umsetzung an die ›Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen‹. Geradezu gegenläufig zum Gesetzauftrag investiert die GKV allerdings vier Fünftel der 2008 verausgabten 339 Millionen Euro in verhaltenspräventive Kursangebote, die gut gebildete, weibliche Versicherte mit höherem Einkommen am effektivsten erreichen. Der gesundheitliche und gesundheitsökonomische Nutzen dieser Programme wurde bislang zudem nicht evaluiert.

Die Ausgaben in anderen Sozialversicherungszweigen liegen weit unter denen der GKV. Die gesetzliche Unfall-

versicherung erhielt 1996 den gesetzlichen Auftrag zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren SGB VII. In den Sozialgesetzbüchern Band VI, IX und XI sind Finanzierungsmöglichkeiten für Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention enthalten. Zunehmend wichtiger wird das Engagement nicht-öffentlicher, gemeinnütziger Träger, insbesondere das von Stiftungen und Einrichtungen des privaten Sektors.

Nichtstaatliche Einrichtungen erhalten zum Teil Fördergelder aus anderen Sektoren, sie akquirieren und setzen darüber hinaus Eigenmittel, Spenden und Mitgliedsbeiträge im erheblichen Umfang ein. Die Tabelle zeigt die wichtigsten Strukturen der Finanzierung von Gesundheitsförderung und Primärprävention auf den unterschiedlichen Ebenen. Der Anteil privater Investitionen in Gesundheitsförderung wächst angesichts der prekären öffentlichen Haushaltslagen. Zunehmende Bedeutung, insbesondere für nichtstaatliche Einrichtungen, hat seit Anfang der 90er Jahre das professionelle Fundraising.

Der größte Finanzierungsanteil der gesundheitsfördernden Maßnahmen und Präventionsprogramme wird immer noch aus öffentlichen Mitteln bestritten, auch wenn genaue Übersichten, die alle staatlichen Ebenen und verschiedene Primärpräventionsfelder berücksichtigen, fehlen. Der Bereich organisiert sich quasi urwüchsig als ›gesamtgemeinschaftliche Aufgabe‹. Die GKV benutzt den Hinweis auf andere Zuständigkeiten unter diesem seltsamen Terminus *technicus* nur, um möglichst wenig in effektive Gesundheitsförderung zu investieren und stattdessen weiterhin Halteprogramme für gut verdienende Versicherte ungehemmt finanzieren zu können. Mischfinanzierungen zwischen öffentlichen Geldern, Mitteln der Sozialversicherungsträger und privaten Trägern nehmen dennoch zu, was beispielsweise in der Auslobung des deutschen Präventionspreises deutlich wird.

Finanzierungsdilemmata

Allerdings gibt es zwei grundsätzliche Dilemmata bei den genannten Finanzierungswegen. Zum einen wird vor allem in Wissensvermittlung investiert, zum anderen existieren kaum

	Staatliche Stellen	Öffentlich-rechtliche Körperschaften	Freie Träger/NGOs	Private Träger
Europäische Ebene	Aktionsprogramme, Gemeinschaftsinitiativen oder Haushaltslinien der EU Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Bilbao	European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions, Dublin	European Section of IUHPE (International Union for Health Promotion and Education)	Multinationale Betriebe, international agierende Stiftungen
Nationale Ebene	Haushaltsmittel der Bundesministerien insbesondere derjenigen für Arbeit Ernährung, Familie, Gesundheit, Jugend und Umwelt sowie deren nachgeordneten Behörden BzgA und BAuA	Ausgaben der Spitzenverbände der GKV nach § 20 SGB V, der gesetzlichen Unfallversicherer nach § 14 SGB VII, der Rentenversicherer, Mittel von Körperschaften auf Bundesebene, z. B. der Ärzteschaft	Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Deutscher Olympischer Sportbund, Bundesarbeitsgemeinschaft ›Mehr Sicherheit für Kinder‹	Großbetriebe, Investitionen nach Arbeitsschutzgesetz, Stiftungsgelder, z. B. Robert-Bosch-Stiftung, Bertelsmannstiftung
Ebene der Bundesländer	Haushaltsmittel von der Landesministerien für Familie, Gesundheit, Jugend, Soziales, Kultus und Frauen sowie deren nachgeordneten Behörden (z. B. Landesgesundheitsämter)	Ausgaben der Landesverbände der GKV, der gesetzlichen Unfallversicherer, der Rentenversicherer	Landeszentralen/-vereinigungen für Gesundheit, Landessektionen der DGE, Landessportbünde	Großbetriebe, landesbezogene Stiftungen z. B. Spenden und Privatinitiativen
Kommunale Ebene	Mittel aus kommunalen Haushalten, Gesundheitsämter, Schulverwaltungen	Ausgaben der GKV, der Gemeindeunfallkassen	Gesundheitszentren, lokale Gesundheitsinitiativen, Lokale Stiftungen Sportvereine	Klein- und Mittelbetriebe, Spenden und Privatinitiativen

► Rolf Rosenbrock

Prävention – wer soll das bezahlen?

dauerhafte Investitionen in gute Gesundheitsförderungs- und Präventionspraxis. Ein Modell guter Praxis reiht sich an das nächste. Das Gros der Präventionsaktivitäten beschränkt sich auf die Entwicklung von Materialien, Kurs- und Internetangeboten und setzt damit auf Wissensvermittlung, deren tatsächlicher Gebrauchswert für die Zielgruppen kaum evaluiert wird. Diese ›Prävention light‹ ohne relevanten Kontextbezug ist zwar unaufwändig zu organisieren und vergleichsweise einfach zu finanzieren, hat aber, wenn überhaupt, nur eine geringe gesundheitliche Wirkung.

Sehr schnell werden Präventionsmittel bereit gestellt, um einen (vermeintlich) gesundheitlichen Missstand, der in den Medien Konjunktur hat, abzuwenden. Meist gibt es dann unter großer Presseresonanz ein wenig Geld für lokal und zeitlich eng begrenzte Modellprojekte. Damit wird vor allem eines vermittelt: Das gute Gefühl, schnell reagiert zu haben. Diese Projekte arbeiten sehr gut, weil dort engagierte Fachleute tätig sind und das Umfeld interessierter als an Regelversorgungsstrukturen in dem jeweiligen Feld ist. Zumeist kommt es aber dennoch nicht zu dauerhaften Strukturverbesserungen und langfristiger Festlegung von öffentlichen Geldern zum Teil auch, weil dann bereits auf die nächste gesundheitliche Problemlage mit einem Modellprojekt reagiert werden muss.

Perspektiven

Die Tabelle enthält keine Angaben über Investitionen von Einzelpersonen in ihre persönliche Gesundheitsförderung. Gerade hier ist aber im letzten Jahrzehnt ein beachtlich wachsender, marktförmig organisierter Sektor entstanden. Persönliche Gesundheitsförderung wird mit Begriffen wie Wellness, Fitness, Gesundheitscoaching und individuellen Gesundheitstrainings umschrieben und beworben.

Die Heterogenität der Finanzierungsträger hat die Diskussion um gemeinschaftliche Finanzierungsmodelle in den letzten Jahren intensiver werden lassen. Nur über neue Ansätze zur Bündelung der Aktivitäten von Regierungen, nicht-staatlichen Organisationen, Bildungseinrichtungen und des privaten Sektors kann eine breitere Basis für die Finanzierung der Gesundheitsförderung sichergestellt werden. In anderen deutschsprachigen europäischen Ländern existieren Vorbilder für eine Gemeinschaftsfinanzierung bzw. eine nationale Stiftung Prävention. Ähnlich verlässliche Gemeinschaftsfinanzierungsstrategien haben sich in Deutschland bisher leider nicht etablieren lassen. Hier wird nach wie vor auf allen Ebenen in träger- statt zielgruppenorientierte Programme mit mehr oder weniger großen Reichweiten investiert. Auch mögliche Synergieeffekte unterschiedlicher Präventionsansätze (z. B. Sucht-, Kriminal-, Gewalt-, und Unfallprävention) werden nicht genutzt, weil die Finanzierungswege unterschiedlichen Sektoren zugeordnet sind. Mehr Investitionen in integrierte Präventionsansätze und in beteiligungsorientierte gesundheitsfördernde Settingarbeit, würde Kosten sparen und vor allem die Anfälligkeiten für jedwede neue Präventionsmode drastisch senken. ●

›Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe‹ – dieser Satz wird in der politischen Debatte zur Finanzierung der Prävention regelmäßig zur Abwehr von Forderungen benutzt, gewissermaßen als Spezifizierung des Sankt-Florian-Prinzips: ›Heiliger Sankt Florian, verschon' mein Haus, zünd' andre an!‹ Das ist im praktisch-politischen Leben oft ärgerlich, aber leider stimmt es eben: Eine dem Wissensstand angemessene Gesundheitspolitik ist konzeptionell an der Veränderung der Gesundheitsdeterminanten, Teilhabe am Gemeinschafts- und Arbeitsleben, Bildung, Einkommen, health literacy, orientiert und versucht bezogen darauf und herunterdekliniert auf viele, viele einzelne Faktoren nach Maßgabe ihrer gesundheitlichen Relevanz Belastungen zu senken und Ressourcen zu stärken. Die Beseitigung von Kinderarmut, der Ausbau von Elementar-erziehung, die Verringerung der Einkommensspreizung, die Schaffung von annehmbaren Spiel- und Sportmöglichkeiten, der nicht nur formal, sondern auch materiell gleiche Zugang zu Bildung sind in diesem Verständnis ebenso Primärprävention wie eine funktionierende Bau- und Lebensmittelaufsicht, hygienische Wasserversorgung und -entsorgung, Leitplanken an Straßen, Handlungsspielräume bei abhängiger Arbeit, Quartiersmanagement, Verbot von Zigarettenautomaten, Unterstützung von community building, die Stärkung von Partizipation und sozialer Vernetzung, Entwicklung von health literacy und vieles, vieles mehr. Unter dem Gesichtspunkt der Zuordnung von Finanzierung gerät man auf diesem wissenschaftlich konsequenten Weg ins Uferlose.

Berechnungsmöglichkeiten der Kosten

Eine Zuordnung der Kosten nach der Verantwortlichkeit für die zu verhütenden Gesundheitsverluste (›Verursacherprinzip‹) führt ebenso wenig zu schlüssigen Lösungen wie eine Aufteilung nach dem gesundheitlichem Nutzen der Prävention (›Begünstigtenprinzip‹). Auch die Quantifizierung der notwendigen Ausgaben zur Umsetzung der Ottawa-Charta (... allen Menschen einen immer höheren Grad an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen ...) dürfte keine wissenschaftlich sauber und im Konsens zu lösende Aufgabe sein. Einen ersten groben Zugriff könnte die Aufteilung aller (!) privaten und öffentlichen Ausgaben nach den Kriterien ›gesundheitsdienlich‹, ›gesundheitsneutral‹ und ›gesundheits-schädlich‹ bieten, wobei dann noch Unterscheidungen zwischen spezifisch gesundheitsbezogenen Ausgaben und solchen mit multipler Zielsetzung mit entsprechenden Aufteilungen vorzunehmen wären.

Die üblichen Berechnungen lassen sich auf solche theoriegeleitete Konzepte erst gar nicht ein und addieren meist einfach die Ausgaben, bei denen ›Gesundheit‹ und ›Prävention‹ (und manchmal auch ›Gesundheitsförderung‹) auf dem Etikett steht. So kommen etwa die OECD-Berechnungen zustande, nach denen in Deutschland im Jahre 2005 immerhin 4,8% der ›Gesundheitsausgaben‹ (auch so eine dubiose Größe) für Prävention ausgegeben worden sein sollen (OECD-Durchschnitt: 2,7%, Spitzenreiter: Niederlande 5,5%, die Schweiz mit 2,1% etwas abgeschlagen). Bei vielen dieser Berechnungen werden die Kosten für Impfungen, sekundärpräventive Screenings, nicht aber die daraus folgenden Kosten frühzei-

tiger, d. h. Krankheit vermeidender, also präventiver Therapie oder vorbeugender Rehabilitation mitgezählt, also all das, was innerhalb des ›Gesundheitssystems‹ (ebenfalls ein schillerndes Konstrukt) explizit für diese Zwecke ausgegeben wird. Vergeblich sucht man hingegen z. B. die Mehrkosten, die dadurch anfallen, dass beim Umgang mit Patienten und Patientinnen in der Krankenversorgung systematisch Bewältigungsressourcen gestärkt werden, obwohl durch solche (tertiär-)präventiven Bemühungen effektiv Primärprävention von Folgeerkrankungen betrieben werden kann.

Probleme und Lösungsansätze

Es gibt also beträchtliche theoretische und methodische Probleme zu bestimmen, wie viel Geld derzeit für Prävention einschließlich Gesundheitsförderung ausgegeben wird. Kein Wunder, geht es doch um einen omnisektoralen und tendenziell unendlichen Prozess, in dem die meisten Veränderungen und damit zumeist auch Kosten nicht ausschließlich und eindeutig auf Gesundheit zu beziehen sind.

Gefragt ist also Pragmatik. Die derzeit auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen in Arbeit befindlichen Präventionsgesetze in Österreich, der Schweiz und in Deutschland sehen eine Finanzierung durch Anteile bzw. Aufschläge auf die Beiträge bzw. Prämien zur Krankenversicherung vor: Der deutsche Anlauf von 2005 ging mit der Einbeziehung der anderen Zweige der Sozialversicherung und dem Versuch einer Koordination mit staatlichen Programmen und Projekten noch etwas weiter (Die Ausklammerung der Arbeitslosenversicherung und der Privaten Krankenversicherung (PKV) beruhte nicht auf Systematik sondern auf Macht.).

Verbunden ist damit die politische Grundentscheidung, die ›vierte Säule‹ aus dem bestehenden System der sozialen Sicherung heraus zu entwickeln. Das ist pragmatisch vertretbar, weil hier gute Daten und manche Expertise zu Problemen, Daten, Zielgruppen und Interventionsmöglichkeiten vorhanden ist. Die Entscheidung impliziert aber auch eine Beschränkung auf Interventionen, die diese Institutionen ›können‹, zumindest aber kaufen können. Dabei handelt es sich regelmäßig um Angebote der individuellen Verhaltensbeeinflussung und der professionellen Unterstützung von ›Lebenswelten‹ (settings), die sich auf den Weg der partizipativen Belastungsminderung und Ressourcenstärkung (und damit auch indirekt, aber wirkungsvoll: der Verhaltenslenkung) machen wollen. Die Tatsache, dass die GKV im Rahmen des § 20 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch im Jahre 2007 – bei Ausgaben von ca. 300 Millionen Euro (das sind knapp 2% der Ausgaben für Krankenversorgung) – ca. 80% der Ressourcen auf mittelschichtfreundliche und werbewirksame individuelle Verhaltenskurse und nur ca. 20% auf Projekte – höchst unterschiedlicher Qualität – in betrieblichen und nicht-betrieblichen Settings verwendete, verweist auf die Notwendigkeit, nicht nur einen Finanzier zu bestimmen, sondern auch dessen anreizbedingte Interessenlage zu berücksichtigen.

Aber auch die – pragmatisch gut zu begründende – Beschränkung einer gesetzlichen Regelung auf explizite, nicht-medizinische Primärprävention über Sozialversicherungen ist nicht systematisch sauber: die gleichen Ziele verfolgen auch

staatliche, zum Teil auch private Programme z. B. gegen Fremdenfeindlichkeit, Drogengebrauch, Gewalt, Kriminalität.

Gesucht wird also ein Mechanismus, der alle öffentlich verantworteten und deshalb auch meist öffentlich (mit-)finanzierten Projekte und Programme der nicht-medizinischen Primärprävention verbindlich an Ziele (ausgehend vom Oberziel: Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen) und an Qualitätsanforderungen bindet, der für verlässliche und nachhaltige Finanzierung auch langfristiger Interventionen sorgt und dabei auch die kreativen Potenziale der vielen grassroot Projekte fördert und nutzt. Da das Ganze möglichst ohne ›Bürokratie‹ auskommen soll und die deutsche Finanzverfassung formal die Mitbestimmung staatlicher Stellen über die Verwendung von Sozialversicherungsgeldern verbietet (›Mischverwaltung‹), ist dies keine leichte Aufgabe. Der derzeitige Schweizer Gesetzentwurf sieht die Errichtung eines unabhängigen ›Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung‹ unter staatlicher Aufsicht vor, das auf gesetzlicher Grundlage Versicherungsgelder und Steuermittel einnimmt und ausgibt. (Natürlich könnte dies auch ohne Schaden für die Qualität aus zu 100% Steuermitteln finanziert werden.) So etwas könnte auch in Deutschland, beim nächsten Anlauf zu einem Präventionsgesetz in der nächsten Legislaturperiode, ein erster Schritt sein. Auf einer solchen Grundlage ließe sich dann auch besser darüber nachdenken und debattieren, wie die vielen Wege zu einer ›healthy public policy‹ zu gestalten und zu finanzieren wären. ●

PROF. DR. ROLF ROSENBRUCK, *Wissenschaftszentrum Berlin, Reichspietschufer 50, 10785 Berlin, Tel.: (030) 254 91-5 71, E-Mail: rosenbrock@wzb.eu*

► Volker Wanek, Karin Schreiner-Kürten

Finanzierung über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die gesetzlichen Krankenkassen fördern primärpräventive Aktivitäten auf der Grundlage von § 20 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Inhalte und Qualitätskriterien der förderfähigen Maßnahmen sind in einem Leitfaden geregelt, den der GKV-Spitzenverband mit verbindlicher Wirkung für die derzeit (am 2. Mai 2009) bestehenden 196 Krankenkassen erlässt. Die aktuelle Fassung dieses Leitfadens wurde 2008 noch von den früheren Spitzenverbänden der Krankenkassen verabschiedet und gilt so lange, bis der seit 1. Juli 2008 zuständige GKV-Verband eine Neufassung beschließt (GKV-Leitfaden Prävention: www.gkv-spitzenverband.de, Rubrik Vertragspartner/Prävention).

Zielgruppen und Maßnahmen

Da der Gesetzauftrag des § 20 SGB V insbesondere die Reduktion der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen beinhaltet, sind die Leistungen vorrangig auf Personen mit sozialen Benachteiligungen zu konzentrieren. Gleichzeitig müssen Leistungen selbstverständlich allen Ver-

sicherten zur Nutzung offen stehen – abhängig von ihrem individuellen präventiven Bedarf und unabhängig von ihrem Sozialstatus oder ihrer Erreichbarkeit in bestimmten Lebensbereichen. Um dieser doppelten Anforderung gerecht zu werden, beschreibt der GKV-Leitfaden Prävention zwei grundlegende Ansätze bzw. Zugangswege für Interventionen: den individuellen Ansatz (Kurse bzw. Gruppenberatungen), der in erster Linie auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet ist, sowie den Setting- oder Lebenswelt-Ansatz, der statt auf Individuen auf Lebensbereiche abzielt und eine Förderung der Gesundheit primär über Strukturbildung in den jeweiligen Settings anstrebt.

Umsetzung

Danach können die Krankenkassen die präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen entweder selbst erbringen, oder geeignete Anbieter mit der Durchführung beauftragen. In der Praxis findet sich daher eine Vielzahl unterschiedlicher Durchführungs- bzw. Förderformen: von der Anstellung eigener Fachkräfte, insbesondere bei den ernährungsbezogenen Kursangeboten, über die Beauftragung von Honorarkräften bis zur reinen Kostenerstattung, bei der nach der Inanspruchnahme die Teilnahmebescheinigung zwecks Kostenerstattung vorgelegt wird; während die Krankenkasse bei den von ihr selbst angebotenen Kursen die Kosten meist in voller Höhe übernimmt, werden diese bei den Kursen von anderen Anbietern meist nur bis zu einer bestimmten Höhe erstattet. Fördervoraussetzung ist in jedem Fall die regelmäßige Kursteilnahme. Vor Durchführung bzw. Inanspruchnahme eines Angebots sollten Anbieter und Versicherte die Förderfähigkeit mit der/den Krankenkasse(n) klären.

Setting-Ansatz

Auch im Bereich des Setting-Ansatzes finden sich unterschiedliche Förderformen, die von der Eigenleistung bis zur reinen Kostenerstattung reichen. Da in Settings wie z. B. Schulen und Kindertagesstätten, auf die sich die meisten GKV-geförderten Gesundheitsförderungsmaßnahmen konzentrieren, die dort erreichbaren Kinder und Eltern in der Regel bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert sind, empfiehlt der Leitfaden eine Abstimmung und Kooperation der Krankenkassen untereinander. Wegen des politisch verordneten Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander ist diese sachlich wünschenswerte Kooperation, durch die Kräfte gebündelt und Doppelarbeit vermieden wird, jedoch die Ausnahme.

Einrichtungen wie z. B. Schulen oder Kindertagesstätten sowie erfahrene Anbieter können bei den Krankenkassen die Förderung gesundheitsfördernder Aktivitäten beantragen. Für die GKV ist es wichtig, dass die beantragten Aktivitäten in ein Gesamtkonzept zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings integriert sind und nicht lediglich verhaltenspräventiv wirken, Zielgruppen und verantwortliche Stakeholder müssen an der Planung und Umsetzung beteiligt sein und mit dem Projekt dürfen keine Verpflichtungen der öffentlichen Hand auf die GKV verlagert werden. Ferner müssen die Antragsteller einen angemessenen Anteil an Eigen- oder anderweitig finanzierten Drittmitteln in das Projekt einbringen, da die GKV

nicht der alleinige Finanzier der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Prävention werden kann und will. Die Antragsteller können auch geldwerte Leistungen einbringen. Für die Beantragung von settingbezogenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen stehen auf den Internetseiten der Krankenkassen Kontaktdaten und Antragsformulare zur Verfügung.

Anbieter von Maßnahmen brauchen für ihre mit den Krankenkassen erzielten Umsätze keine Mehrwertsteuer an das Finanzamt abzuführen. Allerdings hat sich diese Rechtsauffassung noch nicht bei allen Finanzämtern durchgesetzt und es wird insbesondere im Bereich des individuellen Ansatzes versucht, die Einnahmen mehrwertsteuerpflichtig zu machen. Der GKV-Spitzenverband bemüht sich in dieser Frage um Rechtsklarheit.

Budget und Ausgaben

Anders als z. B. bei der Versorgung mit ärztlichen Leistungen besteht auf Leistungen der Primärprävention seitens der Versicherten nur ein grundsätzlicher Anspruch auf Teilhabe an den von der Krankenkasse zu gewährenden geeigneten Leistungen und kein individueller Rechtsanspruch. Der Grund für die ›schwächere‹ Rechtsqualität der Leistungsansprüche liegt in der engen finanziellen Budgetierung dieser Leistungen. § 20 Abs. 2 SGB V gibt einen Richtwert von zur Zeit 2,82 Euro je Versicherten und Jahr vor, der von den Krankenkassen für die Primärprävention, einschließlich betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung (BGF) nach §§ 20 a und 20 b SGB V aufzuwenden ist. Das GKV-Präventionsbudget beläuft sich damit bei 70,3 Millionen GKV-Versicherten auf etwa 198 Millionen Euro. Der oben genannte Richtwert bedeutet selbstverständlich nicht, dass die von den einzelnen Versicherten beanspruchten Leistungen auf 2,82 Euro beschränkt sind; vielmehr bezieht er sich auf die gesamte Versichertengemeinschaft.

Tatsächlich haben die Krankenkassen aber weit mehr, nämlich 339 Millionen Euro bzw. 4,82 Euro pro Kopf (2008) für die Primärprävention einschließlich BGF ausgegeben und die Zahl der mit Präventionsmaßnahmen direkt erreichten Personen lag bereits 2007 bei ca. 4,2 Millionen. Zusätzlich wurden 2,4 Millionen Menschen über die Auswirkungen der Maßnahmen indirekt in den Settings erreicht. Der Schwerpunkt der GKV-geförderten Prävention liegt auf den Leistungen des sogenannten individuellen Ansatzes, den klassischen Gesundheitskursen. Hierfür werden ca. 83 % der 339 Millionen Euro verwendet. Den zweitgrößten Bereich beansprucht die betriebliche Gesundheitsförderung mit ca. 11% gefolgt von der Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings oder Lebenswelten mit 6%. Zur Förderung kassenartenübergreifender Zusammenarbeit und der Kooperation zwischen öffentlicher Hand und GKV kommt den ›regionalen Knoten‹ des Kooperationsverbundes jetzt und in Zukunft eine wichtige Rolle zu. ●

DR. VOLKER WANER, KARIN SCHREINER-KÜRTEIN, *Bundesverband der Innungskrankenkassen, Friedrich-Ebert-Straße/TechnologiePark, 51429 Bergisch Gladbach, Tel.: (0 22 04) 44 - 0*
E-Mail: volker.wanek@gkv-spitzenverband.de,
karin-schreiner-kuerten@gkv-spitzenverband.de

Gewusst wie oder der Finanzierungsdschungel gesundheitsförderlicher Projekte

Wer, wie unser Protagonist, seit nahezu 20 Jahren immer wieder nach Finanzierungsmöglichkeiten für Projekte der Gesundheitsförderung sucht, ist Kummer gewohnt, hat eine hohe Leidensfähigkeit entwickelt und weiß so manche Geschichte zu erzählen. In Fachkreisen nennt man diese Anekdoten ›Spendenlatein‹.

Unser Mann jagt unablässig hinter finanziellen Mitteln her und versucht, für die Projekte seiner Organisation neue Geldquellen zu erschließen, indem er potenzielle Förderer von der Sinnhaftigkeit, Nachhaltigkeit und gesellschaftlichen Relevanz seiner Vorhaben zu überzeugen sucht. Dabei steht am Anfang immer eine gute Idee. Im vorliegenden Fall denkt unser Mann an die Lebensbedingungen von Kindern. Er hofft, wenn es um Kinder geht, dann träfe er bestimmt auf offene Ohren, und wenn er dann noch die Themen Sucht und Gewalt ins Spiel bringe, dann sei die Finanzierung seines geplanten Projektes praktisch ein Selbstläufer.

Von der guten Idee beseelt, macht er sich auf den Weg in die Werbeabteilung eines großen Konzerns. Deren Logo findet sich als Sponsoringpartner auf jedem zweiten Veranstaltungspakat der Region. Der Werbeleiter ist nett und hört sich sein Anliegen an, kann aber leider nichts für den Bittsteller tun. Seine Geschäftsführung lege ihre Sponsoringsschwerpunkte leider auf andere Tätigkeitsfelder. In anderen Unternehmen geht es ihm anschließend ähnlich. Die einen haben ihre Sponsoringmittel bereits für die nächsten beiden Jahre festgelegt, die anderen unterstützen nur kulturelle Projekte. Das vierte Unternehmen ist bereit, einen Teilbereich des Projektes zu finanzieren, besteht dafür aber auf einem Exklusivrecht als Sponsor. Doch er will sich sein Projekt nicht in Einzelteile zerlegen lassen.

Frustriert macht er sich auf den Heimweg und hört dabei im Autoradio die Meldung, dass Sponsoringgelder auch mildtätige Einrichtungen, wie er sie vertritt, in die Steuerfalle tappen lassen können. Der Radiomeldung zufolge beruht Sponsoring immer auf (Geld-)Leistung und einer (Werbe-) Gegenleistung. Dies jedenfalls sei inzwischen gängige Auffassung der Steuerbehörden. Seine Stimmung hebt sich schlagartig, und er denkt ›Da habe ich ja regelrecht Glück gehabt, dass ich beim Sponsoring nicht erfolgreich war‹.

Also lieber kleine Spenden sammeln, beschließt er in der nächsten Mitarbeiterbesprechung mit seinen Kolleginnen und Kollegen. Schließlich sei ihr Verein gemeinnützig und berechtigt, entsprechende Quittungen auszustellen. Gemeinsam machen sie sich über die ›Gelben Seiten‹ her und schreiben alle Gewerbetreibenden und Unternehmen im Projektgebiet an. Doch das Geld für die Infopost hätten sie sich sparen können. Kein einziger Euro kommt dadurch in die Kasse. Im Gegenteil, durch die Portokosten ist der Finanzierungsplan des Projektes inzwischen – wenn auch mit einem zu verkraftenden Betrag – im Minus.

Anschließend vereinbart er mit der Mitarbeiterin für Öffentlichkeitsarbeit, deren gute Pressekontakte zu nutzen. Die Presseerklärung schildert die Probleme der Kinder und drückt so richtig auf die Tränendüse. Ergebnis: Die Politiker werfen sich gegenseitig Inkompetenz und Sorglosigkeit vor. Dies führt dazu, dass die Presse am Ball bleibt und unser Protagonist in

einem Exklusivinterview von einer gewieften Reporterin aufs Glatteis gelockt wird. Sie möchte, dass er sich eindeutig positioniert und sich so ins politische Scharmützel begibt. Das lehnt er dankend ab. Schlagartig erlischt auch das Interesse der Presse am Thema. Trotzdem war die Aktion erfolgreich: Er erhält eine Spende. Ein besorgter Bürger ruft bei ihm an und fragt nach der Kontonummer, auf die er 20 Euro für das Kinderprojekt überweisen könne. ›Damit ist ein Drittel unserer Portokosten wieder drin‹, zieht unser Mann zufrieden Zwischenbilanz.

Als nächstes führt ihn sein Weg zu den Krankenkassen. Schließlich hat er das Konzept für ein Settingprojekt in der Tasche, so dass einer Förderung nach § 20 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch eigentlich nichts im Wege stehen dürfte. Doch auch die Kassen winken ab. Sie trügen bereits zu zwei anderen Projekten seiner Organisation ein Scherflein bei. Damit sei ihr Soll erfüllt.

Beim Innenministerium besorgt er sich gleich am nächsten Tag die Liste der in seinem Bundesland ansässigen Stiftungen. Nach Sichtung der Unterlagen wird ihm rasch klar, keine einzige wird sein Vorhaben unterstützen.

Mittel der Lottogesellschaft könnten eine weitere Möglichkeit sein. Also rasch einen Antrag gestellt. Doch im Vergabeausschuss wittert eine andere soziale Einrichtung Konkurrenz für ihr eigenes Vorhaben und er scheitert abermals.

Dann erhält er, gewissermaßen aus dem Nichts, ein Angebot, dass er (leider!?) ablehnen muss. Ein Tabakkonzern möchte ihm hilfreich unter die Arme greifen. Zum Glück hat sein Vorstand bereits vor einigen Jahren einen Sponsoring-Codex verabschiedet, der ihm eine solche Zusammenarbeit verbietet.

Gleichwohl lässt er nicht locker und sucht weiter. Schließlich gelingt es ihm, fünf Sponsoren aufzutreiben, die sich die Projektkosten teilen wollen. Doch auch dieses Unterfangen scheitert. Die Geldgeber können sich nämlich nicht einigen, wie ihre Logos auf dem Projektflyer angeordnet werden. Jeder will das Größte und an erster Stelle stehen.

Jetzt ist er kurz davor, sein Vorhaben aufzugeben. Doch zum guten Schluss kommt ihm dann doch noch die Politik zur Hilfe. Der Presserummel war bis nach Berlin vorgedrungen. Und angesichts bevorstehender Wahlen auf kommunaler, landes-, bundes- und EU-Ebene wird ein Bundesmodellprojekt aufgelegt. Bundesweit werden dafür jährlich 5 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Immerhin erhält unser Protagonist so 16 Cent pro Kopf der Bevölkerung seines Wirkungsgebietes. Für die Rettung der deutschen Banken stellt die Bundesregierung am nächsten Tag 480 Milliarden bereit. Das sind mal schlappe 60.000 Euro pro Bundesbürger. Man muss halt Schwerpunkte setzen.

Unser Protagonist beschließt, beim nächsten Mal gleich einen professionellen Fundraiser zu engagieren. Jemanden mit Erfahrung im Einwerben von finanziellen Mitteln, jemanden der sein Geschäft versteht. Der erhält zwar fünfzehn Prozent der eingeworbenen Mittel, aber er selbst hat dann wenigstens weder Arbeit noch Aufregung. ●

FRANZ GIGOUT, *LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS), Feldmannstraße 110, 66119 Saarbrücken, Tel.: (06 81) 9 76 19 70, Fax: (06 81) 97 61 97 99, E-Mail: mail@lags.de*

► Bettina Hohn

Fundraising

Seit geraumer Zeit wird Fundraising im Nonprofit-Sektor als mögliche Lösung gehandelt, um finanzielle Lücken im Zuge des Rückgangs öffentlicher Mittel zu füllen. Welche Chancen eröffnet Fundraising?

Oft werden die Begriffe Fundraising, Mittelbeschaffung, Spendenwerbung und Sponsoring synonym verwendet. Wörtlich bedeutet Fundraising Kapital- bzw. Mittelbeschaffung. Der Versuch, den Begriff für die wissenschaftliche und praktische Arbeit zu präzisieren, hat unterschiedliche Definitionen hervorgebracht. Haibach versteht unter Fundraising die Erstellung einer Kommunikationsstrategie für die Beschaffung von finanziellen Ressourcen und grenzt den Begriff auf die Beschaffung von Finanzmitteln ein, die nicht nach klaren Förderkriterien vergeben werden und nicht regelmäßig fließen. Urselmann hat Fundraising als Teil des Beschaffungsmarketing einer Nonprofit-Organisation ohne marktadäquate materielle Gegenleistung beschrieben.

Spenden sind vom Sponsoring zu unterscheiden

Die Existenz einer marktadäquaten Gegenleistung bildet die Grundlage, um Sponsoring von Spenden abzugrenzen. Diese Unterscheidung ist auch vor dem Hintergrund steuerrechtlicher Auswirkungen für die Praxis von zentraler Bedeutung. Unter Spenden wird die Übertragung von Ressourcen verstanden, die freiwillig und ohne marktadäquate Gegenleistung erfolgt. Diese Einnahmen sind steuerfrei.

Beim Sponsoring handelt es sich im Gegensatz zur Spende um ein Geschäft auf Gegenseitigkeit, das auf dem Prinzip von Leistung und Gegenleistung beruht. Die Ziele der Unternehmenskommunikation für den Sponsoring-Geber können beispielsweise darin bestehen, das Image des Unternehmens zu verbessern. Die Einnahmen aus dem Sponsorship können für die Nonprofit-Organisation je nach Ausgestaltung steuerpflichtig sein.

Weit gefasst, meint der Begriff Fundraising sowohl Spenden als auch Sponsoring. Eine enge Definition beschränkt Fundraising auf die Beschaffung von Mitteln für am Gemeinwohl orientierte Zwecke, die ohne eine marktadäquate materielle Gegenleistung bereitgestellt werden.

Die Schätzungen zum Volumen des deutschen Spendenmarktes gehen weit auseinander. Gesicherte Zahlen liegen nicht vor, denn es gibt in Deutschland bisher keine kontinuierliche nationale Spendenberichterstattung. Verschiedene Institutionen und Einrichtungen (z. B. Statistisches Bundesamt sowie Marktforschungsinstitute) beschäftigen sich mit der Spenderfassung und -berichterstattung, doch die Angaben zum Spendenaufkommen und zur individuellen Spendenhöhe weisen noch erhebliche Lücken auf und weichen teilweise stark voneinander ab. Die ermittelten Werte für das Spendenvolumen in Deutschland reichen von 2,6 bis 5,2 Milliarden Euro.

Das Spendenaufkommen in Deutschland stagniert. Lediglich Katastrophen, die Betroffenheit auslösen und Sofort- und Nothilfemaßnahmen nötig machen, lassen die Spendeneinnahmen sprunghaft in die Höhe schnellen.

Kommunikation – zentraler Bestandteil des Fundraisings

Für unterschiedliche Zielgruppen können verschiedene Kom-

munikationskanäle eingesetzt werden. Insgesamt dominieren in Deutschland postalisch versendete Spendenbriefe (Mailings). Bei Mailings handelt es sich um persönlich adressierte und massenhaft vervielfältigte Werbebriefe, die meist an einen großen Adressatenkreis geschickt werden. Mailings sind ein klassisches Instrument des Direktmarketing und werden genutzt, um eine bestimmte Zielgruppe kostengünstig, schnell und gleichzeitig mit einer persönlichen Ansprache zu erreichen.

Der Konkurrenzdruck auf dem Spendenmarkt steigt und die Spendererträge sinken, da immer mehr Organisationen um Spenden werben. Wenn der Spendenmarkt nicht mitwächst, wird es immer schwieriger, die Ziele, die sich die Organisationen gesetzt haben, zu erreichen. Diese Entwicklung legt es für gemeinnützige Organisationen nahe, sich intensiver mit den vorhandenen Unterstützerinnen und Unterstützern auseinander zu setzen. Dies bedeutet in der Praxis, diese Spenderinnen und Spender nicht als homogene Gruppe, sondern möglichst individuell anzusprechen. Voraussetzung dafür ist eine leistungsfähige Datenbank. Die Spenderdatenbank als elektronisches Speichermedium ist das zentrale Element des Fundraisings geworden. Hier können unzählige Informationen gespeichert, Personendaten und -merkmale verknüpft und Adressen in kürzester Zeit selektiert werden.

Ein Kommunikationskanal, der vor allem für die Bindung und die Intensivierung der Beziehung zu Spenderinnen und Spendern eingesetzt werden kann, ist das Telefon. Es ermöglicht eine persönlichere und individuellere Ansprache als das Mailing. Auch die Bedeutung des Internets für das Fundraising wächst. Die Organisationen versuchen über E-Mails und Websites neue Zielgruppen zu erreichen und die Kommunikation mit den Spendern zu intensivieren. Die Wahl des geeigneten Kommunikationskanals bzw. des Kommunikationsmixes ist mit Blick auf die spendenbereite Zielgruppe zu treffen.

Fundraising-Management

Grundlage des Fundraising-Managements ist eine Situationsanalyse und die Ableitung von Zielen. Auf dieser Basis erfolgen die Entwicklung von Strategien und die Entscheidung für den Einsatz der Instrumente. Wichtig ist die Auswahl von geeigneten Projekten für das Fundraising. Dies sind Projekte, deren Ziele sich gut vermitteln lassen und durch deren Inhalte die Menschen zum Spenden aktiviert werden können. Dann müssen Zielgruppen bestimmt und angesprochen werden. Dafür ist es zentral, sich mit den Motiven der Spender auseinander zu setzen und vor diesem Hintergrund den (materiellen) Nutzen für die Spenderinnen und Spender herauszustellen. Kern des Fundraisings ist, wie im Marketing allgemein, die Gestaltung von Austauschbeziehungen, denn auch das Spenden ist ein Akt des Gebens und Nehmens. Die Gegenleistungen für die Spenderinnen und Spender sind dabei immaterielle Gratifikationen wie z. B. die Freude am gemeinsamen Erfolg sozialer Projekte. Mit dem Ziel, dem potentiellen Spender immaterielle Gratifikationen anzubieten, geht Fundraising über das bloße Spenden sammeln hinaus. Es geht vielmehr darum, ein Beziehungsmanagement aufzubauen, schon deshalb, weil es kostengünstiger ist, vorhandene Unterstützerinnen und Unterstützer langfristig an

eine Organisation zu binden, als neue zu gewinnen. Bindungskonzepte haben angesichts des intensiven Wettbewerbs um Neuspenderinnen und -spender eine besondere Bedeutung.

Herausforderungen für die Organisationen

Fundraising ist eine zentrale Managementaufgabe, die die gesamte Organisation berührt. In diesem Zusammenhang wird der Begriff der Institutional Readiness verwendet, er bezeichnet die Bereitschaft der Organisation, Fundraising zu betreiben und damit auch eine zusätzliche Anspruchsgruppe, die der Spenderinnen und Spender, zu berücksichtigen. Die Leitungsorgane müssen Fundraising befördern, auch indem sie z. B. die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen bereitstellen. Fundraising erfordert Investitionen und die Erfolge stellen sich in der Regel erst nach längerem Verlauf ein.

Die Chancen, neue Spenderinnen und Spender zu gewinnen, werden umso größer sein, je stärker ihre Beziehung zum Spendenzweck oder zur Organisation ist. Hier liegen besondere Chancen für regional arbeitende Organisationen, deren lokales Beziehungsnetzwerk eine gute Grundlage für Fundraising darstellen kann. ●

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. BETTINA HOHN, Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin, Alt-Friedrichsfelde 60, 10315 Berlin, Tel.: (0 30) 90 21-44 20, E-Mail: bettina.hohn@hwr-berlin.de

► Gerd Glaeske

Ungleiche Partner – ungleiche Interessen: Industriesponsoring in der Gesundheitsförderung?

Beispiel Tabakindustrie

Wahr oder nicht wahr? Im Social Report der British American Tobacco (BAT) Germany 2005 gibt es ein kleines Kapitel ›Unterstützung von Präventionsmaßnahmen‹ (Seite 21). Dort heißt es: ›Wie bereits in früheren Stakeholder-Dialogen diskutiert, wird einem Tabakunternehmen in der Öffentlichkeit erfahrungsgemäß Präventionskompetenz abgesprochen, da unlautere Motive unterstellt werden. Aus diesem Grund führt BAT keinerlei eigene Maßnahmen durch. BAT sieht die Verantwortung der Cigarettenindustrie eher darin, andere Institutionen und Organisationen zu entsprechenden Maßnahmen zu ermutigen und sie dabei zu unterstützen. So hat beispielsweise der Verband der Cigarettenindustrie (VdC) eine auf fünf Jahre angelegte Präventionskampagne des Bundesgesundheitsministeriums initiiert. Die deutsche Cigarettenindustrie stellt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von 2002 bis 2007 insgesamt 11,8 Millionen Euro zur Finanzierung von Programmen zur Verfügung, damit Kinder und Jugendliche nicht anfangen zu rauchen. Auf die konkrete Verwendung der Gelder und die Inhalte der Kampagnen hat die Industrie keinen Einfluss. Die BZgA ist aber dazu verpflichtet, von Maßnahmen abzusehen, die die

Industrie, deren Produkte oder den Cigarettenhandel diskriminieren und den erwachsenen Raucher verunglimpfen.‹

Die Meldung ist wahr, das Zitat echt, die Verstörung wächst. Die Zigarettenindustrie regt das Bundesgesundheitsministerium und die BZgA zur Prävention gegen das Rauchen an und bezahlt die Kampagne? Nur um das ganze richtig einzuordnen: Die Ausgaben für Tabakwaren betragen 2007 23,1 Milliarden Euro, die Einnahme des Staates für die Tabaksteuer 14,2 Milliarden Euro und die Ausgaben der Industrie für Werbung im Jahre 2006 120 Millionen Euro. Und da bietet man der Tabakindustrie für 11,8 Millionen Euro die Möglichkeit an, sich in einem Sozialreport mit einer Präventionsaktivität zu schmücken und die soziale Verantwortlichkeit einer Industrie darzustellen, mit deren Produkten immerhin 110.000 tabakbedingte Todesfälle in Verbindung gebracht werden? Dies ist genauso wenig verständlich wie die Empfehlung einer Fachgesellschaft für Migräne und Kopfschmerzen, das Kombinations Schmerzmittel Thomapyrin als Mittel der Wahl bei bestimmten Kopfschmerzen zu propagieren, obwohl kaum jemand außerhalb dieser Fachgesellschaft die Notwendigkeit dieser 3er Kombination (Acetylsalicylsäure, Paracetamol, Coffein) erkennen kann, oder die Werbung von bekannten Sportreportern oder Moderatoren für Alkohol, weil doch mit dem Bierkonsum der Regenwald gerettet werden kann.

Sponsoring schafft Verpflichtungen

Gesundheitsförderung und Prävention müssen Wege finden und Strategien dafür entwickeln, wie denn vor allem auch Jugendliche mit Tabak, Alkohol und Arzneimitteln umgehen sollten und welche Möglichkeiten bestehen, auf diese Mittel als leicht verfügbare ›Bewältigungsmöglichkeit‹ zu verzichten und andere Wege der Entlastung und Stärkung eigener gesundheitlicher Ressourcen zu finden. Dies muss unabhängig und ›unbelastet‹ geschehen. Glaubwürdigkeit und Vertrauen sind wichtige Voraussetzungen für solche Aktivitäten. Das Vertrauen ist aber schnell dahin, wenn Institutionen der Gesundheitsförderung und Prävention trotz zugegebenermaßen unwilliger öffentlicher Haushalte zustimmen, Maßnahmen insbesondere zugunsten der Kinder und Jugendlichen durch Unternehmen oder Industrieverbände zu finanzieren, die gar kein anderes Interesse haben können, als den Markt zu erweitern und Profite zu erhöhen. Sponsoring schafft Verpflichtungen, wenn nicht offen, so doch subcutan, und Sponsoring verschafft dem Finanzgeber die Möglichkeit, sich im Umfeld von Institutionen positiv zu nennen und darstellen zu können (Siehe den BAT-Sozialreport), deren Aufgabe es ist, gegen die Suchtmittelindustrie Position zu beziehen. Damit schwächt Sponsoring die Autorität dieser Institutionen, es schwächt deren Akzeptanz, sowohl national als auch international, sowohl politisch als auch wissenschaftlich – ein Ziel, das im Tabakbereich mit 11,8 Millionen Euro kostengünstig erreicht wurde. Was hinter diesem ›Deal‹ gesteckt haben könnte, zeigt ein Beitrag von Thomas Kyriss und Kollegen in der Zeitschrift ›Das Gesundheitswesen‹. Danach war dieser Betrag eine Art Gegenleistung des VdC zur Verhinderung des Verbots von Zigarettenautomaten. Die 11,8 Millionen Euro

wurden in einem entsprechenden Dokument übrigens als ›Schnäppchen‹ bezeichnet angesichts der Tatsache, dass ›wir 80 % aller Angriffe auf unsere Industrie‹ loswerden. Und dass mit dem 2007 eingeführten Chipkartensystem für Zigarettenautomaten wirklich gelingen kann, Kinder vom Kauf von Zigaretten abzuhalten, wird von Experten nachdrücklich bezweifelt.

Ungleiche Partner kommen nie zu einer win-win-Situation, die ungleichen Interessen werden fortbestehen und einen der beiden Partner schwächen. Dass derjenige geschwächt wird, der das Sponsoring anbietet, ist allerdings selbst bei sorgfältigstem Abwägen aller Vor- und Nachteile nicht zu erwarten. ●

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. GERD GLAESKE, *Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Parkallee 39, 28195 Bremen, Tel.: (04 21) 2 18-1, Fax: (04 21) 2 18-74 55, E-Mail: gglaeske@zes.uni-bremen.de*

► Katrin Kowark

Stifterland Deutschland – Die Chance für Ihr Projekt?

Mehr als 16.500 Stiftungen gibt es in Deutschland. Im Jahr 2008 haben, wie auch im Jahr zuvor, die Stiftungsgründungen die 1.000er Marke überschritten. Damit wurden in den vergangenen neun Jahren mehr Stiftungen errichtet als in der 51-jährigen Geschichte der Bundesrepublik zuvor. Das zeigt: Deutschland wird immer mehr zum Stifterland. Stiftungen sind eine tragende und immer wichtiger werdende Säule der Zivilgesellschaft.

Angesichts der Finanz- und Wirtschaftskrise erwartet der Bundesverband Deutscher Stiftungen zwar für 2009, dass kein neuer Errichtungsrekord zu verzeichnen sein wird, die Krise lässt auch das Stiftungswesen nicht unberührt. Aber das jährliche Wachstum der Zahl der Stiftungen wird auch 2009 mit mehreren hundert Stiftungen voraussichtlich wieder hoch ausfallen. Auch die Vermögen der Stiftungen haben zumindest vorübergehend gelitten, aber in der Substanz sind die Stiftungen stabil und stärken unser Gemeinwesen.

Von den mehr als 16.500 Stiftungen sind knapp 2.000 im Gesundheitssektor aktiv

Etwa 100 Milliarden Euro umfasst das gesamtdeutsche Stiftingskapital; die jährlichen Gesamtausgaben belaufen sich auf gut 30 Milliarden Euro. Ein gewichtiger Teil davon fließt auch in den relativ jungen Stiftungszweck ›Gesundheitsförderung und Prävention‹. 607 Stiftungen aller Rechtsformen haben in ihrem Satzungszweck das Wort ›Medizin‹. Insgesamt haben aber mindestens 1.034 Stiftungen im Bereich Wissenschaft und Forschung medizinische Zwecke als einen von mehreren Satzungszwecken genannt. Bezieht man auch den Stiftungszweck ›Gesundheitswesen‹ in die Abfrage in der Datenbank Deutscher Stiftungen ein, sind sogar insgesamt mindestens 1.836 Stiftungen in Deutschland im Medizin- bzw. Gesundheitssektor aktiv. ›Zahnmedizin‹ taucht in den Stif-

tungszwecken übrigens nur dreimal auf. Pharmaunternehmen spielen als Stifter oftmals auch im nichtmedizinischen Bereich eine Rolle.

Die Zahlen wirken für jene, die auf der Suche nach Fördermitteln sind, zunächst enorm, doch nur wenige Stiftungen kommen tatsächlich als Finanzierungsquelle in Frage. Denn nicht jede Stiftung vergibt Fördergelder, sondern verwirklicht ihre Zwecke selbst oder unterhält gar eigene Einrichtungen. Auch bieten fördernde Stiftungen nicht immer unbedingt die Möglichkeit, Anträge zu stellen; viele suchen sich ihre Partner häufig selbst. Außerdem sollten Fördersuchende berücksichtigen, dass mehr als 80 % aller Stiftungen lokal oder regional tätig sind. Von den vielen tausend Stiftungen, die es in Deutschland gibt, werden folglich für eine lohnende Antragstellung letztlich eine Handvoll übrig bleiben.

›Der Wurm muss dem Fisch schmecken und nicht dem Angler.‹

Bei der Antragstellung ist ein systematisches Vorgehen unerlässlich. Gewichten Sie jeden der drei Schritte, Konzept, Suche nach Stiftungspartnern und Förderantrag, gleich. Voraussetzung einer erfolgreichen Zusammenarbeit mit Stiftungen ist die gute Vorbereitung und Konzeption des Vorhabens. Zunächst sollten Sie sich selbst einige Fragen beantworten können: Welchen Nutzen hat das Projekt für die, die Sie damit erreichen möchten und für Ihre eigene Organisation? Wie möchten Sie Ihre Ziele erreichen? Werden Sie das Projekt allein oder mit Partnern durchführen? Nach Beantwortung dieser Fragen sollten Sie den Zeitrahmen zur Durchführung, den Personalaufwand, die Gesamtkosten und die Finanzierung klären. Wichtig: Keine Stiftung fördert Projekte zu hundert Prozent.

Wenn das Projektkonzept steht, beginnt die Suche nach der passenden Stiftung. Wenig sinnvoll sind breit gestreute, allgemeine Anfragen. Jede Stiftung will erkennen, dass die Anfrage bewusst an sie gerichtet ist. Für Ihre Orientierung bietet der Bundesverband Deutscher Stiftungen auf seiner Seite www.Stiftungen.org/Stiftungssuche eine Übersicht über ca. 6.000 Stiftungen mit eigener Webpräsenz. Deutlich mehr Stiftungsporträts, ca. 15.400, enthält das Verzeichnis Deutscher Stiftungen, das im Verlag Deutscher Stiftungen im Juni 2008 erschienen ist. Beide, Onlineportal und CD-ROM des Verzeichnisses, geben via Suchmaske die Möglichkeit, Stiftungen unter anderem nach Themenschwerpunkten und Postleitzahlgebieten zu suchen. Doch oft sagt der veröffentlichte Stiftungszweck noch nichts über die aktuellen Förderschwerpunkte oder die Fördertradition der Stiftung aus. Für das Einholen dieser Informationen kann es hilfreich sein, einen ersten Kontakt mit den entsprechenden Stiftungen aufzunehmen.

Im letzten Schritt muss der Antrag formuliert werden. Einige Stiftungen schätzen es, zunächst über eine Voranfrage oder Projektskizze zu verhandeln, andere befassen sich nur mit vollständigen Anträgen. Viele bieten mehrmals im Jahr Termine an, zu denen Anträge spätestens vorliegen müssen, damit das zuständige Gremium in seiner nächsten Sitzung darüber entscheiden kann. Auch hier gilt: Informieren Sie sich

umfassend über Antragsfristen. In jedem Fall sollte man sich, ganz gemäß dem Motto »Der Wurm muss dem Fisch schmecken und nicht dem Angler«, auf die Wünsche der Stiftung einstellen. Auch wenn die Details variieren, kann man davon ausgehen, dass ein gelungener Antrag folgende Anforderungen erfüllt: Der Titel ist prägnant, kurz und ansprechend. In der detaillierten Projektbeschreibung erschließt sich der Inhalt über einen logischen Aufbau. Sie sorgen dafür, dass Sie Ihre Idee verständlich erläutern und der Leser nicht ermüdet. Erläutern Sie, welche Ziele mit welcher Vorgehensweise erreicht werden sollen und wen genau Sie erreichen möchten.

Es dauert manchmal mehrere Monate, bis über einen Antrag entschieden wird. Während dieser Zeit kann es für beide Seiten hilfreich sein, ein persönliches Gespräch zu führen. Bieten Sie dies in jedem Fall an und signalisieren Sie damit auch Ihr Interesse und Ihre Offenheit an der Arbeit der Stiftung. Eine solche Gelegenheit hilft zudem beim Aufbau einer gemeinsamen Kooperationsbasis mit der Stiftung und legt – bei einem positivem Zuwendungsbescheid – den Grundstein für eine zukünftige gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit. ●

KATRIN KOWARK, *Bundesverband Deutscher Stiftungen*,
Mauerstr. 93, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 89 79 47-77,
E-Mail: katrin.kowark@stiftungen.org

► Matthias Nagel

Projektförderung der Klosterkammer Hannover u. a. im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention

Die Klosterkammer Hannover ist eine der ältesten niedersächsischen Landesbehörden. Sie verwaltet ehemals kirchlichen Besitz und hat die in der niedersächsischen Verfassung verankerte Aufgabe, Kirchen und Klöster zu unterhalten sowie kirchliche, soziale und schulische Projekte zu fördern. Zudem ist sie Stiftungsorgan für vier selbstständige, historisch gewachsene Stiftungen des öffentlichen Rechts: den Allgemeinen Hannoverschen Klosterfonds, den Hospitalfonds St. Benedikti Lüneburg, den Domstrukturfonds Verden und das Stift Ilfeld. Weitere Informationen zur Klosterkammer Hannover sind unter www.klosterkammer.de abrufbar.

Vier Stiftungen mit unterschiedlichen Förderzwecken

So dient der Domstrukturfonds Verden fast ausschließlich der Unterhaltung des Doms zu Verden und ihm benachbarter kirchlicher Gebäude.

Das Stift Ilfeld kann im kirchlichen und sozialen Bereich fördern, dies aber nur bezogen auf das ehemalige hannoversche Gebiet um Ilfeld bei Nordhausen im Südharz im heutigen Bundesland Thüringen.

Der Hospitalfonds St. Benedikti in Lüneburg fördert ausschließlich soziale Projekte.

Die weitaus größte Stiftung, der Allgemeine Hannoversche Klosterfonds (AHK), hat den umfangreichsten Stiftungszweck. Als freiwillige Leistungen stellt der AHK Fördermittel für kirchliche, bildungsbezogene und soziale Zwecke zur Verfügung. Allerdings ist das Fördergebiet auf die frühere preußische Provinz Hannover begrenzt, also im Wesentlichen auf das Gebiet des ehemaligen Königreiches Hannover.

Vergabe von Projektgeldern

Natürlich ist zu berücksichtigen, dass viele Projektanträge, die in den letzten Jahren bei der Klosterkammer gestellt worden sind und die in die unten aufgezeigten Förderbereiche passen, leider abgelehnt werden mussten. Hier sollte von den Antragsstellern berücksichtigt werden, dass trotz eines Förder Volumens von ca. 2,5 bis 3 Millionen Euro pro Jahr nur ein gewisser Teil der durchschnittlich 600 bis 650 eingehenden Anträge berücksichtigt werden kann. Dabei spielt auch eine Rolle, ob die Projekte in Gebieten Niedersachsens stattfinden, in denen sich Liegenschaften der Klosterkammer befinden. Oft fehlt jedoch den Projekten auch das Innovative. Stiftungen wollen vorrangig den ersten Schritt fördern, nicht nur die Weiterführung von auch noch so sinnvollen Projekten.

Feste Formanforderungen bei den Anträgen kennt die Klosterkammer bisher nicht. Jedoch sollte unbedingt neben einer Projektbeschreibung ein aussagekräftiger Kosten- und Finanzierungsplan mit einer Antragssumme beigefügt sein. Ebenso ist eine Bearbeitungszeit von mindestens drei Monaten zu berücksichtigen. Werden Gutachten eingeholt, kann die Frist auch deutlich länger sein, so dass ein Antrag rechtzeitig vor Projektbeginn eingereicht werden sollte. Gerade bei größeren Projekten sollte immer ein Vorgespräch gesucht werden, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Projekt förderfähig ist.

Förderungen im kirchlichen Bereich

Im kirchlichen Bereich sind grundsätzlich alle Projekte mit kirchlichem Bezug förderfähig. Dies gilt für alle Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen. Dabei handelt es sich mehr um die Unterstützung von Baumaßnahmen an besonders bedeutenden Gebäuden als um normale Bauunterhaltungsmaßnahmen. So förderte der AHK zum Beispiel die Sanierung der St. Johannistürme in Göttingen, der St.-Michaelis-Kirche in Hildesheim und des Doms zu Osnabrück und tritt jetzt auch bei der Domsanierung Hildesheim als Sponsor auf.

Auch große Orgelneubauten wurden aus Mitteln des AHK gefördert, z. B. die der Marktkirche in Hannover und der Stiftskirche Fischbeck.

Förderungen im Bildungsbereich

Im Bildungsbereich sind insbesondere Projekte zur Unterstützung schulischer Belange von Interesse. Neben der Unterstützung von Projekten, die die Förderung von Schulkindern mit Lernproblemen zum Schwerpunkt haben, liegt der Klosterkammer auch an der Begabtenförderung, z. B. um Menschen mit Migrationshintergrund wichtige Impulse zu geben. Auch Projekte, die auf den oft schwierigen Übergang von der Schule in den Ausbildungsbereich zielen, sind als besonders förderungswürdig anzusehen.

Förderungen im sozialen Bereich

Auch im sozialen Bereich vergibt die Klosterkammer vielfach Mittel für die Kinder- und Jugendförderung. Das schließt natürlich andere Projektförderungen nicht aus. So war und ist die Klosterkammer Hannover z. B. in der Altenpflege, der Arbeit mit Behinderten und der Palliativversorgung fördernd tätig. Besonders unterstützt die Klosterkammer jedoch immer wieder Projekte, die auf Jugendarbeitslosigkeit, Förderung von Menschen mit Migrationshintergrund, Sozialarbeit mit Jugendlichen und auch die integrative Arbeit mit jugendlichen Behinderten gerichtet sind.

Förderung von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention

In den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention ergeben sich Fördermöglichkeiten neben den bereits genannten in Altenpflege oder Behindertenarbeit bei Projekten in Trägerschaft von Diakonie und Caritas. Hier werden mit dem kirchlichen und sozialen Profil der Projekte zwei Stiftungszwecke gleichzeitig erreicht. Gerade Projekte, die bei dieser Thematik präventive Maßnahmen zur Gesunderhaltung Jugendlicher umfassen, passen gut in unser Förderprofil. Ebenso interessant können integrative Projekte sein. Oft handelt es sich dabei um Projekte, die neben der gesundheitspräventiven auch eine sozialintegrative Seite haben. ●

DR. MATTHIAS NAGEL, *Regierungsdirektor, Abteilungsleiter der Liegenschaften der Klosterkammer Hannover, Eichstr. 4, 30161 Hannover, Tel.: (05 11) 34 82 61 39, Fax: (05 11) 34 82 61 99, E-Mail: matthias.nagel@klosterkammer.de*

► Norbert Schmacke

Evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention: Das jetzt auch noch!

Die klinische Medizin in Deutschland hat den Schock ›Evidenzbasierung‹ gerade im ersten Anlauf überwunden. Zwar sind auch hier die Debatten über die ›besten‹ Methoden keineswegs beendet, aber es wird nicht mehr grundsätzlich bestritten, dass für die Tests und Bewährung neuer Behandlungsverfahren die Zuweisung der Zielgruppe einer neuen Behandlung nach dem Zufallsprinzip auf einen Interventions- und einen Kontrollarm (optimal: Behandlung mit dem bisherigen Standard) die geringsten Unsicherheiten für den Vergleich ›neu versus alt‹ mit sich bringen. Dabei dürfen diejenigen, welche die Behandlungsdaten auswerten, über diese Zuteilung zum Interventions- oder Kontrollarm der Studie nicht Bescheid wissen. Dieses Forschungsprinzip hält auch dem immer wieder gern vorgebrachten Argument stand, man müsse den Nutzen von Fallschirmen nicht in randomisierten kontrollierten Studien beweisen. Auch die Einführung des Penicillins würde durch die neue Welt der evidenzbasierten Medizin nicht gefährdet. Schließlich hat auch bisher niemand behauptet,

Qualitätsforschung in der Medizin erschöpfe sich in Randomized Controlled Trial (RCT): Wir erleben gerade einen Aufschwung qualitativer Methoden, welche für die ›Väter‹ der Evidence based Medicine (EbM) wie David Sackett und John Wennberg immer ihren angestammten Platz hatten – so z. B. bei der Ermittlung von Patientenpräferenzen für bestimmte Therapieverfahren. Soweit, so gut.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen bedürfen einer Begründung

Nun gilt in der Welt der Gesundheitsförderung das WHO-Motto: RCT sind für die Untersuchung von neuen Health Promotion-Ansätzen entweder aus methodischen Gründen nicht durchführbar oder wenigstens zu aufwändig und zu teuer. Grund genug, zu fragen, ob es wirklich prinzipielle Gründe gegen die Verwendung des ›Goldstandard‹ RCT in der Gesundheitsförderung gibt. Dazu (in Übersetzung) eine Passage aus der Feder von Helen Roberts aus dem Institute of Education der Universität London.

›Ein paar Broschüren hier, in denen Eltern erzählt wird, wie sie Kindererziehung besser hinbekommen, ein bisschen Sozialtechnik hier, kleine lokale Wohn- oder Transportprobleme zu beseitigen. Worin könnte der Schaden solcher Aktivitäten liegen? Solange die Menschen das Herz auf dem richtigen Fleck haben, solange muss der Grips bei Veränderungen in sozialen Gemeinschaften doch nicht genauso angestrengt werden wie bei Veränderungen der Verordnung von fett-senkenden Medikamenten.‹

Was Helen Roberts anspricht: Eingriffe in das Leben von Menschen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen bedürfen einer ausdrücklichen Begründung. Plausibilität allein reicht dafür nicht. Und damit das nicht zu akrobatisch anmutet, fügt sie hinzu, dass es eine ganze Reihe von RCT zum Stellenwert von Tagesbetreuung für Kinder, zur sozialen Unterstützung in der Schwangerschaft, zu Sexualerziehung und zu Feueralarm-Systemen in sozialen Brennpunkten gibt: eine bunte Mischung, die durchaus noch erweiterbar ist. Es ist vor allem Ann Oakley zu verdanken, daran erinnert zu haben, dass es in den siebziger Jahren vor allem in den USA eine Blütezeit von kontrollierten Studien zu sozialen Interventionen gegeben hat: bislang wohl in der hiesigen Debatte weitgehend unbekannt

Ein Studienbeispiel

Eine der eindrucksvollsten RCT zum Nutzen von sozialen Interventionen ist die Perry-Preschool Study aus Michigan. Von 1962 bis 1967 wurden dort in einem sozialen Brennpunkt die Effekte einer besonders anspruchsvollen Vorschulerziehung unter Einschluss aufsuchender Betreuung der Familien untersucht. Vierzig Jahre lang sind bislang die Daten der Interventions- und der Kontrollgruppe erhoben worden, und es zeigen sich eindrucksvolle Belege für den Nutzen dieser frühkindlichen Betreuung: gemessen am formalen Bildungsstand, am Ausmaß der Erwerbstätigkeit, am Jahreseinkommen, am Ausmaß sozialer Delinquenz und am Substanzmissbrauch. Es gibt zudem überzeugende Daten zur Kosteneffizienz dieses Programms. Ann Oakley weist u. a. darauf hin, dass leider diese

Phase der RCT in der US-amerikanischen Sozialforschung die Chance verpasst hat, mehr gesundheitliche Daten als Studien-Endpunkte aufzunehmen. Dieser Hinweis ist sicher interessant, gleichzeitig könnte aber auch argumentiert werden: angesichts des immer wieder gezeigten starken Zusammenhangs von Indikatoren des Sozialstatus und der formalen Bildung mit den Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken haben Studien wie die Perry-Preschool Study auch in der bestehenden Form eine überragende Bedeutung für die Gesundheitsförderung.

Probleme

Für die weitere Debatte um die Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung möchte ich abschließend auf die Arbeit von Klever-Deichert u. a. hinweisen. Das Team kommt bei einer Auswertung von Studien zu Prävention und Gesundheitsförderung in den Feldern Bewegung, Depression, Ernährung und Rauchen zu der Schlussfolgerung: ›Unsere Studie hat gezeigt, dass die Situation zum Nachweis von Effektivität in Prävention und Gesundheitsförderung auch im internationalen Umfeld in etwa den Stand der kurativen Medizin von vor 25 Jahren aufweist. Dabei stellt sich als Hauptproblem nicht einmal heraus, dass es international einen grundsätzlichen Mangel an Studien mit kontrollierten Designs gäbe: das Hauptproblem ist neben einer Vielzahl an von vornherein methodisch inadäquaten Studien die mangelnde Qualität vieler RCT. Es mehren sich die Stimmen, Studien zur Gesundheitsförderung in Registern zu erfassen (so auch die WHO 2007) und damit einen Beitrag zur Hebung der Studienqualität zu leisten. Wenn in der nächsten Legislaturperiode vielleicht doch ein Präventionsgesetz verabschiedet wird, könnte es ja sinnvoll sein, auch die Finanzierung eines derartigen Registers ins Gespräch zu bringen, damit nicht überall das Rad neu erfunden wird – und mit unnötig schlechter handwerklicher Qualität. Noch besser: nach Wegen zu suchen, für die ›Dauerbrenner‹ der Gesundheitsförderung einige gute randomisierte Pilotstudien durchzuführen, welche es nachfolgenden Implementierungsansätzen erleichtern würden, bei der Zielausrichtung lokaler Ansätze sicherer zu sein. ●

Literatur beim Verfasser

PROF. NORBERT SCHMACKE, *Universität Bremen, Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften, Wilhelm-Herbst-Str. 7, 28359 Bremen, Tel.: (04 21) 42 12 18-81 31, E-Mail: schmacke@uni-bremen.de*

► Irmtraut Windel

Gesundheitsförderungsprojekte gemeinsam finanzieren – das Beispiel ›Gesund Leben Lernen‹

›Gesund Leben Lernen‹ (GLL) war in der Modellphase (2003–2006) ein Kooperationsprojekt zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und den drei Landesvereinigungen für Gesundheit in Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz. Weitere Träger in Niedersachsen waren das Niedersächsische Kultusministerium, das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Gemeinde – Unfallversicherungsverband Hannover, Landesunfallversicherung Niedersachsen (GUV) und das Niedersächsische Landesamt für Lehrerbildung und Schulentwicklung (NiLS).

Übergeordnetes Ziel des Modellversuchs war es, die Organisation Schule zu einem gesunden Lebensraum für alle am Schulleben Beteiligten zu entwickeln. Lernen und Lehren sollen ›gesünder‹ gestaltet werden, d. h. bei allen Entscheidungen in der Schule sollen deren Auswirkungen auf die Gesundheit mit bedacht werden, damit gesundheits- und persönlichkeitsfördernde Arbeits- und Lernbedingungen geschaffen werden, die zur verbesserten Leistungsfähigkeit aller in der Schule Arbeitenden und Lernenden beitragen. Gesundheitsinterventionen sollten in den Dienst der Entwicklung von Schul- und Bildungsqualität gestellt werden. Die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit sollte eine zentrale Rolle spielen.

Vermeidung von Konkurrenz als nachhaltige Strategie

Die Erfahrung aus GLL zeigt, dass Schulen bei der Implementierung von komplexen Gesundheitsförderungskonzepten viele Ressourcen und eine breite Unterstützung brauchen. Allerdings fehlt den Schulen angesichts der Konkurrenz verschiedener Träger in diesem Feld häufig ein Überblick über qualitätsgesicherte Angebote. Die Konkurrenz verschiedener gesetzlicher Krankenkassen ist für die Schulen nicht nachvollziehbar und verhindert eher weitergehende Kooperationen. Daher sind Gemeinschaftsaktionen der gesetzlichen Krankenkassen oder abgestimmte Vorgehensweisen, die eine Konkurrenz um einzelne Schulen vermeiden, die nachhaltigere Strategie. Hilfreich dafür wäre eine Verständigung aller Kassenarten auf den unterschiedlichen Ebenen (Bund, Land und Kommunen) darüber, wie Schulen als Partner angesprochen werden sollen und wie eine konkrete Zusammenarbeit unterschiedlicher Kassenarten im Setting Schule umgesetzt werden kann. Damit würde die Finanzierung notwendiger Veränderungsprozesse auf eine breitere Basis gestellt.

Ein ganzheitlicher Gesundheitsmanagementansatz in Schulen erfordert die Einbeziehung vieler Partner. Im Modellversuch GLL war die gesetzliche Unfallversicherung erstmals systematisch in Gemeinschaftsaktivitäten der Schulen einbezogen. Diese Zusammenarbeit von Kranken- und Unfallversicherung im Schulbereich sollte intensiviert werden.

Da in Settings wie Schulen, Gemeinden und Betrieben immer auch die Zuständigkeiten anderer Träger tangiert sind, ist eine zielführende Gesundheitsförderung auf das Zusammenwirken und die gemeinschaftliche Einbringung von Ressourcen aller für das jeweilige Setting Verantwortung tragender Akteurinnen und Akteure angewiesen.

Gemeinsame Finanzierung muss organisiert werden

Für GLL ist von Anfang an eine so genannte Länderberatergruppe eingerichtet worden, bestehend aus Vertretern des Niedersächsischen Kultusministeriums, des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der gesetzlichen Krankenkassen des Landes, des NiLS, der gesetzlichen Unfallkassen und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. (LVG). Alle Partnerinnen und Partner saßen hier zusammen, steuerten das Projekt auf Landesebene und entwickelten es weiter. Hier wurde entschieden, welche Module (z. B. Fortbildungen für die einzelnen Akteursgruppen in den Schulen oder zentrale Veranstaltungen für alle Modellschulen) entwickelt werden sollten. Gleichzeitig wurde in der Gruppe »ausgehandelt«, welcher Partner bzw. welche Partnerin die Kosten dafür übernehmen würde oder welche bereits vorhandenen Angebote aus der jeweiligen Institution den Schulen zur Verfügung gestellt werden konnten.

Die Sitzungen der Länderberatergruppe waren, besonders in der Anfangsphase nicht einfach. Die geforderte enge und intensive Zusammenarbeit von Partnerinnen und Partnern, die üblicherweise im Feld miteinander konkurrieren, musste erst einmal eingeübt werden. Die unterschiedlichen Ansprüche der Ministerien und des NiLS an das Projekt mussten mit den Ideen der Kassen und den Wünschen und Forderungen der Schulen in Einklang gebracht werden.

In diesem Interessengeflecht wurde im Laufe der Zeit immer deutlicher, dass es ausgesprochen hilfreich war, dass das Projektmanagement und die landesweite Projektkoordination bei der LVG angesiedelt waren. Sie wurde als neutrale, ausgleichende und vermittelnde Instanz akzeptiert. Mit dem Fortschreiten des Projekts wurde die Zusammenarbeit immer selbstverständlicher, offener und war deutlich weniger von Konkurrenz geprägt.

Gemeinsame Finanzierung von GLL

Als die Modellphase im Juni 2006 endete, beschlossen die Kooperationspartner in Niedersachsen, das Projekt auf Landesebene weiterzuführen und es allen niedersächsischen Schulen anzubieten. Da es jetzt nicht mehr möglich war, alle Projektschulen von der LVG aus zu betreuen, mussten einige Umstrukturierungen vorgenommen werden. Von der LVG wurde allen Kooperationspartnern angeboten, Fachkräfte für schulisches Gesundheitsmanagement weiterzubilden und auf einen Einsatz in der Schule vorbereiten zu lassen.

Die AOK Niedersachsen, und in geringerem Umfang, die IKK Niedersachsen haben dieses Angebot angenommen, so dass ca. 35 Fachkräfte ausgebildet werden konnten, die die Schulen zwei Jahre lang berieten und unterstützen. Der GUV übernimmt die Finanzierung der zentralen Veranstaltungen für die Projektschulen (Auftakt- und Abschlussveranstaltung) und die Schulleitungsfortbildung. Die BKK bezahlte die Schulungen für die Schülerinnen und Schüler sowie die Sprecherinnen und Sprecher der Steuerungskreise. Für das erste Halbjahr 2008 stellte das Niedersächsische Kultusministerium eine Lehrerstelle für die Projektleitung zur Verfügung; über die Fortführung dieser Abordnung wird momentan verhandelt.

Diese Form der Zusammenarbeit hat sich inzwischen sechs Jahre lang bewährt. Von den ursprünglichen Partnerinnen und Partnern ist nur der Verband der Ersatzkassen (vdek) aus GLL ausgeschieden. Die Schulen haben von dieser gemeinsamen Finanzierung des Projekts in hohem Maße profitiert. ●

Anschrift der Verfasserin: siehe Impressum

► Ina Epkenhans

Engagement mit Wirkung Orientierung für soziale Investoren

»Ich will sicher sein, dass mein Geld etwas Positives bewirkt!« wünschen sich Spender, Stiftungen und sozial engagierte Unternehmerinnen und Unternehmer gleichermaßen. Doch für Spendende und soziale Investoren ist es alles andere als einfach, Erkenntnisse über die Wirkungen gemeinnütziger Organisationen zu gewinnen. Die wachsende Anzahl von Internetportalen und Verzeichnissen, die Vereine oder Stiftungen vorstellen, helfen hierbei nur bedingt. Mit dem Projekt »Orientierung für soziale Investoren« baut die Bertelsmann Stiftung ein umfangreiches Angebot für Stifterinnen und Stifter und Spendende auf und informiert dabei insbesondere über wirksame Förderansätze und Organisationen.

In Deutschland gibt es mehr als 550.000 eingetragene Vereine und 15.000 Stiftungen, darunter ca. 240 Bürgerstiftungen. Der gemeinnützige Sektor setzt sich für Kinder und Jugendliche ein, hilft Menschen in Krisensituationen, bereichert Kunst und Kultur, engagiert sich für Entwicklungsländer und sorgt für ein breites Sportangebot. Kurz: Dieser Sektor trägt in vielfältiger Weise dazu bei, dass Leistungen in zentralen Bereichen unserer Gesellschaft überhaupt oder in umfangreichem Maße erbracht werden können, und steht für positive individuelle und gesamtgesellschaftliche Veränderungen.

Transparenz über Wirkungen

Gemeinnützige Organisationen brauchen die Unterstützung durch Spender, Stiftungen und Unternehmen. Sie aber zu fördern ohne zu wissen, welche Resultate sie mit ihrer Arbeit erzielen, wäre so, als würden in einem Unternehmen neue Mitarbeitende ohne Kenntnis ihrer Qualifikationen und Vorerfahrungen eingestellt. Aus diesem Grund bemühen sich gemeinnützige Organisationen zunehmend darum, die Wirkungen ihrer Projekte zu analysieren und nachzuweisen. Insgesamt überwiegt für Außenstehende jedoch Intransparenz über die Ergebnisse gemeinnütziger Aktivitäten. Dies führt dazu, dass Spenden heute oftmals nach vermeintlichen Qualitätskriterien wie »geringer Verwaltungsaufwand« vergeben werden oder an Organisationen fließen, die aufgrund ihrer Größe und Finanzkraft breitenwirksame Marketing- und Fundraising-Maßnahmen entfalten können.

Orientierung für soziale Investoren

Damit Geldgeber und Geldgeberinnen gezielt Förderentscheidungen treffen können, gilt es, ihnen entsprechende Informationen über Ergebnisse und Wirkung gemeinnütziger Aktivitäten zur Verfügung zu stellen. Das Projekt ›Orientierung für soziale Investoren‹ identifiziert Handlungsansätze und Vorhaben, die Fördernde mit ihrem Engagement wirkungsvoll unterstützen können. Ziel ist, sie für neue Engagementfelder zu gewinnen und ihnen Sicherheit bei der Entscheidung zwischen verschiedenen Fördermittelempfängern zu geben.

Zu diesem Zweck hat die Bertelsmann Stiftung gemeinsam mit Partnern (Decision Institute, Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen, Univation – Institut für Evaluation) ein Verfahren weiterentwickelt, das seit mehreren Jahren bereits in Großbritannien erfolgreich von New Philanthropy Capital (NPC) eingesetzt wird.

Thematische Reports und Porträts guter Praxisbeispiele

Für themenspezifische Reports (z.B. Gesundheitsförderung junger Menschen oder Musik für junge Menschen) analysieren Wissenschaftler gesellschaftliche Herausforderungen sowie Wege zu ihrer Bewältigung. Die Gutachten werden anschließend in einer Expertenrunde diskutiert bevor ihre Inhalte in einen Report einfließen mit dem Ziel, soziale Investoren über die Herausforderungen innerhalb des Förderbereichs zu informieren und wirksame Förderoptionen aufzuzeigen.

Doch gute Kenntnisse über ein Förderfeld sind nur ein Teil der Informationen, die soziale Investoren für eine Spendenentscheidung benötigen. Ergänzt werden die thematischen Reports daher durch Porträts gemeinnütziger Organisationen. Jede gemeinnützige Organisation kann sich für die Aufnahme in einen oder mehrere Reports bewerben. Mithilfe qualifizierter Teams sowie in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentralinstitut für soziale Fragen (DZI) werden die Bewerbungen analysiert und in einem mehrstufigen Verfahren (Fragebogen, Informationsmaterialien, Vor-Ort-Besuche) diejenigen Organisationen identifiziert, die sich durch eine hohe Leistungsfähigkeit und überzeugende Wirkungsnachweise auszeichnen.

Handlungsleitend ist dabei die Überzeugung, dass Wissen über Wirkungen verschiedener Handlungsansätze zu einer noch höheren Wertschätzung des gemeinnützigen Sektors führen wird. Es gibt viele drängende gesellschaftliche Herausforderungen. Will man diese Herausforderungen meistern, ist eine Investition in den Wissensaufbau um die Wirkungen gemeinnütziger Aktivitäten unverzichtbar. Informationen über Förderbedarfe, wirksame Ansätze und leistungsfähige gemeinnützige Organisationen sind die Voraussetzungen dafür, dass begrenzte finanzielle Mittel bestmöglich eingesetzt werden. ●

INA EPKENHANS, *Project Manager im Programm Zukunft der Zivilgesellschaft der Bertelsmann Stiftung, Carl-Bertelsmann-Straße 256, 33311 Gütersloh, Tel.: (0 52 41) 8 18 13 02, E-Mail: ina.epkenhans@bertelsmann.de*

► Michael Drupp

Betriebliches Gesundheitsmanagement: Finanzierung, Bonussysteme und steuerliche Förderung

Betriebliches Gesundheitsmanagement verbessert nicht nur Gesundheit und Zufriedenheit von Beschäftigten, es trägt mittelbar dazu bei, Kosten durch Krankheitstage und Präsentismus einzusparen. Auf diese Weise werden betriebswirtschaftliche Vorteile generiert, die auch und gerade in der aktuellen Wirtschaftskrise von besonderer Bedeutung sind. Grundsätzlich ist betriebliches Gesundheitsmanagement eine unternehmerische Entscheidungs- und Finanzierungsaufgabe. Viele Betriebe scheuen jedoch die damit verbundene Investition. Dabei übersehen sie nicht selten den inzwischen auch über diverse nationale wie internationale Studien nachgewiesenen hohen betriebswirtschaftlichen Nutzen. Oft lassen sich schon mit vergleichsweise geringem monetären Aufwand hohe Wirkungen erzielen, zudem gibt es diverse finanzielle und professionelle Unterstützungsleistungen aus dem Bereich der Sozialversicherung (Gesetzliche Krankenversicherung, Unfallversicherung und Rentenversicherung), schließlich auch weitere monetäre Incentives der öffentlichen Hand in Form von Steuervergünstigungen.

Gesetzliche Grundlagen

Der zentrale Akteur als Dienstleister wie Finanzier im Bereich der Sozialversicherung ist die gesetzliche Krankenversicherung. Für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben in der primären Prävention (§ 20a Abs. 1 SGB V) und der betrieblichen Gesundheitsförderung (§§ 20 a und b SGB V), die seit 2007 eine Pflichtleistung der Kassen ist, muss ein Mindestbeitrag pro Versichertem bzw. Versicherter im Kalenderjahr aufgebracht werden. Dieser liegt aktuell (2009) bei 2,82 Euro. Dabei hat der Gesetzgeber nicht festgelegt, zu welchem Prozentanteil die Mittel für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung aufgebracht werden müssen. Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für betriebliche Gesundheitsförderung lagen im Jahre 2007 immerhin bereits bei 32,2 Millionen Euro, was einem Durchschnittsbetrag von 0,45 Euro je Versichertem bzw. Versicherter entspricht. Ziel der durch Krankenkassen unterstützten betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der berufstätigen Versicherten und die Stärkung ihrer gesundheitlichen Ressourcen. Betriebe, die eine Dienstleistung einer Kasse oder eines kassenrefinanzierten Anbieters in Anspruch nehmen wollen, müssen grundsätzlich bedarfs- und zielorientiert sowie systematisch vorgehen, d. h. sich am Zyklus des betrieblichen Gesundheitsmanagements und an Qualitätskriterien orientieren, die aus dem Modell der European Foundation for Quality Management abgeleitet wurden. Weitere Qualitätskriterien (u. a. im Hinblick auf die i. d. R. hohen formellen Anbieterqualifikationen) sind auch für die vier einzelnen betrieblichen Handlungsfelder ›Arbeitsbedingte körperliche Belastungen‹, ›Betriebsverpflegung‹, ›Psychosoziale Belastungen bzw. Stress‹ und ›Suchtmittelkonsum‹ festgelegt. Umfang und Art der Dienstleistungen wie auch der Kostenerstattungspraxis variieren dabei zwischen den einzelnen Kassen zum Teil erheblich. Alle Maßnahmen können durch die Krankenkassen selbst oder im Auftrag durch entsprechend qualifizierte Dritte durchgeführt werden, grundsätzlich gilt dabei ein Kooperationsgebot mit den Unfallversicherungsträgern und den Kassen untereinander.

Interview mit Herrn Professor Jörg Sennheiser: Finanzierung von sozialen Projekten

Präventionsanreize der Krankenkassen

Eine anreizbasierte Unterstützung von Präventionsmaßnahmen durch Krankenkassen besteht in der Gewährung von Boni. Neben dem in § 65 a Abs. 1 SGB V festgelegten individuellen Gesundheitsbonus, bei dem in der Regel gegen Nachweis der Teilnahme an anerkannten Gesundheitschecks und Präventionskursen (ab Erreichen einer bestimmten Punktzahl) eine Ausschüttung erfolgt, handelt es sich beim Bonus in § 65 a Abs. 2 um einen Anreiz zur Einführung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung im oben beschriebenen Sinne. Eine Krankenkasse kann danach in ihrer Satzung vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgebende sowohl dieser als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten. Bei beiden Anreizverfahren handelt es sich mithin um optionale Satzungsleistungen, die den Kassen erhebliche Gestaltungsspielräume sowohl bei der Höhe, der Zielgruppe (z. B. Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberinnen und Beschäftigte oder nur Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen) als einen bei den Eintrittskonditionen gewähren. In der Praxis erfolgreiche Beitragsnachlässe von bis zu einem Monatsbeitrag beim betrieblichen Gesundheitsbonus unterstreichen dabei die finanzielle Attraktivität der Regelung. Andererseits unterliegen die Kassen auch hier dem im Gesetz ausdrücklich genannten Wirtschaftlichkeitsprinzip, d. h. die gewährten Boni müssen mittelfristig aus nachweisbaren Einsparungen und Effizienzsteigerungen refinanziert werden. Damit gehen in der Konsequenz bei in diesem Sinne wirtschaftlich agierenden Kassen auch vergleichsweise hohe Anforderungen an die interessierten Betriebe einher, was Intensität und Qualität der umgesetzten Maßnahmen betrifft.

Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung

Mit dem Jahressteuergesetz 2009 hat der Gesetzgeber die betriebliche Gesundheitsförderung zusätzlich gestärkt. Dabei profitieren Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen wie Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen von neuen finanziellen Fördermöglichkeiten. Arbeitgebende müssen nunmehr für Maßnahmen der betrieblichen Prävention keine zusätzlichen Abgaben mehr an die Sozialversicherung zahlen: Bis zu 500 Euro pro Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen sind jährlich ohne Einzelfallprüfung abgabenfrei. Dazu sind die geleisteten Beträge auf der Lohn und Gehaltsabrechnung als »steuerfreie Sonderleistung zur Gesundheitsförderung« auszuweisen. Arbeitnehmende müssen für die zusätzlichen zweckgebundenen Arbeitgeberzuwendungen keine Einkommenssteuer zahlen, da sie ausdrücklich steuer- und sozialversicherungsfrei gestellt werden. Voraussetzung ist jedoch auch hier, dass die Maßnahmen den oben genannten Qualitätskriterien und Handlungsfeldern des Leitfadens Prävention der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Die seit längerem angekündigte Steuerbefreiung gilt rückwirkend für das Jahr 2008. Arbeitgebende können damit durch die freigesetzten Mittel nun noch gezielter in Gesundheitsvorsorgemaßnahmen ihrer Beschäftigten investieren. ●

DR. MICHAEL DRUPP, AOK Institut für Gesundheitsconsulting,
Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover, Tel.: (05 11) 8 70 11 61 01,
Fax: (05 11) 8 70 11 61 09, E-Mail: Michael.drupp@nds.aok.de

›Eines Tages wird der Mensch den Lärm ebenso unerbittlich bekämpfen müssen wie die Cholera und die Pest.« (Robert Koch)

Interview mit Herrn Prof. Jörg Sennheiser, Vorsitzender des Aufsichtsrats der Sennheiser electronic GmbH & Co. KG, zum Thema: Finanzierung von sozialen Projekten insbesondere im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention.

LVG & AfS: Herr Prof. Sennheiser, Ihr Unternehmen ist ein Familienunternehmen, das weltweit tätig ist und sich seit über einem halben Jahrhundert auf dem Markt der Audio-technik behauptet. Von einem fortschrittlichen Unternehmergeist geprägt, ist Ihr Unternehmen mittlerweile in der dritten Generation führend im Marktsegment Audioakustik. Dies auch in Zeiten der wirtschaftlichen Degression. Nehmen in Zeiten knapper werdender Mittel die Anfragen und Bitten um finanzielle Unterstützung bei Ihnen zu?

Prof. Jörg Sennheiser: Trotz der Wirtschaftskrise erreichen uns zwar Anfragen, allerdings nicht so häufig wie vielleicht vermutet. Ein Grund hierfür liegt im steuerfinanzierten Konjunkturprogramm.

Uns erreichen eher Anfragen nach kostenloser Sachunterstützung beispielsweise in Form von Mikrofonen und Kopfhörern. Wenn diese irgendwann nicht mehr topaktuell, aber noch gut genug sind, um sie zu verschenken, so zögern wir nicht, dies zu tun. Schulen können diese Dinge immer sehr gut gebrauchen.

LVG & AfS: Fördert Ihr Unternehmen auch Programme oder Projekte im sozialen Bereich?

Prof. Jörg Sennheiser: Eine solche Förderung ist grundsätzlich möglich. Allerdings muss dann ein Bezug zum Sennheiser Standort oder Produkt vorhanden sein. Das gehört zu unserer Firmenphilosophie. Allerdings unterstützen wir nicht irgend etwas, sondern setzen dabei Schwerpunkte. Einige Anfragen fallen damit oftmals schon grundsätzlich heraus. Es handelt sich bei den Förderungen immer um Entscheidungen von Fall zu Fall, so dass ich Ihnen keine pauschale Antwort darauf geben kann.

So wurde z. B. die Hochschule für Musik und Theater Hannover für einen Zeitraum von fünf Jahren unterstützt.

LVG & AfS: Welche Schwerpunkte hat Sennheiser in den letzten 5 bis 10 Jahren unterstützt?

Prof. Jörg Sennheiser: In der Vergangenheit wurde beispielsweise die Privatuniversität Witten/Herdecke wegen ihres einmaligen und aus unserer Sicht sehr unterstützungswürdigen Formats gefördert.

In Zusammenarbeit mit vielen Universitätsinstituten arbeiten wir gemeinsam Forschungsanträge aus und stellen der Forschung auch Material zur Verfügung.

LVG & AfS: Auf welche Weise hat sich Ihr Unternehmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention betätigt?

Prof. Jörg Sennheiser: Vor einiger Zeit haben wir Kopfhörer entwickelt, die einer Hörschädigung, wie sie bei exzessiver Kopfhörerbenutzung und zu hoher Lautstärke entstehen

kann, entgegenwirken sollten. Man kann die Lautstärkeregelung bei Kopfhörern automatisch einschränken. Es wurde viel Arbeit in die Entwicklung dieser speziellen Kopfhörer investiert und es sind auch zwei sehr gute Diplomarbeiten darüber entstanden. Aber wir mussten erfahren, für diese Kopfhörer interessiert sich niemand, es gab keinen Markt dafür. Es wurden auch staatliche Stellen in der Hoffnung einbezogen, dass es für die Prävention im Bereich des Hörens rechtliche Regelungen geben würde und Sennheiser dann bereits das entsprechende Produkt hätte anbieten können. Aber das war ein Fehlschluss: Alle jammern über die Schwerhörigkeit der Jugendlichen, aber keiner unternimmt etwas dagegen.

Dann haben wir beispielsweise auch intelligente Kopfhörer entwickelt, die Umgebungsgeräusche so filtern, dass Warnsignale besser wahrgenommen werden. Aber auch hier mussten wir feststellen, dass diese intelligenten Systeme im Auto offensichtlich nicht erwünscht sind.

Aber ich bin sehr zuversichtlich, dass sich die Ansichten dazu ändern werden, denn schon Robert Koch hat gesagt: ›Eines Tages wird der Mensch den Lärm ebenso unerbittlich bekämpfen müssen wie die Cholera und die Pest.‹

LVG & AFS: Herr Prof. Sennheiser, in Ihrem Unternehmen gibt es viele Ideen für Projekte. Wie interessant ist es für Sennheiser, mit Institutionen wie z. B. der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. gemeinsame Projekte zu entwickeln und in dafür geeigneten Settings umzusetzen?

Prof. Jörg Sennheiser: Das ist durchaus sehr interessant für uns, wenn wir darin einen Gewinn für unser Unternehmen und für die Menschen, die hier arbeiten, sehen. Sennheiser ist z. B. auch beim ›Auditory Valley‹ Industriepartner der Hochschulen.

Wir wollen allerdings nicht nur warten bis die Projekte zu uns kommen. Wir machen lieber selber etwas. Sennheiser hat seit mehr als 10 Jahren ein Freizeit- und Bildungsprogramm für die Mitarbeitenden der Firma. Ein Schwerpunkt ist dabei das Thema Gesundheit. Von der klassischen Rückenschule, mit der alles begann, ist heute alles dabei, was die Gesundheit unserer Mitarbeitenden fördert. Es werden Kurse mit dem Flexi-Bar, Spinning, Yoga, Pilates usw. angeboten. Es wird nach Bedarfen geschaut und das Programm dementsprechend angepasst bzw. umstrukturiert. Der Zuspruch für dieses Programm ist sehr groß. Zusätzlich ist vor zwei Wochen ein Gesundheitstag angeboten worden. Dort haben u. a. Sicherheitsausrüster Ihre Produkte vorgestellt, es konnte eine Fußanalyse gemacht werden, es gab eine Entspannungsoase. In der Vergangenheit hat sich eine Physiotherapeutin die Arbeitsplätze unter Ergonomiegesichtspunkten angeschaut.

LVG&AFS: Wie geht Sennheiser mit dem Thema psychische Beeinträchtigungen bzw. Belastungen um?

Prof. Jörg Sennheiser: Es wird in dieser Richtung nichts Spezielles angeboten. Das ist nicht leistbar, denn hier sind individuelle Angebote erforderlich. Es gibt bei uns allerdings eine Hotline, die jeder Mitarbeitende anrufen kann. Diese Hotline vermittelt dann an entsprechende externe Stellen weiter.

Aber auch auf Abteilungsleiterenebene kann bereits vieles aufgefangen und auch schon mal Hilfestellung geleistet werden. Die Abteilungsleiter wissen in der Regel sehr gut um die Probleme der einzelnen Mitarbeitenden. Bei uns herrscht ein Klima des Vertrauens und des Miteinanders – ganz so, wie es in einer intakten Familie anzutreffen ist.

Es gibt bei Sennheiser im übrigen vier Säulen, die den Umgang mit den Mitarbeitenden prägen:

- Informationen zum Thema Gesundheit,
- Förderung persönlicher Potenziale,
- gesunde Arbeitsbedingungen und
- vertrauensvolle Führung bei transparenter Organisation.

LVG & AFS: Fällt die Förderung von sozialen Projekten und Programmen für Sie in den Bereich der Corporate Social Responsibility? Können Sie sich in diesem Zusammenhang eine niedersachsenweite Förderung/Unterstützung vorstellen?

Prof. Jörg Sennheiser: Da müsste im Einzelfall genau geschaut werden und der Nutzen des Projektes zunächst untersucht werden. Von uns wird nichts gefördert, das keinen Nutzen für das Unternehmen und die Menschen dort hat. Es geht um die Sicherheit von rund 2.100 Menschen, die bei uns arbeiten und um die ihrer Familien. Da ist man ganz schnell bei mehr als 6.000 Menschen, für die das Unternehmen Sennheiser Verantwortung trägt. Diesen Menschen soll es auch weiterhin gut gehen. Diese Verantwortung nehme ich gerne wahr und würde mich sehr freuen, wenn auch die Politik ihre Mittel stärker auf das konzentrieren würde, was es zu fördern gilt und nicht so sehr nach dem ›Gießkannenprinzip‹ verfahren würde.

LVG & AFS: Können Sie sich vorstellen, bei Ihren älteren Mitarbeitern/-innen, die sich auf den Ausstieg aus dem Erwerbsleben vorbereiten, ehrenamtliche Tätigkeiten zu fördern?

Prof. Jörg Sennheiser: Nein, denn Sennheiser möchte auf die Erfahrung der älteren Mitarbeitenden selbst zurückgreifen können. Auch wenn evtl. die Fingerfertigkeit mit der Zeit nachlässt, wissen diese Mitarbeitenden wie es funktioniert, denn Sie haben lange genug in ihren Bereichen gearbeitet.

LVG & AFS: Ja, Erfahrungswissen weitergeben, genau das gehört in den Bereich von Jung-Alt-Projekten.

Würden Sie sich an solchen Projekten beteiligen?

Prof. Jörg Sennheiser: Mehr als wir in diesem Bereich machen, können wir nicht tun.

LVG & AFS: Was halten Sie von Elderly Care? Unternehmen Sie bereits etwas in diesem Bereich?

Prof. Jörg Sennheiser: Nein, das ist nicht unser Thema. Für die Pflege und Unterstützung älterer Angehöriger gibt es staatliche Unterstützungspakete, die es ermöglichen, ein Leben in der gewohnten Umgebung zu Hause zu organisieren.

Wir planen derzeit einen Betriebskindergarten. Ich sehe das allerdings auch eher als eine Notlösung an, denn eigentlich sollte es eine staatliche Aufgabe sein, genügend Betreuungsangebote bereitzustellen. Die ohnehin immer knapper werdenden Mittel könnten vom Staat häufig bedachter aus-

gegeben werden. Leistungen des Staates, wie z. B. die Kohle-Subventionierung, müssten auf den Prüfstand gestellt werden. Wenn an solchen Sachen festgehalten wird, dann ist nichts Neues möglich. Es werden nicht die Zeichen der Zeit erkannt und notwendige Strukturänderungen nicht durchgeführt. Das Problem ist das Dreieck zwischen Wirtschaft – Wissenschaft – Politik. Es wird mit unterschiedlichen Maßstäben gemessen und es ist zwischen diesen drei Gesellschaftsfeldern kein konstruktiver Dialog möglich. Allenfalls zwischen Wirtschaft und Wissenschaft gelingt mitunter der Austausch. Aber die Politik denkt in Legislaturperioden.

LVG & AFS: Werden Themen wie die Förderung von sozialen Projekten in den Reihen der Unternehmer diskutiert?

Prof. Jörg Sennheiser: Die Förderung von sozialen Projekten ist ja in der Charta der Rotary und Lions Clubs verankert. Dort sind viele Unternehmer Mitglied. Die Statuten besagen, dass mit den Geldern, die durch Spenden zusammengetragen wurden, genau solche Zwecke gefördert werden können.

Ich selbst bin kein Mitglied einer solchen Vereinigung. Wichtiger, als mich mit Unternehmern auszutauschen, ist mir, mit jungen Menschen zusammenzukommen und in den Dialog zu treten. Deshalb halte ich auch immer noch Vorträge an Hochschulen. Dies ist eine Förderung, die mein Fach- und Erfahrungswissen gezielt an die richtigen Stellen weitergibt und dabei hilft, dass wir als Unternehmen sehr gute Mitarbeitende für unsere Arbeit gewinnen können. ●

LVG & AFS: Herr Prof. Sennheiser, wir bedanken uns sehr für dieses außerordentlich interessante und offene Gespräch.

Das Interview mit Herrn Prof. Dr. Jörg Sennheiser führten Sabine Hillmann und Dagmar Vogt-Janssen von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

► Impressum

Herausgeberin:

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

ISSN: 1438-6666

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

Redaktion: Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Mareike Claus, Sabine Hillmann, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter, Stephanie Schluck, Tania-Aletta Schmidt, Dr. Ute Sonntag, Kerstin Utermark, Dagmar Vogt-Janssen, Marcus Wächter, Irmtraud Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Thomas Altgeld, Dr. Michael Drupp, Ina Epkenhans, Franz Gigout, Prof. Dr. Glaeske, Carola Gold, Sabine Hillmann, Prof. Dr. Bettina Hohn, Katrin Kowark, Dr. Matthias Nagel, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Prof. Dr. Norbert Schmacke, Tania-Aletta Schmidt, Karin Schreiner-Kürten, Prof. Dr. Jörg Sennheiser, Dr. Ute Sonntag, Dagmar Vogt-Janssen, Volker Wanek, Marcus Wächter, Irmtraud Windel

Sekretariat: Dana Kempf

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

Auflage: 7.000

Gestaltung: formfuersorge, Jörg Wesner

Druck: Interdruck Berger & Herrmann GmbH

Erscheinungsweise: 4x jährlich, im Quartal

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

Informationspaket zur HPV-Impfung

Die Impfstoffe gegen Humane Papilloma Viren (HPV) wurden 2006 (Gardasil) und 2007 (Cervarix) in Deutschland zugelassen. Bereits im Frühjahr 2007 wenige Monate nach der Zulassung des ersten Impfstoffes empfahl die Ständige Impfkommission die HPV-Impfung von Mädchen zwischen zwölf und 17 Jahren. Es gibt über 100 HPV-Viren, einige davon sind sogenannte Hochrisikoviren. Die HPV-Viren 16 und 18, gegen die geimpft wird, sind in 70 % aller Fälle von Gebärmutterhalskrebs nachzuweisen. Cervarix schützt zudem noch vor Feigwarzen im Genitalbereich. Gebärmutterhalskrebs ist in Deutschland eine seltene Erkrankung und ist europaweit seit den 1950er Jahren rückläufig. Seit 1971 wird in Deutschland die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung empfohlen und auch von den Krankenkassen bezahlt.

Seit die neue Impfung auf dem Markt ist, wird heftig über die Kosten-Nutzen-Relation und die Wirksamkeit der Impfung gestritten. Von November 2007 bis Oktober 2008 wurden 1,22 Millionen Packungen Gardasil verkauft, der Industrieumsatz betrug 217 Millionen Euro und die Belastung des Gesundheitssystems wurde dabei auf ca. 350 Millionen Euro geschätzt. Der Impfstoff wurde in kürzester Zeit zum umsatzstärksten Arzneimittel auf dem deutschen Markt.

Viele Fragen bleiben wissenschaftlich bisher ungeklärt. So ist unbekannt, ob andere HPV-Erreger bei Gewebeveränderungen eine Rolle spielen oder die ausgeschalteten Viren ersetzen (Replacement), unklar sind die Zusammenhänge zweier Todesfälle mit der HPV-Impfung, die Dauer der Impfwirkung ist nicht erforscht etc.

Andererseits ist auch der Nutzen der Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung durch die intensive Diskussion auf den Prüfstand gestellt. Die Verlässlichkeit der Testergebnisse variiert je nach gynäkologischer Praxis. Man spricht auch von einer Übertherapie z. B. durch Konisationen, um Zellgewebe operativ zu entfernen.

In dieser Gemengelage sind Mädchen und ihre Eltern einer überaus aggressiven Bewerbung der HPV-Impfung ausgesetzt. Um hier eine infor-

mierte Entscheidung zu ermöglichen, hat der Runde Tisch Frauen- und Mädchengesundheit der Region Hannover unter Federführung des Teams Gleichstellung der Region ein Informationspaket zur HPV-Impfung zusammengestellt, das Institutionen ermöglicht, ohne viel eigenen Aufwand lokale Informationsveranstaltungen durchzuführen. In diesem Paket enthalten sind ein Mustervortrag, der von einer Gynäkologin/einem Gynäkologen zu halten ist, eine Linkliste mit Internetadressen zum Weiterinformieren nach der Veranstaltung, Vordrucke für Einladungsflyer und Evaluationsbögen für die Veranstaltungen. Es wird empfohlen, die Broschüre des Nationalen Netzwerkes Frauen und Gesundheit ›Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs – HPV-Impfung. Informationen und Erfahrungen. Eine Entscheidungshilfe‹ mit zu verteilen, die den gesamten Themenkomplex ausführlich, verständlich, qualitätsgesichert und unabhängig darstellt.

Das Informationspaket wird auf Schulungen den interessierten Organisationen erläutert und kann auf CD ROM gegen eine Schutzgebühr bezogen werden. ●

Kontakt: Frauen- und MädchenGesundheits-Zentrum Region Hannover e.V., E-Mail: info@fmgz-hannover.de, Dr. Ute Sonntag, Anschrift siehe Impressum

► Carola Gold

Berlin und Brandenburg stärken gemeinsam Prävention – Arbeitsgemeinschaft gebildet

Ressourcen für Prävention und Gesundheitsförderung stärken: dies ist das Ziel von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. Berliner und Brandenburger Akteure aus Gesundheitswesen, Wissenschaft, freien Trägern und Verwaltung haben sich zusammengeschlossen, um gesundheitsfördernde Lebensstile und Lebensbedingungen in der Region gemeinsam zu fördern. Brandenburg war bisher das einzige Bundesland

ohne eigene Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung – nun nimmt in Potsdam eine Geschäftsstelle der gemeinsamen Arbeitsgemeinschaft ihre Tätigkeit auf.

Der Weg zu einer länderübergreifenden Arbeitsgemeinschaft

Zu Beginn der länderübergreifenden Arbeitsgemeinschaft stand ein Gespräch zwischen der damaligen Berliner Senatorin für Gesundheit, Heidi Knake-Werner, und der Brandenburger Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie, Dagmar Ziegler, und ihr Plädoyer für länderübergreifende Zusammenarbeit in der Prävention, möglichst mit einer gemeinsamen Arbeitsgemeinschaft. Im Laufe der drei Jahre ist die Arbeitsgemeinschaft beim darauffolgenden Kennenlernen und Austausch der Akteure gewachsen. In vielen Gesprächen mit Vertretern und Vertreterinnen von Krankenkassen, Kommunen, Wohlfahrtsverbänden, Gewerkschaften, Landessportbund, Kliniken und Kindertagesstätten wurden mögliche Synergieeffekte erkundet, aber auch bestehende Ängste ausgeräumt.

Das Vorhaben der länderübergreifenden Arbeitsgemeinschaft reiht sich in zahlreiche Bestrebungen beider Bundesländer ein, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. So gibt es in beiden Bundesländern Gesundheitszielprozesse und es wurden Modellprojekte, z. B. zu Gesundheitsförderung in der Beschäftigungsförderung oder zum Aufbau lokaler Bündnisse für Bewegung initiiert. Die Regionalen Knoten des Kooperationsverbands Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten arbeiten von Beginn an eng zusammen. Bei vielen Gemeinsamkeiten in den Themen zeigen sich in der konkreten Umsetzung und im Herangehen oft Unterschiede, die viel Stoff für Austausch und gegenseitiges Lernen geben.

Die gemeinsame Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung wurde am Dienstag, 26. Mai 2009 in der Brandenburger Landesvertretung in Berlin auf den Weg gebracht. Die Brandenburger Gesundheitsministerin Dagmar Ziegler, die den Prozess mit

► T.-A. Schmidt, S. Hillmann

Bewegung im Norden

initiiert und begleitet hatte, zeigte sich erfreut: ›Die Entscheidung, eine länderübergreifende Arbeitsgemeinschaft einzurichten, ist ein wichtiger Schritt, um Prävention in der Region zu stärken. Die guten Potenziale beider Länder können durch Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. in Zukunft besser genutzt werden.‹

Voraussetzungen zur Gründung der länderübergreifenden Arbeitsgemeinschaft

Möglich wurde die neue Arbeitsgemeinschaft durch eine Satzungsänderung, mit der sich Gesundheit Berlin e. V. für Brandenburger Mitglieder öffnete. Über 40 Brandenburger Institutionen sind dem Verein bereits beigetreten, darunter das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie Brandenburg (MASGF) sowie die Krankenkassenverbände der Region. Als Brandenburger Vertreter wurden in den geschäftsführenden Vorstand, Franz-Josef Lünne, stv. Vorstandsvorsitzender der AOK Brandenburg, Monika Gordes, stv. Geschäftsführerin des Städte- und Gemeindebundes Brandenburg, Kathrin Feldmann, Quartiersmanagerin aus Potsdam und Hendrik Karpinski, Chefarzt der Kinderklinik Niederlausitz und Netzwerk ‚Gesunde Kinder‘ gewählt. Die Arbeitsgemeinschaft vereint nun insgesamt über 100 Institutionen als ordentliche und über 50 Personen als außerordentliche Mitglieder.

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. startet die gemeinsame Arbeit am 9. Juni 2009 im Roten Rathaus mit der Tagung ›Gesund von Anfang an‹, die sich mit erfolgreicher Netzwerkarbeit rund um die Geburt in der Region beschäftigt. ●

CAROLA GOLD, *Gesundheit Berlin-Brandenburg, Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 44 31 90 60, Fax: (0 30) 44 31 90 63, E-Mail: gold@gesundheitberlin.de*

Das Thema Bewegungsförderung ist zwar bereits lange im Fokus von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention, gewinnt aber vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und infrastruktureller Veränderungen zunehmend an Bedeutung. Dabei spielen insbesondere die Integration von Bewegung in den Alltag und die Schaffung bewegungsfördernder Umwelten eine wesentliche Rolle.

Im Rahmen des ›Nationalen Aktionsplans IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung‹ sollen bereits bestehende Aktivitäten gebündelt und transparent gemacht werden. Ein Projekt ist die modellhafte Erprobung von Zentren für Bewegungsförderung, welche durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert werden. Diese sind in den einzelnen Bundesländern bei der jeweiligen Landesvereinigung für Gesundheit(-sförderung) sowie ähnlich arbeitenden Institutionen angesiedelt.

Kooperationsprojekt

Unter dem Titel ›Bewegung im Norden‹ wurde für die Bundesländer Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein ein gemeinsames Projekt mit Teilprojekten der einzelnen Länder initiiert. Dies ermöglicht sowohl ein gemeinsames Vorgehen als auch eine spezielle Schwerpunktsetzung unter Berücksichtigung regionaler Voraussetzungen und Bedarfe.

Ziele und Aufgaben

Ziel des Projektes ist es, durch vernetztes und kooperatives Vorgehen das Thema Bewegungsförderung im Alltag zu stärken, wobei die Zielgruppe der über 60jährigen im Mittelpunkt steht. Zu den Aufgaben des Projektes gehören:

- Bestandsaufnahme bestehender Aktivitäten sowie die Identifikation von Modellen guter Praxis
- Gewinnung und Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren sowie Projekten zur Bewegungsförderung im Alltag
- Entwicklung von zielgruppenspezifischen Angeboten
- Information und Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

- Zusammenarbeit auf Bundesebene
- Entwicklung von gemeinsamen Strategien für die vier Bundesländer
- Umsetzung von landesspezifischen Strategien

Vernetzung und Partizipation

Zu den wesentlichen Aufgaben des Projektes gehören die Vernetzung der bereits in diesem Feld Tätigen, sowie die Einbeziehung neuer Akteure und Akteurinnen. Ziel ist es, bestehende Strukturen zu nutzen und auszubauen. Die Vernetzungsarbeit ist ein kontinuierlicher Prozess, der vielen relevanten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Möglichkeit der Partizipation eröffnen soll.

Auftaktveranstaltung

Zum Auftakt des Projektes ist eine Veranstaltungsreihe der beteiligten Bundesländer im September und Oktober 2009 geplant, die jeweils eine Tagung in Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein umfasst. Die einzelnen Termine können auf der Homepage des Projektes, die im weiteren Projektverlauf auf- und ausgebaut wird, unter folgender Adresse erfragt werden: www.bewegung-im-norden.de. Weitere Informationen zu den einzelnen Teilprojekten erhalten Sie auch bei den jeweiligen Landesvereinigungen. ●

Anschrift siehe Impressum

► Dagmar Vogt-Janssen

Netzwerk moderne kommunale Seniorenpolitik Niedersachsen

Veränderte geografische, wirtschaftliche und bevölkerungsstrukturelle Rahmenbedingungen in den Kommunen erfordern, dass Infrastrukturen an die Bedarfslagen vor Ort angepasst werden. Für die infrastrukturelle Anpassung sind zukunftsorientierte kommunale Handlungskonzepte notwendig. Beratungs-, Unterstützungs- und Partizipationsangebote müssen passgenau vor Ort eingerichtet werden.

Moderne Seniorenpolitik

Moderne Seniorenpolitik schafft Orte der Begegnung, des Generationendialogs, in den jede und jeder die eigenen Kompetenzen einbringen und neue erlernen kann. Sie fördert ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im Alter.

Seniorenpolitik erfordert damit vielfältige Angebote und Strukturen, wobei alle gesellschaftlichen Bereiche aufgefordert sind, sich einzubringen. Mit dem Netzwerk moderne kommunale Seniorenpolitik Niedersachsen werden bereits begonnene infrastrukturelle Auf- und Umbauten für eine alter(n)sgerechte Kommune gefördert.

Schulungsprogramm

Das Netzwerk moderne kommunale Seniorenpolitik Niedersachsen enthält ein Schulungsprogramm, das gemeinsam mit dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsen, der Landesagentur Generationendialog Niedersachsen und Akteurinnen und Akteuren aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen erarbeitet wurde.

Das elftägige Schulungsprogramm startete am 21. April und wird am 23. Februar 2010 enden. Die Referentinnen und Referenten sind überwiegend Mitglieder des Arbeitskreises ›Generationengerechte Dienstleistungen‹ der Landesagentur Generationendialog Niedersachsen. Sie stellen ihr Wissen unentgeltlich zur Verfügung, weil ihnen daran gelegen ist, in Niedersachsen neue Akzente zu setzen. Weitere Referentinnen und Referenten rekrutieren aus den Reihen der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Spitzenverbände Niedersachsen und werden Modelle guter Praxis vorstellen. Es stehen damit Fachleute aus der Kommunal- und Landesverwaltung, Seniorenvertretung, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., der Hochschulen, Kranken- und Pflegekassen, Wohlfahrtsverbände, NBank, des Landessportbundes, der Wohnungswirtschaft, der Seniorenwirtschaft sowie den Initiativen des Landes: Landes-

agentur Generationendialog Niedersachsen, LINGA, Niedersachsen Büro – Neues Wohnen im Alter und viele andere zur Verfügung. Die Schulungen finden in den unentgeltlich zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten des Kommunalen Seniorenservice Hannover (KSH) statt. Auf die Teilnehmenden entfallen lediglich Fahrt- und Verpflegungskosten.

Die Schulungen richten sich an Verwaltungsfachkräfte, Seniorenvertretungen und Träger der Seniorenservicebüros Niedersachsen. Weitere an kommunaler Seniorenpolitik interessierte Akteurinnen und Akteure sind ebenfalls eingeladen, an den Schulungsmodulen teilzunehmen und sich im Netzwerk einzubringen. Die Schulungseinheiten können insgesamt oder einzeln besucht werden. Die Teilnehmenden erhalten eine Teilnahmenbestätigung pro Schulungsmodul.

Auf Wunsch werden ergänzend zum Schulungsprogramm regional halbtägige Veranstaltungen zur Vertiefung einzelner Themen angeboten, so dass auch Schulungsmöglichkeiten vor Ort bestehen.

Netzwerkarbeit – regionale Demografiekonferenzen

Beim Aufbau des kommunalen Netzwerks wird an bestehende Strukturen angeknüpft. In regelmäßig stattfindenden regionalen Demografiekonferenzen wird ein Austausch über aktuelle senienpolitische Themen sowie über notwendige infrastrukturelle Veränderungen mit dem Ziel stattfinden, geeignete Projekte vor Ort anzusiedeln, Beispiele guter Praxis weiterzugeben, an die jeweilige Situation vor Ort anzupassen und fortzuschreiben. In seinem Handeln wird sich das Netzwerk an den Leitlinien für eine moderne Seniorenpolitik in Niedersachsen orientieren und diese sukzessive umsetzen. Es wird die interkommunale Zusammenarbeit im Bereich ›demografischer Wandel/Seniorenpolitik‹ sowie die Kooperationen der Akteurinnen und Akteure (Staat, Dritter Sektor, Unternehmen, Bürgerinnen und Bürger) fördern.

Für die Koordination des senienpolitischen Netzwerkes ist die Landesagentur Generationendialog Niedersachsen zuständig.

Teilnahme an Schulungsmodulen/Mitwirkung im Netzwerk

Für die Teilnahme an den Schulungsmodulen und die Mitwirkung im Netzwerk ist eine schriftliche Mitteilung bei der Landesagentur Generationendialog Niedersachsen erforderlich. Es besteht die Möglichkeit, sich unter www.generationendialog-niedersachsen.de online anzumelden oder per E-Mail an info@gesundheit-nds.de weitere Informationen zum Netzwerk moderne kommunale Seniorenpolitik Niedersachsen zu erhalten. ●

Anschrift siehe Impressum

► Marcus Wächter

Modellprojekt zur interkulturellen Öffnung niedersächsischer Krankenhäuser

In Niedersachsen leben weit über eine Million Menschen mit Migrationshintergrund. Sie sind Teil der deutschen Gesellschaft und haben einen Anspruch auf die bestmögliche Gesundheitsversorgung, unabhängig von Herkunft, Sprache und Kultur. Nichtsdestotrotz ist das komplexe Gesundheitssystem in Deutschland weitgehend monolingual sowie monokulturell aufgebaut. Konzepte der interkulturellen Öffnung erweitern das Spektrum der Versorgungsqualität um die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten. Wie die interkulturelle Öffnung eines Krankenhauses gelingen kann, soll das vom niedersächsischen Ministerium für Inneres, Sport und Integration in Auftrag gegebene Modellprojekt zur interkulturellen Öffnung niedersächsischer Krankenhäuser zeigen. Das Projekt wird im Klinikum Oldenburg und im Diakoniekrankenhaus Friederikenstift in Hannover durchgeführt.

Zentraler Bestandteil des Modellprojektes ist die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser mit dem Ziel, deren interkulturellen Handlungskompetenz zu steigern. Hierzu wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit und

Fit für die Zukunft

Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS e. V.) ein aus drei Basismodulen bestehendes Schulungskonzept entwickelt. Interkulturelle Sensibilität ist die Basis der Entwicklung von interkultureller Kompetenz und wird daher im ersten Modul der Schulung behandelt. Ziel ist es, die eigenen und fremden kulturellen Prägungen und Wahrnehmungen zu erkennen und zu reflektieren. Das zweite Basismodul vermittelt Wissen über andere Kulturen und Migration im allgemeinen. Ziel ist es, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Lebenssituation, Bedarfslagen und Biographien von Menschen mit Migrationshintergrund näher zu bringen. Hierzu werden lokale Migrantenorganisationen eingeladen, sich im Rahmen eines offenen Forums vorzustellen und mit den Teilnehmenden der Schulungen ins Gespräch zu kommen. Durch den persönlichen Kontakt werden Vorurteile abgebaut und es eröffnen sich Vernetzungsmöglichkeiten zwischen dem Krankenhaus und den Migrantenverbänden. Im dritten Basismodul werden anhand von Fallbeispielen Handlungsmöglichkeiten erarbeitet. Die Fachkräfte üben hierbei, sich von ihren eigenen kulturellen Prägungen zu lösen und den jeweiligen Fall aus einer anderen Perspektive zu betrachten.

Im Zusammenhang mit den Schulungen werden den beteiligten Krankenhäusern weitere Unterstützungsangebote unterbreitet. Dies betrifft die gemeinsame Entwicklung struktureller Veränderungsmaßnahmen, wie beispielsweise die Einrichtung eines Gebetsraums für muslimische Patientinnen und Patienten und die Moderation eines Prozesses mit dem Ziel, kultursensible Ansätze in das Klinikleitbild zu integrieren.

Das Modellprojekt wird durch die LVG und AFS e. V. ausgewertet. Die Ergebnisse sollen andere Krankenhäuser anregen, ähnliche Prozesse anzustoßen. ●

Anschrift siehe Impressum

Beraten, fördern, motivieren, ausbilden – Frauen- und Mädchenprojekte leisten wichtige gesellschaftliche Arbeit. Neben der staatlichen und der kommunalen Förderung ist es wichtig, dass sie sich mit weiteren Standbeinen eine stabile Position und zusätzliche Einnahmen verschaffen.

Fortbildung für Projekte

Die Bremer Landesfrauenbeauftragte Ulrike Hauffe initiierte 2006 die Fortbildung ›auf eigenen Wegen‹ für Mitarbeiterinnen von Projekten. In Kooperation mit der Volkshochschule wurde gemeinsam mit zwei Organisationsberaterinnen ein zwölf Monate umfassendes Qualifizierungs- und Coaching-Projekt entwickelt und durchgeführt. Ziele des Projektes waren, eine unternehmerische Haltung zu erlernen und Angebote zu schaffen, mit denen sich Einnahmen erzielen lassen. Die Fortbildung sollte helfen, für zukünftige Aufgaben inhaltlich und finanziell optimal aufgestellt zu sein.

Insgesamt 14 Mitarbeiterinnen aus 12 Projekten nahmen teil. Interviews mit den Projektleiterinnen über die gegenwärtige und die gewünschte zukünftige Situation sowie über Stärken und Schwächen des Projektes standen am Anfang. Es zeigte sich, dass die Bedeutung der eigenen Arbeit sich nicht in finanzieller Anerkennung oder in öffentlicher Präsenz niederschlägt und dass die Orientierung an hochgesteckten Zielen und Idealen Mitarbeiterinnen und Projekte häufig in eine Spirale der Überforderung führt. Seminare zu den Themen Optimierung betriebswirtschaftlichen Handelns, Fundraising, Marketing-Strategien sowie Präsentation und Öffentlichkeitsarbeit ergänzten das eigene Praxiswissen. In Workshops und Arbeitsklausuren wurde die Entwicklungsarbeit konkret gemacht.

Veränderungen

Was würde sich für die Projekte verändern, wenn sie sich als Organisationen und nicht als Projekte verstehen würden? Würde dies bedeuten, Beweglichkeit und Spielräume der Starre von Organisationen zu opfern oder im Gegenteil mehr nützliche Struktur zu erreichen? Unternehmerisch zu denken

und zu handeln hat nach diesem Jahr eine neue Qualität bekommen. Die Bandbreite an Veränderungen zeigte deutlich, dass Organisationsentwicklung zum integralen Bestandteil des Projektalltags geworden sind. Die Entwicklung reichte von der Neustrukturierung der internen Abläufe über die Bewältigung des Zusammenschlusses zweier Projekte bis zur Neudefinition der Kernaufgabe und zum Standortwechsel.

Blick in die Zukunft

Die 12 Projekte, die an der Schulung teilnahmen, existieren auch drei Jahre danach noch. Die Veränderungsprozesse gehen weiter. Alle haben ihr Profil schärfen können und ihre Existenz in der Bremer Projekt- und Beratungslandschaft festigen, wenn nicht ausbauen können. Dass hierbei die Erkenntnisse und Erfahrungen aus den 12 Monaten ›Auf eigenen Wegen‹ maßgeblich geholfen haben, darüber sind sich alle einig.

Die Dokumentation der Fortbildung ist unter dem Titel ›Brave Projekte kommen in den Himmel, starke in die Zukunft‹ (März 2008) bei der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau unter www.frauen.bremen.de zu beziehen. ●

Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF), Knochenhauerstr. 20-25, 28195 Bremen

► Dagmar Vogt-Janssen

StadtteilAktivKassen in Niedersachsen

Mit dem Modellprojekt StadtteilAktivKassen ist zur Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements von Bewohnern und Bewohnerinnen für ihr Wohnumfeld beigetragen worden. Kerngedanke ist dabei, das gebietsbezogene Budget für lokale, gemeinwesenorientierte Einrichtungen und Projekte zur Förderung des nachbarschaftlichen Zusammenlebens zu nutzen.

Projektpartner sind das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, die Landesarbeitsgemeinschaft

(LAG) Soziale Brennpunkte Niedersachsen e. V. und die Gastorganisationen an den sieben Modellstandorten.

Die LAG Soziale Brennpunkte ist Interessengemeinschaft und Landesorganisation für Bewohnergruppen und gemeinwesenorientierte Projekte aus benachteiligten Wohngebieten des Landes Niedersachsen. Sie begleitet und berät in diesem Projekt die Modellstandorte, organisiert den Erfahrungsaustausch zwischen ihnen und sorgt für eine Auswertung, um die Ergebnisse der Modellphase für andere Kommunen und Stadtteile übertragbar zu machen.

Sieben Modellstandorte

In den Modellstandorten sind die StadtteilAktivKassen an Einrichtungen und Projekte der Stadtteil- und Nachbarschaftsarbeit angebunden. Diese gewährleisten die Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur (Räume etc.), motivieren zur Mitarbeit, betreiben Öffentlichkeitsarbeit, unterstützen bei der Gewinnung weiterer Sponsoren usw.

Die Auswahl der sieben Modellstandorte Cuxhaven-Süderwisch, Delmenhorst-Düsternort, Garbsen-Kronsberg, Hannover-Linden-Süd, Göttingen-Weststadt, Ostercappeln und Verden-Hoppenkamp erfolgte unter dem Gesichtspunkt, möglichst unterschiedliche Gebiete (in Bezug auf Größe, Lage und Struktur) zu fördern. Bei den meisten Gebieten handelt es sich um sozial benachteiligte Stadtteile mit schwierigen, problembehafteten Nachbarschaften.

Jury aus Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Antragstellenden

Eine aus Freiwilligen zusammengesetzte ›Jury‹, die Bewohner und Bewohnerinnen eines bestimmten Wohngebietes, entscheidet selbst, wie die Fördersumme von 5.000 Euro pro Gebiet, zusammengesetzt aus 2.500 Euro Landesanteil und mindestens 2.500 Euro kommunalem Anteil, zur Verbesserung der Lebensqualität und des Engagements in ihrem Umfeld ausgegeben werden soll. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner des Stadtteils schnell und unbürokratisch Geld zur Umsetzung ihrer Ideen erhalten.

Antragsteller/Antragstellerin kann jede/r eigenverantwortliche Zusammenschluss sein, der sich bürgerschaftlich engagiert. Dies sind vor allem Bewohnerinnen und Bewohner, Straßengemeinschaften, Nachbarschaftsgruppen sowie Hausgemeinschaften. Nicht antragsberechtigt sind öffentliche und soziale Einrichtungen, wie z. B. Schulen, Kindergärten, Jugendhäuser und Vereine.

Ziele der StadtteilAktivKassen und Ergebnisse der ersten Phase

Ziele der StadtteilAktivKassen sind:

- Die Eigeninitiative zur Verbesserung von Wohnumfeld und Nachbarschaften zu fördern,
- die Bereitschaft zu selbstverantwortlichem Handeln engagierter Gruppen, Nachbarschaften, Hausgemeinschaften, Kinder- und Jugendgruppen usw. im Stadtteil zu unterstützen und
- durch den Zuschuss eine Wertschätzung der Aktivitäten zu erreichen.

Die Auswertung der Modellphase von 2006–2008 zum gebietsbezogenen Budget brachte folgende Ergebnisse hervor:

- Die StadtteilAktivKassen stärken bestehendes und fördern neues Engagement.
- Die StadtteilAktivKassen haben mit kleineren Maßnahmen zur Gestaltung des Miteinanders und zur Verschönerung des Wohnumfeldes, Ausgangspunkte für ein Engagement in größer angelegten Projekten der Gastorganisationen geschaffen.
- Mit Hilfe der StadtteilAktivKassen sind Projekte für die ganze Bewohner-schaft mit breit angelegten Zielsetzungen und Zielgruppen in Gang gesetzt worden. Sowohl die Bewohnerjurs als auch die Antragsteller und Antragstellerinnen gingen sorgfältig und verantwortlich mit den Projektmitteln um. Partikularinteressen bekamen keinen Raum.
- In den entscheidungsbefugten Gremien der StadtteilAktivKassen engagierten sich Bewohnerinnen und Bewohner unterschiedlicher Altersgruppen und Kulturen sowie beiderlei Geschlechts. Es konnte eine

relativ hohe Repräsentativität der Bewohnerschaft in den Jurs erreicht werden.

- Mit den StadtteilAktivKassen konnten Partner und Partnerinnen in Politik, Verwaltung und Wirtschaft gewonnen werden, um partizipative Prozesse im Stadtteil zu unterstützen und zu fördern.

Ein ausführlicher Bericht über die StadtteilAktivKassen kann der Internetseite der LAG Soziale Brennpunkte unter www.lag-nds.de und dem Buch ›Engagiert in Niedersachsen‹ (www.ms.niedersachsen.de und www.generationendialog-niedersachsen.de) entnommen werden. ●

Anschrift siehe Impressum

Öffentlich Private Partnerschaften

Die zunehmende Verbreitung von Öffentlich Privaten Partnerschaften (ÖPP) als Möglichkeit, öffentliche Aufgaben zu organisieren und finanzieren hat die Autoren dazu bewegt, eine Zwischenbilanz zu ziehen. Vorliegende quantitative Befunde zur Verbreitung von ÖPP wurden durch die Auswertung qualitativer Forschungsergebnisse verschiedener Projekte ergänzt. Zentrale Aufgabe dieser Studie war es, die Auswirkungen der ÖPP auf beteiligte öffentliche und private Partner sowie auf betroffene Bürger und Bürgerinnen und Nutzer und Nutzerinnen öffentlich-privater Dienstleistungen herauszuarbeiten. Das vorliegende Buch liefert neben Erklärungen zu den Begrifflichkeiten auch einen aktuellen Stand Öffentlich Privater Partnerschaften in Deutschland und detaillierte Beschreibungen zu vier deutschen und zwei dänischen Fallbeispielen. (sh) ●

WOLFGANG GERSTBERGER, KARSTEN SCHNEIDER: *Öffentlich Private Partnerschaften. Zwischenbilanz, empirische Befunde und Ausblick. edition sigma, Berlin, 2008, 98 Seiten, ISBN 978-3-8360-7231-1, 8,90 Euro*

Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden

Im vorliegend beschriebenen Buch der Bertelsmann Stiftung wird anhand einer detaillierten Stärken-Schwächen-Analyse von vier ausgewählten Wohnprojekten des Netzwerkes: ›Soziales neu gestalten‹ (SONG) aufgezeigt, mit welchen Umsetzungsproblemen und Schwierigkeiten unter den jeweiligen Rahmenbedingungen Wohnprojekte umgehen müssen. Es wird in diesem Band aus der Reihe ›Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden‹ eine Potenzialanalyse hinsichtlich der sozialen Infrastrukturangebote vorgenommen, die für Planerinnen und Planer, Entscheiderinnen und Entscheider und Interessenten von Quartiersprojekten wichtige Informationen zu gemeinwesenorientierten Versorgungsangeboten sowie generationenverbindenden Unterstützungsstrukturen liefert.

Herausgeber dieses praxisnahen Handbuches ist ein Zusammenschluss von sechs Trägern der Sozialwirtschaft, die den demografischen Wandel als eine Entwicklungschance und als Motor für positive gesellschaftliche Veränderungsprozesse ansehen.

Am Ende des Buches finden sich Standards für die Umsetzung gemeinwesenorientierter Quartiersprojekte, die aus der vorangegangenen sorgfältigen Analyse der Wohnprojekte herausgezogen wurden und auf neue Wohnprojekte angewandt werden sollten. (VtJ) ●

NETZWERK: SOZIALES NEU GESTALTEN (HRSG.): *Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden – Band 1: Eine Potenzialanalyse ausgewählter Wohnprojekte.* Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2008, 280 Seiten, ISBN 78-3-89204-947-0, 34,00 Euro

Eigenverantwortung haben immer die Anderen

Der Ruf nach mehr Eigenverantwortung und individuellem Handeln prägt zunehmend die Debatte der gegenwärtigen Sozial- und Gesundheitspolitik wenn es darum geht, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern bzw. vor allem die Bezahlbarkeit des Systems zu sichern.

Häufig sind dabei die Mitwirkungspflichten (das ›Sollen‹) deutlich ausgeprägter als die Mitwirkungsrechte. Das ›Können‹ und ›Wollen‹ der Menschen wird vorausgesetzt bzw. soll mittels Disziplinierung herbeigeführt werden.

Mit dem durchaus provokanten Buchtitel stellt die Autorin das gängige Prinzip des Förderns und Forderns in Frage und verweist in einer gründlichen Analyse auf die Lückenhaftigkeit der bisherigen Auseinandersetzung, insbesondere was eine klare Definition sowie Chancen und Grenzen der Eigenverantwortung betrifft.

Neben einer begrifflichen und konzeptionellen Präzisierung von Verantwortung erörtert das vorliegende Werk auch Lösungsansätze für ein anständiges, gerechtes Verantwortungssystem. (ku) ●

BETTINA SCHMIDT: *Eigenverantwortung haben immer die Anderen – Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen.* Verlag Hans Huber, Bern, 2008, 230 Seiten, ISBN 978-3-456-84552-4, 24,95 Euro

Soziale Unterstützung pflegender Angehöriger

Auf der Basis einer umfassenden, interdisziplinären Studie Anfang der 60er Jahre ›Pflegerinnen Ehemänner über 60‹ hat die Autorin die ursprüngliche Fassung überarbeitet und den thematischen Forschungsstand aktualisiert. Neben der eigentlichen Studie wird der Begriff der sozialen Unterstützung und sozialen Netzwerke theoretisch hergeleitet und am Beispiel der besonderen Situation einer Pflegebelastung im Alter konkretisiert. Anhand von Ergebnissen der vertieften Untersuchung werden sowohl die Angehörigenpflege und deren Auswirkung auf das soziale Netzwerk als auch die Wechselwirkungen sozialer Unterstützung, Pflegebelastung und Belastungsbewältigung dargestellt. Die Autorin beschreibt eine vorgenommene Typisierung pflegender Ehefrauen und nimmt dazu kritisch Stellung. Anhand der Clusteranalyse können Rückschlüsse auf die Entwicklung von bedürfnisgerechten Hilfs- und

Unterstützungsmaßnahmen für die dargestellten unterschiedlichen Frauentypen gezogen werden, so dass diese mehr als bisher von ihnen in Anspruch genommen werden können. (bw) ●

FRAUKE KOPPELIN, *Soziale Unterstützung pflegender Angehöriger*, Hans Huber Verlag, 2008, ISBN 978-3-456-83173-2, 238 Seiten, 29,95 Euro

Die Reform der Pflegeversicherung

Das im Juli 2008 in Kraft getretene Pflegeweiterentwicklungsgesetz hat eine ganze Reihe von gesetzlichen Veränderungen gebracht. Die in diesem Band zusammen gefassten Beiträge namhafter Rechts- und Wirtschaftswissenschaftler umfassen sowohl bisherige Erfahrungen, Auswirkungen und grundsätzliche Einschätzungen der Pflegeversicherung, als auch eine Einführung in die umfangreichen Neuregelungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes sowie kritische Stellungnahmen zu einem künftigen Reformbedarf des Sozialgesetzbuches XI.

Drei Artikel fokussieren ausgewählte Themen der Leistungsverorgung demenzerkrankter Menschen, der häuslichen Angehörigenpflege und Aspekte von Versorgungsqualität in den durch die Pflegeversicherung angestoßenen Strukturen. (bw) ●

KARL-JÜRGEN BIEBACK (HRSG.), *Die Reform der Pflegeversicherung 2008*, Lit Verlag Dr. W. Hopf, Berlin, 2009, 19,90 Euro

Alter – Schicksal oder Gnade?

In älter werdenden Gesellschaften ist das Alter(n) oftmals mit Vorurteilen behaftet, wie auch zahlreiche Publikationen zu diesem Thema zeigen. Die emeritierte Professorin für systemische Theologie stellt in dem vorliegenden Buch theologische Überlegungen an, mit Hilfe derer eine neue Sicht auf die Lebensphase Alter jenseits der Forde-

rung nach Produktivität und Gelingen ermöglicht werden soll. Dies beinhaltet auch das Annehmen von scheitern und schwächer werden. Dabei werden vor allem die Spielräume der nachberuflichen Phase in der christlichen Tradition anhand zahlreicher Beispiele beleuchtet. (ts) ●

GUNDA SCHNEIDER-FLUME: *Alter – Schicksal oder Gnade? Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2008, 157 Seiten, ISBN 978-3-525-62404-3, 17,90 Euro.*

Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen

Der vorliegenden Publikation liegt eine Untersuchung zugrunde, in der die Zugänge und die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung von selbständig lebenden älteren Menschen in Hamburg analysiert wurde. Es handelt sich dabei um einen interdisziplinären Ansatz, der die Bereiche Geografie, Geriatrie und Gesundheitsförderung umfasst. Zunächst werden die theoretischen Grundlagen der verschiedenen Disziplinen dargestellt, während der dritte Teil die Methoden und Analysen, wie z. B. die Gegenüberstellung der Angebots- und Nachfragestruktur beinhaltet. Auf der Angebotsseite wird dabei auf das geriatrische Zentrum sowie die Angebote ›Aktive Gesundheitsförderung im Alter‹ und ›Präventiver Hausbesuch‹ fokussiert. Abschließend werden die Ergebnisse interpretiert und Handlungsempfehlungen abgeleitet, wie z. B. die Weiterentwicklung geriatrischer Einrichtungen zu gesundheitsfördernden Einrichtungen für Seniorinnen und Senioren. (ts) ●

ULRIKE DAPP: *Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geographische Untersuchung. Kohlhammer Verlag Stuttgart 2008, 292 Seiten, ISBN 978-3-17-019328-4, 35,00 Euro*

► Nadine-Christin Hohmann

Das wissbegierige Kind

Wie lernen Kinder? Was weiß die Forschung, was junge Kinder wissen? Diesen Fragen widmet sich der von Lilian Fried herausgegebene Sammelband, der in sechs Kapiteln Grundlagen und aktuelle Theorien über die Entwicklung von Wissensprofilen und Lernstrategien von Kindern vorstellt. Kapitel II – V bearbeiten jeweils einen eigenen Bildungsbereich. Der Leser oder die Leserin erfährt, wie Kinder sich mathematisch-naturwissenschaftliches, schriftsprachliches, sozial-emotionales und spirituell-religiöses Wissen aneignen. Darüber hinaus erhalten pädagogische Fachkräfte und allgemein Interessierte Anregungen, wie die Wissensentwicklung von Kindern dokumentiert und gefördert werden kann. ●

LILLIAN FRIED (Hrsg.): *Das wissbegierige Kind. Neue Perspektiven in der Früh- und Elementarpädagogik. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 200 Seiten, ISBN 978-3-7799-1603-1, 21,00 Euro*

► Nadine-Christin Hohmann

Kindernetzwerke

Im Rahmen des Projektes ›Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung von Kindern in Heimerziehung‹ der Deutschen Forschungsgemeinschaft hat die Arbeitsgruppe ›Soziale Netzwerke im Kindes- und Jugendalter‹ des Instituts für Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Wohlfahrtswissenschaften der TU Dresden die sozialen Netzwerke von Kindern aus Herkunftsfamilien, Heimen und Pflegefamilien vergleichend analysiert und erforscht. Wie nehmen Kinder ihre sozialen Netzwerke wahr, wer wird dazu gezählt und warum? Gibt es soziale Bedürfnisse, die unerfüllt bleiben? Neben der Darstellung der Projektergebnisse skizziert das Buch den aktuellen Stand der sozialen Netzwerk- und Unterstützungsforschung generell und bezogen auf Kinder und Jugendliche speziell. ●

FRANK NESTMANN, JULIA GÜNTHER, STEVE STIEHLER, KARIN WEHNER & JILLIAN WERNER (Hrsg.): *Kindernetzwerke. Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung in Familie,*

Pflegefamilie und Heim. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 2008, 216 Seiten, ISBN 978-3-87159-617-9, 18,00 Euro

► Christin Stapel

Benachteiligung im Bildungssystem

Sozial- und bildungspolitische Studien belegen: Die tatsächlichen Bildungschancen von Mädchen und Jungen im deutschen Bildungssystem sind ungleich verteilt. Nachdem Mädchen in der Vergangenheit gezielt gefördert wurden, haben die Jungen nun das Nachsehen und gehören zu den Benachteiligten. Der Sammelband liefert facettenreiche Beiträge für alle Akteurinnen und Akteure im Bildungswesen zur geschlechterspezifischen, soziologischen und theologischen Forschung. Dabei werden Wechselbeziehungen zwischen Benachteiligungsstrukturen und Bildungssystem und dem sozialen Milieu sowie dem ethnischen Hintergrund der Jungen kritisch beleuchtet. Ebenso kritisch wird die These diskutiert, inwiefern das bestehende Erziehungs- und Bildungssystem diese Benachteiligung reproduziert. ●

MERLE HUMMICH (Hrsg.): *Benachteiligung im Bildungssystem- Beiträge zum 6. Tag der Frauen- und Geschlechterforschung an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenburg, Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main, 2009, 245 Seiten, ISBN 978-3-631-57706-6, 42,50 Euro*

► Christin Stapel

Piercing, Tattoo und Schönheitsoperationen

In Zeiten von gesellschaftlich vorgegebenen Schönheitsidealen, in denen ein perfekter Körper für beruflichen und sozialen Erfolg als unmittelbare Voraussetzung gilt, treten Körpermodifikationen bei Mädchen und jungen Frauen als Massenphänomen auf. Ist diese Tatsache eine Modeerscheinung der westlichen Gesellschaft oder handelt es sich um eine jugendliche Protest-

haltung? Kann man gar von psychopathologischen Anomalien sprechen? Im Rahmen einer empirischen Studie untersucht die Autorin das Körpererleben von jungen weiblichen Erwachsenen und deren Gründe für Körpermodifikationen. Sie möchte Pädagoginnen und Pädagogen für die verschiedenen Problemlagen der weiblichen Adoleszenz sensibilisieren. Leicht verständlich und anschaulich verfasst, liefert das Buch einen wertvollen Beitrag für die Frauen- und Geschlechterforschung. ●

JOHANNA HOPFNER (HRSG.): *Piercing, Tattoo und Schönheitsoperationen – Jugendliche Protesthaltung oder psychopathologische Auffälligkeit?* Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main, 2008, 156 Seiten, ISBN 978-3-631-57666-3, 34,00 Euro.

Kommunale Integration von Menschen mit Migrationshintergrund – ein Handbuch

Im ersten Teil des Handbuches wird zunächst die kommunale Integrationspolitik im Blick auf die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen auf dem Hintergrund der bundesrepublikanischen Nachkriegsgeschichte aufgezeigt. Es folgt im zweiten Abschnitt eine Bestandsaufnahme, die sowohl den Zuständigkeiten von Bund, Ländern und Kommunen als auch der Rolle der Wohlfahrtsverbände im Rahmen der Querschnittsaufgabe ›Integration‹ nachgeht sowie die Frage nach Messbarkeit erfolgreicher Integrationspolitik aufwirft. Im dritten Abschnitt werden anhand einzelner Handlungsfelder, wie z. B. Arbeitsmarkt, Sprache, Bildung Mindeststandards und Anforderungen an kommunale Integrationspolitik diskutiert. Die praktischen Beispiele in jedem Handlungsfeld machen deutlich, welche gestalterischen Möglichkeiten kommunale Integrationspolitik enthält und mit welchen Hindernissen und Restriktionen immer wieder vor Ort umgegangen werden muss. Es werden zahlreiche Anregungen zur konkreten Umsetzung und Förderung der interkul-

turellen Öffnung in den Kommunen gegeben.

Mit dem Versuch, Kriterien für das Gelingen kommunaler Integrationspolitik zu benennen, schließt das Buch.

Das Handbuch richtet sich vor allem an kommunale Entscheidungsträger, Mitarbeitende der Verwaltungen, an Verbände, Vereine, Initiativen und Migrantenorganisationen. (VtJ) ●

PETRA MUND, BERNHARD THEOBALD (HRSG.): *Kommunale Integration von Menschen mit Migrationshintergrund – ein Handbuch. Hand- und Arbeitsbücher (H 18), Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V., Berlin, 2009, ISBN 978-3-7841-1904-5, 18,20 Euro (13,70 Euro, inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten für Mitglieder des Deutschen Vereins).*

Psychologie des interkulturellen Dialogs

Zum Europäischen Jahr des interkulturellen Dialogs 2008 erschien dieser lesenswerte Reader, der die Grundvoraussetzungen zum interkulturellen Dialog sowie die Bausteine dazu facettenreich erläutert. Das Buch geht über Ausbildungs- und Qualifikationsaspekte jedoch weit hinaus. So werden spezifische Aspekte, die in enger Verbindung mit Formen des interkulturellen Dialogs stehen, vorgestellt, z. B. Vertrauen und verantwortliches Handeln in Organisationen. Zudem werden Forschungsbefunde aus sieben Handlungsfeldern referiert, in denen interkultureller Dialog eine zentrale Rolle spielt, wie interkulturelle Dialogprozesse als wirtschaftlicher Erfolgsfaktor oder internationale Jugendbewegung. (us) ●

ALEXANDER THOMAS (HRSG.): *Psychologie des interkulturellen Dialogs.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2008, 280 Seiten, ISBN 978-3-525-40302-0, 27,90 Euro

Identitätsspielraum Internet

Die vorliegende Arbeit ist die gekürzte Version einer Dissertation und beschreibt eine qualitative Studie. Ein außerschulisches virtuelles Angebot für Mädchen im Alter von 12 bis 18 Jahren, die Online-Community ›LizzyNet‹, eine Lern- und Kommunikationsplattform im Internet, wurde auf informelle Lernprozesse und Selbstbildungspraktiken hin untersucht. Dazu wurden 31 Mädchen im Alter von 12 bis 21 Jahren interviewt. Die gefundene Kernkategorie ›Identitätsspielräume‹ verweist darauf, dass in den neuen Sozialräumen verschiedene Formen alltäglicher Identitätsarbeit geleistet wird. Das Buch ist gut lesbar und gibt einen gehaltvollen Überblick darüber, wie Jugendliche und speziell Mädchen ihre Handlungsaufgaben des Jugendalters bewältigen und die Sozialisation mit Medien vor sich geht. (us) ●

ANGELA TILLMANN: *Identitätsspielraum Internet. Lernprozesse und Selbstbildungspraktiken von Mädchen und jungen Frauen in der virtuellen Welt.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 231 Seiten, ISBN 978-3-7799-1320-7, 27,50 Euro

Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems

Das Buch stellt neue Erkenntnisse und Ansätze der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten dar. Im ersten Teil wird zunächst der Begriff der Interkulturalität erläutert, um anschließend die zentralen Fragen der interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems zu diskutieren. Der zweite Teil ist neuen Erkenntnissen der Versorgungsforschung und Konzepten zum kultursensiblen Umgang mit Migrantinnen und Migranten im Gesundheitssystem gewidmet. Der dritte und abschließende Teil des Buches beschäftigt sich mit Praxisprojekten der interkulturellen Öffnung. (mw) ●

CHRISTIANE FALGE, GUDRUN ZIMMERMANN (HRSG.): *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems.* Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2009, 192 Seiten, ISBN 978-3-8329-4079-9, 48,00 Euro

Depression – gendersensible Ansätze für Fachkräfte

26. August 2009, Hannover

Bei Frauen werden Depressionen doppelt so häufig wie bei Männern diagnostiziert. Die typischen Symptome sind bei beiden Geschlechtern verschieden. Frauen und Männer reagieren unterschiedlich auf Antidepressiva und sprechen auf verschiedene psychotherapeutische Verfahren und Behandlungen unterschiedlich an.

Aus diesen Aspekten ergeben sich Anhaltspunkte, präventive Ansätze, Gesundheitsförderung, Diagnostik und Behandlung gendersensibel zu gestalten. Diese Aspekte werden in der Veranstaltung vertieft.

Sitzung des bundesweiten Arbeitskreises Gesundheitsfördernder Hochschulen

28. August 2009, Universität Bielefeld

Schwerpunktthema ist die ›Gefahrenanalyse und Erfassung von psychischen Belastungen‹. Gesundheitsfördernde Hochschulen und solche, die es werden wollen, treffen sich zum Erfahrungsaustausch.

Patienteninformation in Niedersachsen.

Gestern – Heute – Morgen.

2. September 2009, Hannover

Eine Vielzahl von Institutionen und Einrichtungen im Gesundheitswesen ist im Bereich der Patientinnen- und Patienteninformation tätig. Hierzu gehören die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, Kostenträger, Selbsthilfeorganisationen, Patientenberatungsstellen, Forschungseinrichtungen, öffentlicher Gesundheitsdienst und die Fachverbände der Gesundheitsberufe. Die Veranstaltung informiert über die Grundlagen der Patientinnen- und Patienteninformation und zeigt deren Entwicklung innerhalb der letzten 10 Jahre auf. Am Nachmittag diskutieren verschiedene in Niedersachsen tätige Einrichtungen der Patientinnen- und Patienteninformation gemeinsam die Zukunft des Tätigkeitsfeldes. Eingeladen sind Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, Patientinnen und Patienten sowie an deren Vertretungs- und Beratungsstellen.

Die Tagung findet aus Anlass des 10-jährigen Bestehens des Arbeitskreises Patientinnen- und Patienteninformation der LVG & AfS statt und wird durch die Ärztekammer Niedersachsen unterstützt.

16. Robert-Koch-Tagung, zugleich 30. Fortbildungsveranstaltung der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Niedersachsen

3./4. September 2009, Clausthal-Zellerfeld

Der traditionelle zweitägige Kongress ist die zentrale Fortbildungsveranstaltung für Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Niedersachsen. Die diesjährigen Rahmenthemen lauten ›Kinder mit besonderen Bedürfnissen – Beiträge des Kinder und Jugendgesundheitsdienstes für eine bessere Unterstützung‹, ›Qualitätsmanagement im Gutachtenwesen‹, ›Altlasten – Umweltmedizinisches Qualitätsmanagement‹ und ›Qualitätsmanagement im Infektionsschutz‹.

Der Kongress wird in Kooperation mit dem Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V., dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit durchgeführt.

Naturnahe Spielräume – mit Kindern gesunde Lebenswelten gestalten

8. September 2009, Hannover

Das Spielen in der Natur und soziale Mitwirkungsmöglichkeiten tragen zu einer gesunden Entwicklung von Kindern bei. Wenn Kinder sich bewegen, gemeinsam spielen, pflanzen oder bauen macht das nicht nur Spaß sondern unterstützt ganz nebenbei ihre motorischen Fähigkeiten, ihr Selbstvertrauen und ihre sozialen Kompetenzen.

Ziel der Veranstaltung ist es, die Potenziale naturnaher Spielräume in den Fokus der kommunalen Gesundheitsförderung zu nehmen. Gemeinsam soll über die Bedeutung von Lebensräumen für die Gesundheit von Kindern diskutiert, Handlungsoptionen herausgestellt und dabei die planerische, pädagogische und strukturelle Herangehensweise zusammengebracht werden, denn: Die Beteiligung von Kindern an der Gestaltung Ihrer Lebenswelt ist eine Querschnittsaufgabe im kommunalen Setting. Eingeladen sind Vertreterinnen und Vertreter von Kommunen, Kitas, Schulen und Einrichtungen der Kinder-/Jugend- und Gemeinwesenarbeit sowie Stadt- bzw. Freiraumplaner und Interessierte aus den Bereichen Gesundheit, Bildung und Politik.

Essstörungen im Zeitalter des Internets

10. September 2009, Hannover

Essstörungen sind vielfach Antwortversuche auf die Entwicklungsaufgaben im Jugendalter: Identitätsfindung und Rollenbestimmung. Besonders bei Anorexie und Bulimie spielt das Internet eine immer größere und teilweise gefährliche Rolle. So werden Mädchen durch die virtuellen Freundinnen Ana und Mia an gestörtes und stark gesundheitsschädigendes Verhalten herangeführt oder darin bestärkt. Mit dieser Fachveranstaltung will das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen zum einen auf die Gefahren des Internets bei der Entwicklung von Essstörungen aufmerksam machen, zum anderen aber auch die Chancen für Lern- und Identitätsbildungsprozesse durch die virtuelle Welt aufzeigen.

Bewegung im Norden

15. September 2009, Hannover

Im Rahmen der Auftaktveranstaltung soll das Zentrum für Bewegungsförderung Niedersachsen im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM vorgestellt werden. Weiterhin dient die Veranstaltung der Bildung eines Netzwerkes zum Thema Bewegung im Alltag für die Zielgruppe der über 60-Jährigen. Neben einem Einführungsvortrag ist die Vorstellung praktischer Beispiele zur Umsetzung geplant. Die Veranstaltung richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich, die sich mit dem Thema Bewegung für ältere Menschen beschäftigen.

Bewegter Kindergarten – Möglichkeiten, Erfahrungen und praktische Anregungen für den Kita-Alltag zur Förderung der Gesamtpersönlichkeit und des Lernens der Kinder durch Bewegung.

17. September 2009, Celle

Ziel der Tagung ist es, Bewegung und Qualitätsentwicklung im Elementarbereich zu unterstützen, sowie Wissen und Handeln zu verbinden. Dazu gehört es auch, sowohl Kooperationen und Kontakte zu knüpfen, als auch Strategien zur Weiterentwicklung der eigenen Einrichtung zu entwerfen. Die Veranstaltung wird in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Kultusministerium, der Fachhochschule Hannover, der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., der Niedersächsischen Turnerjugend, der Sportjugend Niedersachsen und der Stadt Celle durchgeführt.

XIX. Niedersächsische Suchtkonferenz

23. September 2009, Hannover

Lebensabend Sucht? – Süchte älterer Menschen und Handlungsmöglichkeiten in der Suchthilfe

Süchte werden hauptsächlich mit jungen Menschen in Verbindung gebracht und deren Suchtproblematiken diskutiert. Süchte im Alter sind eher eine Grauzone, fast noch ein Tabuthema. Auf der XIX. Niedersächsischen Suchtkonferenz soll das Thema von mehreren Seiten beleuchtet werden. Wie sehen altersspezifische Beratungs- und Behandlungsangebote aus? Wie lassen sich älter werdende süchtige Menschen erreichen? Welche Süchte überwiegen bei älteren Menschen?

Die Konferenz findet in Kooperation mit dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit statt.

Jubiläum: 10 Jahre Landesagentur Generationendialog Niedersachsen – Generationen verbinden – Wandel gestalten

24. September 2009, Hannover

Mit dem vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit geförderten Modellprojekt ›Koordinierungsbüro Freiwilliges Engagement für Jung und Alt‹ begann im Juli 2001 die Arbeit der Landesagentur Generationendialog Niedersachsen. Es wurde in dieser Zeit eine Projektedatenbank zum freiwilligen Engagement von und für ältere Menschen aufgebaut. Seit August 2004 wurde der Dialog der Generationen stärker in den Fokus der Arbeit der Landesagentur gestellt und der Name entsprechend verändert. Seit nunmehr fünf Jahren ist die Landesagentur Generationendialog Niedersachsen zuständig für die Vernetzung und Koordinierung im Bereich Generationendialog, Freiwilliges Engagement und Seniorenpolitik in Niedersachsen. Anlass genug, einen Blick auf die Arbeit der vergangenen Jahre und zukünftigen Aufgaben zu richten.

Kooperationspartner dieser Veranstaltung sind das Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, das Projektbüro Dialog der Generationen, Generationennetzwerk Südniedersachsen, Landesseniorenrat Niedersachsen., LINGA, Forum für Gemeinschaftliches Wohnen, Mehrgenerationenhäuser, Nintendo

Rehatag 2009

01. Oktober 2009, Bremen

Die bundesweite Aktion ›Deutscher Reha-Tag‹ stellt im Wahljahr 2009 die Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft in den Mittelpunkt seiner Aktionen.

In Bremen informiert Sie die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg – Bremen, in Zusammenarbeit mit Fachleuten, über die sinnvolle Vernetzung der Rehabilitation mit vorangehenden bzw. nachfolgenden Leistungen. Insbesondere psychosomatische Erkrankungen und Ihre Rehabilitationsmöglichkeiten stehen dieses Jahr im Mittelpunkt des Programms.

Das chronisch kranke Kind im Sport, in Kita, Grundschule und Verein

28. Oktober 2009, Hannover

Die dritte Fachtagung zum o. g. Thema findet im Rahmen des Aktionsplanes ›Lernen braucht Bewegung – Niedersachsen setzt Akzente‹ statt. Im Mittelpunkt dieser Tagung stehen Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen. Oftmals werden sie aber aus falsch verstandener Fürsorge der Erziehungsberechtigten, Erzieherinnen, Erzieher, Lehrkräfte und Übungsleiterinnen und -leiter von sportlichen Aktivitäten oder spielerischer Bewegung fern gehalten. Im Mittelpunkt dieser Tagung stehen deshalb Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen. Grundsätzlich ist festzustellen, dass auch diese Kinder ein gesundes und natürliches Bewegungsbedürfnis haben. Der Übergang von der Kindertagesstätte in die Schule verdient ein besonderes Augenmerk im Sinne der chronisch kranken Kinder.

Vorschau

Senioren mit Bühnenprogramm

4./5. September 2009, Hannover

Niedersächsischer Aktionstag für seelische Gesundheit 2009

8./9. Oktober 2009, Winsen/Luhe

Demenziell erkrankte Patientinnen und Patienten – zukünftige Versorgung im Krankenhaus

02. November 2009, Hannover

10. SOPHIA Fachtagung

13. November 2009, Lüneburg

8. Wohnungspolitische Kongress in Niedersachsen

03. Dezember 2009, Hannover

► **Niedersachsen**

Ersatzkassenforum, Wer hat die besseren Rezepte?, 10.07.2009, Hannover, Kontakt: Verband der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Niedersachsen, An der Börse 1, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 30 39 70, Fax: (05 11) 3 03 97 99, E-Mail: lv-niedersachsen@vdek.com

Kongress für betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, 03.09.2009, Celle, Kontakt: Landesarbeitskreis für Arbeitssicherheit, Hildesheimer Straße 309, 30519 Hannover, Tel.: (05 11) 9 87 25 11, Fax: (05 11) 9 87 25 45, E-Mail: leitung@lak-nds.net

Fachtagung, Wenn Essen krank macht – Allergien und Unverträglichkeiten, 23.09.2009, Oldenburg, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Sektion Niedersachsen, Hanna Boklage, Hugo-Zieger-Str. 37, 26133 Oldenburg, Tel.: (04 41) 9 49 09 07, E-Mail: h.boklage@t-online.de

Bürgerforum, Bedingungen gelingender Beteiligung, 25.–27.09.2009, Rehburg, Kontakt: Claudia Leinauer, Stiftung Mitarbeit, Bornheimer Straße 37, 53111 Bonn, Tel.: (02 28) 6 04 24 13, E-Mail: leinauer@mitarbeit.de

Fachveranstaltung, Der Beitrag der Jugendarbeit zur Gestaltung lokaler Bildungslandschaften, 28.–30.09.2009, Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Andrea Grimm, Münchehäger Straße 6, 31547 Loccum, Tel.: (0 57 66) 8 11 27, E-Mail: andrea.grimm@evlka.de

13. Niedersächsisches Ernährungsforum, Essstörungen – zu dick oder zu dünn?, 31.10.2009, Hannover, Kontakt: Helga Strube, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80 24 66, E-Mail: dge.niedersachsen@t-online.de

► **Bundesweit**

Fachtagung, Soziale Teilhabe von Kindern stärken ... oder: Was hat Partizipation mit Gesundheitsförderung zu tun?, 01.07.2009, Potsdam, Kontakt: Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V./Annett Schmok, Carl-von-Ossietzky-Str. 29, 14471 Potsdam, Tel.: (03 31) 9 79 21 24, E-Mail: annett.schmok@blsev.de

PatientenForum, Patienten – Informationen – Rechte. Politische Herausforderungen zum Umgang mit Patienteninformationen, 01.07.2009, Berlin, Kontakt: Patientenbeauftragte für Berlin, Karin Stötzner, Brückenstraße 6, 10179 Berlin, Tel.: (0 30) 90 25 20 10, E-Mail: patientenbeauftragte@senguv.berlin.de

Veranstaltungsreihe, Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen 2010. Für eine neue Kultur der Arbeit, 01.07.2009, Köln, Kontakt: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Martina Gladbach, Tel.: (0 30) 89 68 52 49, Fax: (0 30) 89 68 55 26, E-Mail: martina.gladbach@bgw-online.de

Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Internet und Computerspiele – wann beginnt die Sucht?, 03.07.2009, Berlin, Kontakt: Heike Niemeier, Eisleberstraße 9, 10789 Berlin, Fax: (0 30) 32 52 92 81, E-Mail: pa@heike-niemeier.de

9. Summer School der Gesundheitspsychologie, 09.–11.07.2009, Stendal, Kontakt: Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Prof. Christel Salewski, Osterburger Str. 25, 39576 Stendal, Tel.: (0 39 31) 21 87 48 20, E-Mail: christel.salewski@hs-magdeburg.de

4. Medizinkongress Psychische Erkrankungen bei Kindern und älteren Menschen, 14.07.2009, Berlin, Kontakt: Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Uni Bremen, Cornelia Trittin, Barkhof, Parkallee 39, 28209 Bremen, Tel.: (04 21) 2 18 49 95, E-Mail: c.trittin@zes.uni-bremen.de

Tagung, Gewaltprävention – Ursachen und praktische Ansätze, 26.08.2009, Dortmund, Kontakt: Arbeitsgemeinschaft Kinder und Jugendschutz, Landesstelle Nordrhein-Westfalen e. V., Carmen Trenz, Tel.: (02 21) 92 13 92 18, E-Mail: carmen.trenz@mail.ajs.nrw.de

3. Norddeutscher Wohn-Pflege-Tag, 04.09.2009, Hamburg, Kontakt: Albertinen-Haus, Gesa Grass, Sellhopsweg 18–22, 22459 Hamburg, Tel.: (0 40) 5 58 10, Fax: (0 40) 55 81 17 77, E-Mail: gesa.grass@albertinen.de

Veranstaltung, Belastung von Pflegekräften durch die Pflege demenzerkrankter Personen, 09.09.2009, Dresden, Kontakt: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Stephan Schwarzwälder, Proschhübelstraße 8, 01099 Dresden, Tel.: (03 51) 56 39 54 81, E-Mail: schwarzwaelder.stephan@baua.bund.de

Fachveranstaltung, Männerpolitiken in Dresden. Reise zu einem Dialog, 10.–12.09.2009, Dresden, Kontakt: Politisches Bildungswerk umdenken, Heinrich-Böll-Stiftung Hamburg e. V., Max-Brauer-Allee 116, 22765 Hamburg, Tel.: (0 40) 3 89 52 70, Fax: (0 40) 3 80 93 62, E-Mail: info@umdenken-boell.de

2. Deutscher Suchtkongress, 16.–19.09.2009, Köln, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V., Wörthstr. 10, 50668 Köln, Tel.: (02 21) 7 75 71 57, E-Mail: info@suchtpsychologie.de

Veranstaltung, Produkte für Ältere, Demografische und anthropometrische Anforderungen an das Produktdesign der Zukunft, 23.09.2009, Dresden, Kontakt: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Regina Thorke, Proschhübelstraße 8, 01099 Dresden, Tel.: (03 51) 56 39 54 64, Fax: (03 51) 56 39 52 10, E-Mail: thorke.regina@baua.bund.de

Fachtagung Solidaritäten im Wandel, 23.–25.09.2009, Hamburg, Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Kontakt: Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Andrea Parkhouse, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Tel.: (0 40) 4 28 03 42 68, E-Mail: a.parkhouse@uke.uni-hamburg.de

7. Internationale Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft – Pflege – wozu und wohin?, 24.–25.09.2009, Ulm, Kontakt: DBfK-Bundesverband e. V., Salzhofer 6, 10587 Berlin, Tel.: (0 30) 2 19 15 70, Fax: (030) 21 91 57 77, E-Mail: iknn@dbfk.de

7. Bundeskongress Soziale Arbeit – Gerechtigkeit. Verantwortung. Sicherheit. Soziale Arbeit positioniert sich!, 24.–26. 09. 2009, Dortmund, Kontakt: Kongressbüro Bundeskongress Soziale Arbeit, TU Dortmund, Fakultät Erziehungswissenschaft und Soziologie, ISEP Institut für Sozialpädagogik, Emil-Figge-Str. 50, 44227 Dortmund, Tel.: (02 31) 7 55 60 65, E-Mail: bukoog@fbn2.uni-dortmund.de

9. Internationaler akzept Kongress – Von der staatlichen Kontrolle zur Stärkung der Selbstverantwortung: Alternativen zur prohibitiv-repressiven Kontrollpolitik, 25.09.–26.09.2009, Frankfurt am Main, Kontakt: Christine Kluge Haberkorn, akzept e. V., Südwestkorso 14, 12161 Berlin, Tel.: (0 30) 82 70 69 46, E-Mail: akzeptbuero@yahoo.de

Fachtagung, Sichere und Gesunde Hochschule, 28.–30.09.2009 Dresden, Kontakt: Paul Krönert, Institut Arbeit und Gesundheit der Gesetzlichen Unfallversicherung, Königsbrücker Landstraße 2, 01109 Dresden, Tel.: (03 51) 4 57 19 29, E-Mail: sicherehochschule@dguv.de

Fachtagung, Gewaltige Medien, 13.10.2009, Rottenbuch, Kontakt: Aktion Jugendschutz Bayern e. V., Fasaneriestr. 17, 80636 München, Tel.: (0 89) 12 15 73-0, Fax: (0 89) 12 15 73 99, E-Mail: Hainz@aj-bayer.de

► **International**

Kongress Neurobiologie der Psychotherapie – Beziehung und Komplexität, 03.–05.07.2009, Salzburg, Kontakt: SKS-SchattauerKongressService GmbH, Klaus Jansch, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Tel.: (07 11) 2 29 87 59, E-Mail: klaus.jansch@schattauer.de

9. Kongress der Gesundheitspsychologie, Gesundheit und Gesundheitsförderung über die Lebensspanne, 26.–28.08.2009, Zürich, Kontakt: Psychologisches Institut für Gerontopsychologie, Simone Kregar, Binzmühlestrasse 14, 8050 Zürich, Tel.: (0 44) 6 35 74 11, E-Mail: info@gespsy09-zürich.ch

3. Kongress zur transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, 11.–13. 09.2009, Zürich, Kontakt: Dr. med. univ. Solmaz Golsabahi, Postfach 2622, 59016 Hamm, E-Mail: info@transkulturellepsychiatrie.de

23. Konferenz der European Health Psychology Society, From Knowledge to Interventions, 23.–26.09.2009, Pisa, Kontakt: Congress Palace of Pisa, Via Matteotti, 1, 56124 Pisa, Tel.: (+39) 050 59 82 12, E-Mail: ehps.pisa2009@med.unipi.it

19th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, 05.–09.07.2009, Paris, Kontakt: ICEO – International Congress and Event Organizers, 12, rue de la Croix-Faubin, 75557 Paris Cedex 11, Tel.: (+33) 01 44 641515, E-Mail: info@gerontologyparis2009.com

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