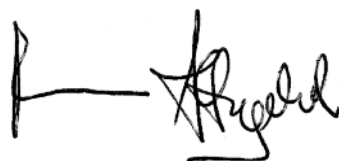


Eine der aktuellen Lieblingsvokabeln der Gesundheitspolitik lautet mit großer Sicherheit ›Eigenverantwortung‹. Je höher (und irgendwann vielleicht auch unbezahlbarer) die Gesundheitskosten werden, desto mehr gerät der Beitrag von Einzelnen für die Erhaltung ihrer Gesundheit ins Blickfeld. Das fängt bei Zuzahlungsregelungen in einem ansonsten noch solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgungssystem an, geht über rechtskräftige Bonusregelungen, z. B. beim Zahnersatz oder der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen bis hin zu Forderungen, doch endlich intensiver über Malusregelungen zu diskutieren und die Solidargemeinschaft von den Kosten für vermeintlich selbst verschuldete Krankheiten oder Unfälle zu entlasten.

Die Lieblingsvokabeln der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta dagegen sind sicher ›Partizipation‹ und ›Empowerment‹. Allein, es fehlt oft die gekonnte Umsetzung dieser zentralen Strategien. In diesem Heft werden deshalb die Fallstricke, Herausforderungen und Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis all dieser Konzepte gemeinsam diskutiert. ›Eigenverantwortung haben immer die anderen‹ lautet folgerichtig schon der provokative Titel zum Einstieg. Die Kritik an diesem Selbstverantwortungsdiskurs in der Gesundheitsförderung und -politik setzt sich auch in anderen Schwerpunktartikeln fort. Aber es sollen hier nicht nur neue Schuldzuweisungsstrategien kritisiert, sondern auch die Chancen für die Praxis von partizipativen Ansätzen und Empowermentstrategien ausgelotet werden.

Im aktuellen Teil dieses Heftes berichten wir u. a. über die neu verankerten Kinderrechte in der niedersächsischen Landesverfassung, die interkulturelle Öffnung der Behindertenhilfe sowie kultursensible Gesundheitsförderungsstrategien. Im kommunalen Teil folgen gelungene Beispiele aus der Praxis von Empowerment und Partizipation. Wie immer sind Sie an dieser Stelle zur intensiven Partizipation an den nächsten Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen herzlich eingeladen. Sie können uns auch Vorschläge für kommende Schwerpunktthemen einreichen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Süchte ohne Ende?‹ (Redaktionsschluss: 06.11.2009) und ›Umwelt, Gesundheit und Nachhaltigkeit‹ (Redaktionsschluss: 08.02.2010).

Mit herzlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Eigenverantwortung haben immer die anderen	02
■ Partizipation, Empowerment und Adhärenz	03
■ Selbst schuld!	04
■ Eigenverantwortung und wirtschaftliche Interessen	05
■ Hauptsache gesund und ohne Befund!	06
■ Wissenschaftliche Begleitung partizipativer Projekte durch Aktivierende Evaluation	07
■ Das Unbehagen in der Partizipation	09
■ Partizipation sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen	10
■ Elternforschungsgruppen	11
■ Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal patientenorientierter Versorgung	12
■ Ärztebewertungsportale	14
■ Gesundheitsförderung durch Partizipation	15
■ ›Nimm mich auf!‹	17
■ All Inclusive	17
■ Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten	18
■ Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege	19
■ Der Heimbeirat	20
■ Linie 21 – Beteiligungsprojekte bei JANUN e.V.	21
■ Kindergerechtigkeit beginnt vor Ort	21
■ Frauen in einem sozial benachteiligten Stadtteil	22
■ Mediothek	23
■ Termine	30
■ Impressum	16

Eigenverantwortung und Partizipation – Neue Normen in der Gesundheits- förderung?



Bettina Schmidt

Eigenverantwortung haben immer die Anderen

Gesundheit ist Mega-Trend. Alle Menschen wollen gesund sein. Und sie sollen gesund sein. Fortwährend werden sie dazu aufgefordert, sich um ihre Gesundheit zu bemühen. Eigenverantwortung ist zur individuellen Universalendung aufgestiegen, die jeden Menschen in die lebenslange Pflicht nimmt. Zu fragen ist, welcher Nutzen vom Fördern und Fordern der Eigenverantwortung für die Gesundheit der Menschen zu erwarten ist.

Verantwortung wird selektiv zugewiesen

Es ist unstrittig sinnvoll, sich gesundheitsgerecht zu verhalten, allerdings führt der Terminus Eigenverantwortung in die Irre: Dieser impliziert Selbstbestimmung, doch so ist Eigenverantwortung nicht gedacht. Der Mensch, der die mündige Entscheidung trifft, einen risikofreudigen statt risikoaversiven Lebensstil zu pflegen, gilt nicht als eigenverantwortlich, sondern als unverantwortlich. Wenn Eigenverantwortung gesagt wird, ist oft Gesundheitsgehorsam gemeint.

Der entspannungsförderliche Besuch einer Oper gilt als gesundheitlich unbedenklich, das gleichermaßen entspannende Gucken einer Seifenoper im TV hingegen gilt als potenziell gesundheitsriskant. Offenbar beruhen die Normen zum verantwortungsbewussten Gesundheitsverhalten nicht allein auf dem gesundheitswissenschaftlichen Forschungsstand, sondern werden auch gesellschaftspolitisch und soziokulturell geprägt – anders ließe sich z. B. auch nicht erklären, warum zahlreiche Gesundheitsprogramme Menschen zu einem Leben ohne Drogen befähigen, obwohl ein Leben ohne Auto nicht minder gesundheitsförderlich wäre.

Rauchen und Übergewicht stehen derzeit im Mittelpunkt verantwortungsfreudiger Gesundheitsfördererinnen und -förderer. Reine gesundheitswissenschaftliche Notwendigkeit? Es ist zu befürchten: nein und zu argwöhnen, dass a) riskante Lebensweisen, die in den niedrigen sozialen Schichten weit verbreitet sind, mit öffentlicher Aufmerksamkeit bedacht werden (z. B. Bewegungsmangel); b) riskante Verhaltensweisen, die in allen Schichten weit verbreitet sind, assoziiert werden mit niedriger Sozialschicht (z. B. übermäßiger Alkoholkonsum); c) riskante Lebensweisen, die in den hohen sozialen Schichten weit verbreitet sind, eher im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Potenziale betrachtet werden (z. B. berufliches Engagement im Hinblick auf die psychische Gesundheit) und negative Folgen vernachlässigt werden (z. B. mobilitätsverursachte Schwächung des sozialen Netzes); d) gesundheitsriskante Lebensweisen, die vornehmlich strukturell bestimmt sind, individualisiert werden (z. B. Sonnenbaden unter dem Ozonloch); e) dass gesund als das definiert wird, was die Definitionsmächtigen für gesund halten (z. B. flexible Aktivität statt bedächtige Muße).

Die Trennlinie zwischen denen, die Gesundheitsengagement verordnen, und denen, die dies verordnet bekommen, verläuft also nicht nur zwischen Gesundheitsprofis und -laien, sondern auch zwischen Definitionsmächtigen und -ohnmächtigen. Außerdem werden nicht alle Akteure gleichermaßen zu mehr Eigenverantwortung aufgefordert. Die Eigenverantwortungsaufforderungen richten sich vor allem an (potenzielle) Patientinnen und Patienten. Sehr viel seltener werden sonstige

Gesundheitsakteure in die gesundheitsförderliche Pflicht genommen, z. B. die Gesundheitsberufe zur Verschlankung ihrer angebotsorientierten Nachfrage, die Wirtschaft zur Milderung prekärer Beschäftigungsverhältnisse oder die Politik zur Umsetzung des Alkoholwerbverbots. Kann es denn wahr sein, dass es für die gesellschaftlichen Eliten scheinbar zu schwierig ist, wirksam Verantwortung zu übernehmen (Standort Deutschland), für ›normale‹ Bürgerinnen und Bürger jedoch nicht?

Nutzen für Gesundheit wird selektiv auftreten

Eigenverantwortlich gesundheitsgerecht zu handeln ist nicht so einfach. Die Herausforderung beginnt damit, dass man zwischen mehreren Alternativen wählen muss (Butter oder Margarine? Kaffee oder Tee?). Korrektes Wissen muss erworben werden über gesunde bzw. ungesunde Verhaltensweisen (ausgewogene Work-Life-Balance oder arbeitseifriges Flowerleben?). Die bestmögliche Entscheidung muss getroffen werden (Mitglied im Fußballverein oder Abstinenz gegenüber dieser alkoholaffinen Sportart?) und in korrektes Handeln umgesetzt werden (lieber von Weiß- auf Rotwein umsteigen?). Das Handeln ist zu kontrollieren und ggf. zu optimieren (Führerschein im Alter abgeben oder sozial eingebunden bleiben?). Schließlich muss Frustrationstoleranz aufgebracht werden, falls der erhoffte Nutzen doch nicht eintritt, z. B. weil man gegen die Entwicklung eines wohnort- bzw. lärmbedingten Bluthochdrucks machtlos war.

Wer vorbeugen will, weiß nie genug und darf sich dennoch nie zurücklehnen. Nahezu Heldentum ist gefordert, um eigenverantwortlich gesundheitsbewusst zu leben. Entsprechend schwierig ist eine solchermaßen gesunde Lebensweise – und für manche noch schwieriger. Die Eigenverantwortungskampagne übersieht die eisernen Gitterstäbe, die – abhängig von der sozialen Lage – die Freiheit vieler Menschen gesund zu bleiben einschränken. Wenn überhaupt, wird eigenverantwortliche Gesundheitspflege in den ohnehin begünstigten Bevölkerungsgruppen gelingen. Eine weiter steigende Spreizung des Gesundheitszustandes zwischen privilegierten und nicht privilegierten Bevölkerungsgruppen ist zu befürchten.

Als eigenverantwortliche Subjekte sind kranke Menschen nicht länger z. B. Opfer von Pech oder gesundheitsriskanten Lebensbedingungen, sondern sind tatverdächtig, da es ihnen offenbar an Engagement zur gesundheitsorientierten Selbstoptimierung mangelt. Die Täterkonzipierung trifft logischerweise besonders die gesundheitsbelasteten und damit eben auch die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Gegenüber diesen Gruppen grenzt sich die gesunde Mitte offen ab und benutzt das Gesundheitsargument zur offensiven Pädagogisierung des ungesunden – ungebührlichen – Verhaltens der nicht bürgerlichen Klassen. Übergewicht trennt Masse und Klasse.

Bilanziert man die Chancen und Risiken der Eigenverantwortungskampagne, so lässt sich mit H. Prantl resümieren: ›Es heißt jetzt ‚Eigenverantwortung‘, wenn die Schwächeren sich selbst überlassen bleiben.‹

Verantwortung gelingt nur in Kooperation

Um Gesundheit für alle zu mehr, ist es unerlässlich, alle kooperativ zu beteiligen, und zwar einerseits am Diskurs darüber, wer wofür Verantwortung zu tragen hat, und andererseits an der Verteilung der Verantwortungslasten. Die Idee des kooperativen Verantwortungsmanagements basiert auf dem systemischen Risikomanagement, bekannt z. B. aus der Flugsicherheit: Verantwortungslasten werden dort nicht einem (vermeintlich) verursachenden Individuum zugewiesen, sondern systemisch zwischen allen Akteuren verteilt. In der Unfallprävention sind solche Verantwortungsarrangements bereits etabliert, z. B. in Form von Fahrbahnschwellen. Eine Kooperation aus Verkehrsplanern, Konstrukteuren, Ordnungskräften etc. produziert durch Fahrbahnschwellen messbare Temporeduktionen und verhindert damit mögliche Unfälle – die Unfallverhütung obliegt nicht allein den individuellen Fahrern und Fahrerinnen.

Am kooperativen Verantwortungsmanagement sind alle relevanten Akteure beteiligt. Beteiligt sind sie nicht nach Maßgabe ihrer persönlichen Betroffenheit, sondern gemäß ihrer verfügbaren Macht zur Veränderung eines unerwünschten Zustands, denn je größer die Macht, desto größer der erwartbare Nutzen. Unter kooperativen Verantwortungsbedingungen wird Gesundheit für alle gefördert. Gefordert wird Gesundheitsengagement ebenfalls von allen – und zwar von den Mächtigsten das meiste. Übergewicht wäre dann kein individuelles Problem mehr, sondern ein Kooperationsauftrag an die Finanzpolitik (Umweltprämie für Räder), Stadtplanung (autofreie Innenstädte), Arbeitgeberseite (Sport- statt Parkplätze) und an wohlhabende Bürgerinnen und Bürger (Spenden für Schwimmbäder). Der Erfolg der Unfallprävention spricht für eine solche Systemperspektive auch in den übrigen Präventionsfeldern: Was hilft, hat Recht.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. BETTINA SCHMIDT, *Evangelische Fachhochschule RWL, Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Immanuel-Kantstr. 18–20, 44803 Bochum, Tel.: (02 34) 36 90 1-201, Fax: (0 2 34) 36 90 11 00, E-Mail: bschmidt@efh-bochum.de*

Thomas Altgeld, Ute Sonntag

Partizipation, Empowerment und Adhärenz – nur Gesundheitsförderungslyrik oder Rüstzeug für die Praxis?

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation von 1986 verlagert die Definitions- und Gestaltungsmacht über Gesundheit weg von einer professionellen Aufgabe hin zur Herausforderung für jeden einzelnen Menschen und für die sozialen Systeme. Diese können dann von Professionellen dabei unterstützt werden, »ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen«. An dieser Neudefinition ist nicht nur die Loslösung der Deutungshoheit

über Gesundheit vom Expertenstatus radikal, sondern auch die Verknüpfung von Gesundheit mit Selbstwahrnehmung und Handlungsmöglichkeiten im Alltag. Damit werden keine unrealistischen Gesundheitsforderungen an Individuen von außen heran getragen, sondern gleichzeitig die Relativität von Gesundheit verdeutlicht und deren Abhängigkeit von Lebenslagen.

Bis dato wurde Gesundheit eher als professionelle Aufgabe in asymmetrischen Kontexten gefördert. Selbst die vermeintlich moderneren Begriffe »Gesundheitsbildung« und »Gesundheitsberatung« sind von Asymmetrien geprägt. Es gibt immer lehrende und lernende Personen. Trotz intensiver, fast schon euphorischer Rezeption der Ottawa-Charta bleibt die Umsetzung von Empowerment- und Partizipationsansätzen bislang eher rudimentär, u. a. weil die Loslösung vom Expertenstatus für Professionelle keine Selbstverständlichkeit ist.

Grundlagen für die Praxis oder Utopien?

Empowerment heißt wörtlich übersetzt Selbst-Bemächtigung, Gewinnung oder Wiedergewinnung von Stärke. Empowerment beschreibt einen Entwicklungsprozess im Alltag, in dem Individuen, Gruppen oder ganze Organisationen die eigenen Stärken entdecken und ihre Lebenswelt (mit)gestalten. Der Empowerment-Begriff lässt sich in zwei Hauptbereiche teilen:

- Empowerment als kollektiver Prozess, sich selbst politische Macht anzueignen.
- Empowerment als professionelles Konzept, um Selbstbestimmung zu unterstützen.

Eng mit dem Begriff des Empowerment verbunden ist die Partizipation. Je mehr jemand Einfluss auf einen Entscheidungsprozess nimmt, desto mehr Partizipation wird realisiert. Empowerment ist eine Voraussetzung für gelingende Partizipation.

Informierte Entscheidung (Evidence Based Patient Choice) ist in den europäischen Patientenrechten als ethische Norm verankert. Es geht um das Recht der Patientinnen und Patienten auf Zugang zu allen relevanten Informationen. Damit wird die aktive Teilnahme an medizinischen Entscheidungsprozessen ermöglicht.

Der relativ neue Begriff der Adhärenz (Adherence) löst in der Medizin den Begriff der Compliance (engl. Einhalten, Willfährigkeit) langsam ab. Der Berliner Gesundheitspreis 2009 wurde zu diesem Ansatz bereits ausgeschrieben. Er geht davon aus, dass die gemeinsam vom Behandelnden und Patienten bzw. Patientin ausgehandelten Therapieziele die Grundlage einer erfolgreichen Therapie bilden.

Hürden und Widerstände

Zu allen hier definierten Begriffen existiert mittlerweile eine ausreichende theoretische Fundierung, während die Forschungslage und die Umsetzung in die Praxis eher zögerlich vorankommen. Die mangelnde Forschungslage ist eine zentrale Hürde für eine größere Verbreitung der Konzepte. Weitere Hürden für die Umsetzung sind sowohl auf institutioneller als auch persönlicher Ebene zu suchen. Empowerment hat z. B. zur Voraussetzung, soziale Dienstleistungen hochgradig zu individualisieren, anstatt den Hilfesuchenden Fertigprodukte

überzustülpen, weil die Zielgruppen nicht in eine passive Rolle gedrängt werden sollen. Ihre Kreativität und Phantasie sollen nicht verschüttet werden. Dennoch ist die Verführung groß, sich im Berufsalltag dieser Fertigprodukte zu bedienen, weil sie Sicherheit vermitteln. Erfolg muss unter Empowerment-Perspektiven ganz neu definiert werden, weil viel mehr Zeit benötigt wird, als das Durcharbeiten von fertigen Interventions- oder Präventionsprogrammen erfordert. Empowermentprozesse sind meist nicht geradlinig, sie verlaufen mit Rückschlägen und benötigen viel Geduld auf Seiten der Professionellen.

Sharing power und Adhärenz verlangen von den Professionellen, ihre Expertenmacht aufzugeben. Damit entfallen Möglichkeiten der Disziplinierung des Gegenübers. Außerdem kann über den Zugang zu institutionellen Ressourcen nicht mehr ohne weiteres entschieden werden, ebenso wenig wie die Art der Beziehung, die Kommunikationsregeln und die geeigneten Interventionen einseitig festgelegt werden können. Darüber hinaus ist das Bedürfnis von helfenden Berufen, sich überlegen zu fühlen, nicht zu unterschätzen. Weik sieht darin einen Mechanismus des Selbstschutzes, um die eigene Identität gegenüber den von den Klienten oder Klientinnen repräsentierten Bildern der Unterlegenheit und Schwäche abzugrenzen. Die dialogische Verständigungsarbeit legt dagegen auf gleiche Augenhöhe und Konsensprinzip wert.

Ein großes Problem ist außerdem die Verfestigung des Defizit-Blickwinkels durch institutionelle Vorgaben. Viele Anträge zur Gewährung von Hilfen müssen z. B. ein Scheitern dokumentieren, um erfolgreich zu sein. Allmählich halten jedoch auch hier ressourcenorientierte Diagnoseverfahren Einzug. Diese Kompetenzdiagnostik ergänzt den Blick auf die Defizite um eine Erfassung der vorhandenen Kräfte und Ressourcen. Ein weiterer Fortschritt sind Hilfepläne, die zusammen mit den Betroffenen erstellt werden und zu einem gemeinsamen schriftlich fixierten Arbeitskontrakt führen (contracting). Herriger nennt die letzte Widerstandsquelle die Schwerkraft der Routine. Administrative Routinen verfestigen und verstetigen sich, so dass ein standardisiertes Repertoire an Methoden, Interventionsformen und Verwaltungsverfahren festgelegt ist. Vorteil für die Beschäftigten ist, dass diese Institutionsroutine entlastende Funktion hat. Sie reduziert die Komplexität und rationalisiert Arbeitsvollzüge.

All diese Hürden können Übergangsphänomene werden, wenn die Gesundheits- und Bildungspolitik ebenfalls einen Paradigmenwechsel vollzieht. Solange die Ausbildungsgänge und sozialgesetzgeberischen Rahmenbedingungen die hier benannten Strategien eher in Präambeln als in Leistungsgewährungs-routinen und Prüfungsordnungen verankern, bleiben die hier skizzierten Ansätze eher randständig als zentral.

Kontakt: siehe Impressum

Selber schuld! Zur Ambivalenz von Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheit ist einer der zentralen Werte unserer Gesellschaft. Aber auch wenn (zumindest in den westlichen Industriestaaten) die durchschnittliche Lebenserwartung seit Ende des 19. Jahrhunderts enorm angestiegen ist, das System der gesundheitlichen Versorgung sich deutlich verbessert hat und sich der Zugang zu diesem System für die meisten Bürgerinnen und Bürger als mehr oder weniger gesichert erweist, so heißt dies doch nicht, dass das Leben heutzutage weniger riskant und die Gesundheit weniger gefährdet wäre. Im Gegenteil leben wir in einer Zeit der stetigen Inflation von Vorsorgeuntersuchungen und Verdachtsfällen, von Krankheitsdispositionen und Gefährdungspotenzialen, von gesundheitlichen Risiken und riskanten Verhaltensweisen. Mit dieser Vervielfältigung des Wissens hinsichtlich gesundheitlicher Risiken vermehren sich nicht nur die Risiken selbst, sondern zugleich die Anforderungen an die Individuen, sich die notwendigen Risikoinformationen auch zu beschaffen und in Präventionsmaßnahmen umzusetzen – eine Entwicklung, welche die Gefahr birgt, sich in dieser Flut von Informationen, Produkten und Dienstleistungen zu verlieren.

Ziele der Gesundheitsförderung

Die modernen Gesundheitswissenschaften oder auch Public Health sind an dieser Entwicklung nicht ganz unbeteiligt, denn ihre Bemühungen zielen darauf, »allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen« (Ottawa Charta). Jenseits von sozialstrukturellen Maßnahmen (etwa zur Bekämpfung von Armut oder Arbeitslosigkeit) zielen dabei die meisten Interventionen auf Informierung und Empowerment von Bevölkerung und Individuen, mithin also auf Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz wird dabei einerseits verstanden als Stärkung der individuellen Selbstbestimmung sowie der Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit mit Blick auf Gesundheitsfragen, andererseits als »Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, diese zu verstehen und damit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen«. Es handelt sich bei diesem Konzept also – auf den ersten Blick – um ein durchaus in hohem Maße emanzipatives und demokratisches Projekt.

Folgen riskanter, gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen

Die Kehrseite allerdings ist, dass konkrete präventive und gesundheitsförderliche Konzepte immer in ein bestimmtes gesellschaftliches Klima, mithin also in gesellschaftliche und politische Diskurse eingebettet sind, durch die sie beeinflusst und in ihrem Charakter geprägt werden. In Zeiten, in denen der ökonomische Imperativ der Kostenminimierung betont wird, der zudem in neoliberaler Manier immer offensiver einer Logik des »Fördern und Fordern« folgt, wandelt sich das emanzipative Projekt von Gesundheitsförderung und -kompetenz und wird auf die Forderung an die Selbstverantwortung des Einzelnen, mit seinen gesundheitlichen Ressourcen sorgsam umzugehen, fokussiert: Wer sich riskant oder gesundheitsschädlich verhält, schädigt nicht (mehr) nur sich selbst, sondern die Gemeinschaft der Versicherten und ggf. seinen Arbeitgeber, der durch etwaige krankheitsbedingte Ausfall-

tage belastet wird. Die Folgen gesundheitlich riskanter oder fahrlässiger Verhaltensweisen sollen daher nicht von der Gemeinschaft, sondern vom Einzelnen selbst getragen werden. In den USA hat gesundheitliches Risikoverhalten inzwischen bereits direkten Einfluss auf die sozialen Partizipationschancen des Individuums: Gesundheitsgefährdende Gewohnheiten sind dort ein potenzieller Entlassungs- bzw. Nichteinstellungsgrund.

›Selbst schuld‹ am Beispiel Adipositas

Hinter dieser Verschiebung von der sozialen zur individuellen Verantwortlichkeit steht ein Menschenbild, welches das Individuum als selbstbestimmt und verantwortlich konzipiert: Angestrebt, aber auch vorausgesetzt wird eine ihre Gesundheit rational managende Person, die immer auch für das Scheitern ihrer Handlungen zur Verantwortung gezogen wird. Sehr plausibel wird dies im gegenwärtigen Diskurs bezüglich Übergewicht und Adipositas: Wenn auch wissenschaftlich keineswegs abgesichert, so wird den Individuen doch von allen relevanten Akteuren ab einem BMI (Body Mass Index) von 25 zur Gewichtsreduktion geraten. Renate Künast formulierte seinerzeit geradezu ‚militant‘: ›Was wir brauchen ist eine Art Mobilmachung. Wir müssen uns auf einen langen zermürenden Wettkampf um jedes Gramm einstellen, der uns sicher auch Rückschläge bescheren wird (...). Je eher wir anfangen, desto niedriger ist der Berg, den wir abtragen müssen. Jedes Pfund, das nicht auf unseren Rippen lastet, ist ein Erfolg. Wenn zugleich Bewerberinnen und Bewerber im öffentlichen Dienst mit einem BMI größer 30 nicht verbeamtet werden und an Wohlverhalten und Idealgewicht geknüpfte Krankenkassentarife diskutiert werden, kann man davon sprechen, dass das Schlank-Sein zur Pflicht erhoben wird – vor allem mit Blick auf die vermeintlich enormen gesellschaftlichen Kosten, die Übergewicht und Adipositas verursachen.

Vor dem Hintergrund des oben skizzierten Menschenbildes bedeutet dies zugleich, dass die schlanke Figur zum Symbol dafür wird, mit den eigenen wie den gesellschaftlichen Ressourcen vernünftig haushalten zu können. Dabei geht es nicht vorrangig um Disziplinierung, also um ein mehr oder weniger erzwungenes gesundheitliches Wohlverhalten, sondern vor allem um Selbstdisziplinierung und Selbstkontrolle: Die Gesundheitsinformationen richten sich an das Individuum, das seine Ernährung und Gesundheit managed und stets die Kontrolle über seinen Lebensstil, seine Ernährung und damit natürlich auch über sein Gewicht behält. Mehr noch: Sie richten sich an ein Subjekt, das über so weitgehende Gesundheitskompetenz verfügt, dass es der Selbstkontrolle gar nicht mehr bedarf, sondern die entsprechenden Normen bereits als ›gewolltes Sollen‹ verinnerlicht hat. So betrachtet ist ›Dick-Sein‹ nicht mehr nur ein vermeintlich ästhetisches oder gesundheitliches Problem, sondern wird zum Zeichen dafür, dass das jeweilige Individuum zentrale gesellschaftliche Anforderungen nicht erfüllt. Hätte der Sinnspruch ›Der Geist ist willig, allein das Fleisch ist schwach‹ noch vor einigen Jahren die Übergewichtigen entlastet, so verweist ihr Gewicht heute vor allem auf ihre mangelnde Gesund-

heitskompetenz und Selbstkontrolle – also auf einen Defekt im (Persönlichkeits-)Management.

Solcherlei Ambivalenzen gesundheitsförderlicher Projekte und Programme bewusst zu halten, sie systematisch zu reflektieren und auch in die entsprechenden Wirksamkeitsstudien einzubeziehen, sollte zu den Anliegen einer modernen Gesundheitswissenschaft zählen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HENNING SCHMIDT-SEMISCH, *Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften, Grazer Str. 2, 28359 Bremen, Tel.: (04 21) 218-31 64, E-Mail: schmidt-semisch@uni-bremen.de*

Susanne Mauersberg

Eigenverantwortung und wirtschaftliche Interessen

›Es wird ein Bedürfnis daher nicht sowohl von denen, welche es auf unmittelbare Weise haben, als vielmehr durch solche hervorgebracht, welche durch sein Entstehen einen Gewinn suchen.‹ (Hegel)

Im Gesundheitswesen haben marktwirtschaftliche Verhältnisse in den letzten Jahrzehnten in stärkerem Maße Einzug gehalten als in anderen Bereichen der Sozialversicherung. Die politischen Kontroversen, die diese Entwicklung begleiten, betreffen gesellschaftliche Grundwerte und sind nicht beigelegt. Nicht zu leugnen ist, ganz gleich wie die zunehmende Ökonomisierung bewertet wird, dass der Gesundheitsmarkt kein Markt wie andere Märkte ist. Angebote, die die Gesundheit betreffen, zeichnen sich dadurch aus, dass sie in höherem Maße existenziell, notwendig oder unverzichtbar sind bzw. dafür gehalten werden, als dies bei anderen Produkten oder Dienstleistungen der Fall ist. Die Rollen, die Verbraucher im Gesundheitswesen einnehmen können, sind vielfältig und lassen sich in drei große Gruppen unterscheiden: Patientinnen und Patienten (Status Klient), Versicherte (Mitgliedsstatus) sowie Kundinnen und Kunden (Vertragspartner).

Aufgrund ihrer spezifischen Bedürftigkeit ist das Verhältnis von Patientinnen und Patienten zum Arzt bzw. zur Ärztin durch eine mehr oder weniger große Abhängigkeit gekennzeichnet (Asymmetrie Wissen, eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit kurzfristig oder dauerhaft, mehr oder minder große Erwartung in Hinblick auf die Ärztin bzw. den Arzt). Patientinnen und Patienten haben Rechte (freie Arztwahl, Recht auf umfassende Aufklärung, Recht auf Partizipation bei der Entscheidung über Diagnose und Therapie, qualitativ hochwertige Behandlung), können deren Realisation als akut schwächerer Part aber unter Umständen nicht erzwingen. Bei pflegebedürftigen Menschen wird besonders deutlich, dass diese der Unterstützung bedürfen, damit sie ihre Rechte ausüben können.

Im Unterschied dazu haben die gesetzlich Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse einen Mitgliedsstatus und können sozialgesetzlich festgeschriebene Ansprüche geltend

machen. In den letzten Jahren hat auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Auswahl unter möglichen Tarifen und Zusatzangeboten stark zugenommen. Die Versicherungsposition erfährt allerdings nur dann eine Stärkung durch solche Optionen, wenn nicht nur eine quantitative, sondern auch eine qualitative Auswahl möglich ist – Institutionen und Medien also dafür sorgen, dass der Gesundheitsmarkt transparent ist und Versicherte nicht interessengeleitete Informationen und Beratungsangebote wahrnehmen können. Nur unter der Bedingung von Transparenz kann gebündelte Nachfrage eine positive Auswirkung auf die Qualität ausüben.

Vom Versicherungsmitglied zur Kundin bzw. zum Kunden

Sind Nutzerinnen und Nutzer unzufrieden mit einem Leistungserbringer oder einer Krankenkasse, treten sie mit der Entscheidungsmöglichkeit den Anbieter zu wechseln in die Position des Kunden bzw. der Kundin. Aus Verbrauchersicht ist dies die stärkste Position mit dem Status eines Vertragspartners, sofern die individuelle Risikolast oder intransparente Angebote diese Kundensouveränität nicht entwerten. In der Realität entstehen viele Probleme, weil Rollenmuster und Erwartungen nicht eindeutig sind. Zum Beispiel ist vielen Patientinnen und Patienten, die von ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin eine individuelle Gesundheitsleistung angeboten bekommen, nicht klar, dass Arzt oder Ärztin bei diesen Selbstzahler-Leistungen zum Verkäufer mit unternehmerischen Interessen werden.

Eine kritische Auseinandersetzung mit Gesundheitsinformationen, die oft nicht identifizierbaren Quellen entstammen, ist nicht nur im Feld zusätzlicher Leistungen dringend geboten. Der ›Kunde Patient‹ wird vielfach überversorgt im deutschen System und der dankbare Reflex, des Guten könne man nicht zu viel tun, ist falsch, sowohl bei Diagnostik wie bei Therapie.

Eigenverantwortliche Patientinnen und Patienten?

Im gegenwärtigen Versorgungssystem ist noch der passive Leistungsbezug vorherrschend. Patientinnen und Patienten werden in erster Linie als Konsumentinnen und Konsumenten von Gesundheitsleistungen wahrgenommen und sehen sich vielfach auch selbst noch nicht als diejenigen, die ihre Gesundheit mitbestimmen und produzieren. Eine Veränderung des Systems wird Realität, indem tradierte Rollenmuster auf allen Seiten nach und nach überwunden werden. Der Begriff Eigenverantwortung ist dabei wenig hilfreich, denn er verschleiern, dass das gesamte System seine Gewinne gegenwärtig vor allem mit Krankheit generiert, nach Maßgabe vernünftiger Gesundheitsziele kein überzeugendes Anreizsystem. Abgesehen davon, dass unter dem Titel Eigenverantwortung zumeist Entsolidarisierung gemeint ist, geht es auch nicht nur um individuelle Verantwortung, sondern um die Verantwortung aller für ein reformbedürftiges System.

Sprechen Ärztinnen und Ärzte von verderblicher Ökonomisierung, meinen sie zumeist, dass ihre Leistungen zu wenig honoriert würden, und fordern weitere Milliarden, als gäbe es kein anderes gesellschaftliches Handlungsfeld mit Relevanz für die Gesundheit von Menschen. Ressourcen sind immer

endlich, menschliche Bedürfnisse sind es oftmals nicht und interessanterweise nimmt die Gier nach mehr mit wachsenden Profiten zu. Die Wirtschaftskrise wird Druck auf die Politik ausüben, den Sozialstaat nachhaltig umzubauen. An die Stelle der Kompensation von Systemdefekten wird ein Ordnungsrahmen treten müssen, der aktivierende, partizipative Versorgungskonzepte belohnt und damit die Investition in die Selbstständigkeit und Gesundheit von Bürgerinnen und Bürgern ermöglicht.

Literatur bei der Verfasserin

SUSANNE MAUERSBERG, Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Marktgrafenstraße 66, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 25 80 04 33, E-Mail: mauersberg@vzbv.de

Annelie Keil

›Hauptsache gesund und ohne Befund!‹

Über die Partizipation am ›Wahnsinn‹ einer Gesundheit, die es gar nicht gibt

Schon zu seinen Lebzeiten hat man Nietzsches Gedanken zur Frage der Gesundheit eine Schule des Verdachts und der Verachtung, aber auch des Mutes und der Verwegenheit genannt. Immer wieder vom Zweifel angetrieben hat er versucht, dem Verhältnis von Gesundheit und Krankheit am Leitfaden des Leibes auf die Spur zu kommen und sich der bis heute herrschenden Vorstellung entgegenzustellen, dass es eine für alle Menschen verbindlich messbare ›Gesundheit an sich‹ gäbe. Nach Nietzsche ist der Lebens- und Gestaltungsort der Gesundheit ein Labyrinth. Verwirrende Wege führen den Menschen zum Zentrum. Die Suche richtet sich weniger auf die Wahrheit von Gesundheit oder Krankheit, sondern eher auf den Faden der Ariadne, der für Orientierung sorgt. Eigenverantwortung ist wie das Leben selbst ein Weg durch die Fremde, aber indem wir sie praktizieren, lernen wir beide kennen. Ob das gesund ist oder krank macht, ist ungewiss.

Das ist Eigenverantwortung: Wir selbst müssen unser Leben vom Anfang bis zum Ende leben, niemand anders kann es für uns tun. Sich selbst zu verantworten heißt, Antworten auf die konkreten Lebensfragen zu finden, und impliziert die gestalterische Erfindung des eigenen Lebens im Kontext des Lebens anderer Menschen und in Verbindung mit der Welt, die uns umgibt. Das fördert Gesundheit als umfassende Lebenskompetenz, kann aber auch krank machen, wenn wesentliche Bedingungen fehlen. Als geistiges, entscheidungsfähiges Wesen ist der Mensch in der Lage, sich bewusst auf das Leben einzulassen, zu lieben und für sich und andere Sorge zu tragen – die zentrale Quelle für Eigenverantwortung. Nichts erscheint schwerer als diese lebendige Auseinandersetzung mit dem, was Leben braucht. Gesundheit, ja bitte!

Die Enteignung von Gesundheit

Umso krankmachender ist jene zynisch reduzierte Vorstellung von ›Eigenverantwortung‹ im öffentlichen Gesundheitsdiskurs,

die im Bündnis mit der Selbstverschuldungsthese als moralische Fliegenpatsche auf all die einschlägt, die es nicht geschafft haben. Selbst schuld! Der oder die Kranke hat sich falsch verhalten und ist den Anweisungen der Ärzteschaft nicht gefolgt. Schülerinnen und Schüler sind dumm, weil sie nicht schlau sein wollen. Arbeitslose bemühen sich nicht genug. Verrückte sind verrückt, weil ihnen die Realität des Lebens die falsche Angst einjagt, und Depressive sind krank, weil ihnen der entsprechende Botenstoff für Glück fehlt. Einerseits haben viele Menschen im Gefühl von Angst, Unwissen, Überforderung und Ohnmacht ihre Eigenverantwortung an Experten und Expertinnen übertragen und damit dem systemischen Prozess der ›Enteignung von Gesundheit‹ (Illich) durch Expertokratien aller Art Tür und Tor geöffnet. Bloß keine Zeit mit sich selbst verplempern, keine Umwege gehen, effektiv sein! Fit und Fix im Doppelpack. Der Markt ist geöffnet, Gesundheit kann man kaufen. Andererseits haben die militanten Herrschaftsansprüche ökonomischer, politischer, wissenschaftlicher, kultureller und weltanschaulicher Art zugenommen, die in allen Lebensbereichen wie auch im Gesundheitsbereich um die Führung bei der präventiven Krankheitsvermeidung, Krisenverwaltung oder Etablierung einer effektiven ›Lebenskunst‹ kämpfen und die unkalkulierbare Eigenverantwortung des Subjekts samt Freiheitsstreben und Lebenslust zum gefährlichen Risikofaktor erklärt. Sie bieten präventive und förderliche Fluchtmöglichkeiten in ihre Gewissheiten und angeblich sichere Mittel und Wege zur haltbaren Gesundheit an, die ihren Erfahrungshintergrund im Alltagsleben der Menschen schon längst verloren haben und diese teuer zu stehen kommen. Eigenverantwortung wird zum unkritischen Nachvollzug dessen, was vorgesehen ist. Gesundheitsförderung und Prävention mutieren vielfach zu Drohgebärden. In diesem Fall: Gesundheit, nein danke!

Vom Gleichgewicht zwischen Ordnung und Chaos

Wer Gesundheit fördern will, muss durch die verschiedenen Labyrinth, die sie umstellen. Jeder Schritt wagt dabei den Fall. In der Krise suchen wir im Verlust der Balance oft um jeden Preis nach Halt. Das genau kann zum Gegenteil führen. Die Sehnsucht nach Stabilität, Ordnung und Unterstützung macht Sinn, denn Ordnung vermittelt nicht nur Sicherheit und Ruhe, sondern ermöglicht die Freiheit, sich der Eigenverantwortung zu stellen und erneut nach Gleichgewicht zu suchen. Ordnung ist das halbe Leben, die andere Seite aber lebt vom Chaos, in dem die unbekanntesten Sterne tanzen. Wo Ordnungs-, Verordnungs- und Versorgungswahn ausbrechen, gerät das Gleichgewicht außer Kontrolle. Das Subjekt verliert seine Führungskraft, Erstarrung greift um sich. Die ungebändigte Angst vor Krankheit, Gebrechlichkeit und Abhängigkeit wie die Tabuisierung der Endlichkeit führen dazu, dass immer mehr Ordnungswerkzeuge und -regeln, hygienische Prophylaxen und Wächter-Initiativen erfunden werden, auch wenn ihre Wirkungslosigkeit offensichtlich ist. Sozialpsychologisch gesehen sind wir zu ›Messies‹ geworden, die sich mit Reformen und Vorsichtsmaßnahmen zumüllen und dabei ›ordnungskrank‹ werden. Gesundheitsförderung kommt gewollt oder ungewollt als Regulierungsprogramm daher.

Gesundheit und Krankheit wandeln nicht kalkulierbar und linear von A nach B, sondern auf Autobahnen, Abwegen, Pfaden und Sackgassen, die das Subjekt im Prozess der Erkrankung oder Gesundung selbst gestaltet, um die richtige Richtung zu finden. Wirkliche Eigenverantwortung zwingt uns, dem Terror der Gewissheit zu widerstehen, das Ungeheure, Unvorhersagbare und die Endlichkeit zu respektieren und die biografische Gestaltungsarbeit zu würdigen, auch wenn sie uns nicht in den Kram passt.

Gesundheit ist nicht kalkulierbar

Wir bekommen Leben nur als eine Möglichkeit, leben müssen wir es selbst. Ob Leben möglich wird, hängt von Bedingungen ab und setzt kollektive wie gesellschaftliche Verantwortung voraus. Ob und auf welche Weise Leben gesund ist, bleibt offen und ist ein Betriebsgeheimnis der Schöpfung, der Evolution und des einzelnen Individuums. Auf jeden Fall endet es tödlich, auch ohne Zigaretten. Gesundheit und Leben sind Angebote, die man auch ablehnen, aber bei keiner Instanz einklagen kann. Kriegserklärungen gegen Leben, Krankheit und Tod nutzen nichts. Als Drohgebärde verwirren sie nur in der Auseinandersetzung um eine eigenverantwortete, subjektive wie relative Gesundheit. Nicht dick werden, nicht trinken, nicht rauchen, Schmerz, Rausch und Leidenschaft vermeiden, nur kalkulierbare Herausforderungen eingehen, das reicht nicht. Gesundheit ist mehr und anders. ›Weißt du, wann unsere Welt endlich sicher sein wird?‹ fragt Moritz seine Schwester Mia in dem Buch ›Corpus Delicti‹ von Juli Zeh. ›Wenn alle Menschen in Reagenzgläsern liegen, eingebettet in Nährlösung und ohne Möglichkeit, einander zu berühren.‹ In diesem Fall nochmals: Gesundheit – nein danke!

PROF. DR. ANNELIE KEIL, *Gesundheitswissenschaften*
Biografieforschung, Schenkendorfstraße 41, 28211 Bremen,
Tel.: (04 21) 4 60 44 13, Fax: (04 21) 4 60 44 66,
E-Mail annelie.keil@ewetel.net, www.anneliekeil.de

Hans-Liudger Dienel

Wissenschaftliche Begleitung partizipativer Projekte durch Aktivierende Evaluation

Eigenverantwortung und Beteiligung haben eine nachhaltige gesundheitsförderliche Wirkung – weil sie Sinn und Lebensfreude vermitteln, soziale Teilhabe und Vernetzung fördern und weil sie gesundheitsbezogene Kompetenz und (Selbst-)Verantwortung stärken.

Evaluation als Erfolgsfaktor

Die Startphase und der Aufbau selbsttragend-nachhaltiger partizipativer Strukturen, etwa von Selbsthilfenetzwerken, profitieren – das zeigen viele Erfahrungen – von einer wissenschaftlichen Begleitung im Sinne einer Aktivierenden Evaluation. Ohne eine solche Begleitung würden viele partizipative Projekte die Startphase nicht überstehen, weil sie rechtlichen,

wirtschaftlichen und sozialen Hemmnissen gegenüberstehen, die oft erst durch eine externe Begleitung identifiziert, abgebaut, umgangen oder überwunden werden können. Die Bezeichnung ›Evaluation‹ für diese Begleitung trifft dabei nur einen Teilaspekt, nämlich den der Bewertung des Projekts, oft gegenüber einem Förderer. Der Begriff der Evaluation löst bei manchen Evaluierten negative Assoziationen aus. Man lässt sich nicht gern bewerten und aburteilen. Viele Menschen fühlen sich in professionellen Kontexten heutzutage ›über-evaluert‹, durch starre Bewertungs- und Erfolgsmaßstäbe und -prüfungen eingeschnürt. Auf der anderen Seite vermitteln Evaluationen Aufmerksamkeit, Zuwendung und haben den sportlichen Charakter von Wettbewerben. Das hat auf viele Menschen eine motivierende Wirkung. Evaluationsergebnisse sind oft die Basis für Finanzierungen und Förderungen von Projekten. Die Aktivierende Evaluation ist eine Methode, welche explizit den aufbauenden, fördernden und motivierenden Aspekt von Evaluation in den Mittelpunkt rückt und Elemente des Coaching integriert. Sie ist daher für die Begleitung partizipativer Projekte besonders geeignet.

Orientierung auf Prozess, Ressourcen und Partizipation

Evaluationsmethoden lassen sich in externe, durch außenstehende Personen durchgeführte und interne, durch die zu evaluierende Organisation selbst durchgeführte Evaluationen unterscheiden. Bei der externen Evaluation wird wiederum in prozessbegleitende und ergebnisorientierte, abschließende Ansätze unterschieden. Prozessbegleitende Evaluation hat das Ziel, durch eine kontinuierliche Beobachtung des Umsetzungsstands sowie die regelmäßige Rückmeldung von Zwischenergebnissen zum einen erfolgreiche Strategien zu bestärken. Zum anderen können Fehlentwicklungen und Abweichungen von der Prozessplanung frühzeitig erkannt und vermieden werden. Abschließende Evaluationen sollen dagegen die Ergebnisse erheben und systematisiert bewerten.

Die Aktivierende Evaluation ist durch die Orientierung auf Prozess, Ressourcen und Partizipation gekennzeichnet. Sie erkundet das, was positiv und erfolgreich war, und nutzt die Ergebnisse dieser Erkundung für die Verbesserung von Situationen und Prozessen. Sie orientiert sich an den Potenzialen der Beteiligten, entwickelt diese weiter, unterstützt positive Zukunftsentwürfe und stärkt Arbeitszufriedenheit, Leistungsbereitschaft und Vertrauen. Dass eine Kombination von Begleiten, Fördern und Bewerten möglich ist, zeigt jede gute Lehrkraft. Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass Akteure dabei unterstützt werden sollen, ihre bisherigen Aktivitäten als Stärke und Leistung zu erkennen. Auf dieser Erkenntnis werden weitergehende Aktivitäten aufgebaut. Der positiven Rückmeldung während und nach der Evaluation kommt daher eine entscheidende Rolle zu.

Damit kann der Ansatz der Aktivierenden Evaluation Entwicklungs- und Lernprozesse im Rahmen des partizipativen Projekts fördern, also einerseits den Beteiligten eine hohe Eigenverantwortung und viele Gestaltungsmöglichkeiten zugestehen, dabei aber begleitende Beratung und Empowerment-Maßnahmen bereithalten. Aktivierende Evaluation schließt möglichst viele Beteiligte mit ein.

Aktivierende Befragung

Der Anspruch der Aktivierenden Evaluation knüpft inhaltlich an die Methode der Aktivierenden Befragung an. Das Interesse einer Aktivierenden Befragung ist mehrschichtig: Einmal will sie möglichst zuverlässige Informationen gewinnen. Zum anderen will sie Lernen ermöglichen. Diese Befragungen nutzen die Erkenntnis, dass Fragenstellen eine hochwirksame Methode zum Anstoßen von Reflexionsprozessen als Basis von Veränderungen ist. Die Aktivierende Evaluation regt durch die Übernahme dieser Herangehensweise Reflexionen an und befördert eine bewusste Auseinandersetzung mit den Inhalten und Ergebnissen sowie mit Verbesserungsmöglichkeiten eines Prozesses. Indem unterschiedliche Sichtweisen, Situationseinschätzungen und Lösungsvorschläge kommuniziert werden, kann sie als Anlass zu gemeinsamem Handeln der Beteiligten bzw. der Evaluierten dienen. Dies setzt eine durchdachte Rückmeldung der Ergebnisse voraus. Die Aktivierende Evaluation impliziert eine qualitative Vorgehensweise und eine Bevorzugung der direkten Kommunikation mit den Evaluierten. Vorrangig eingesetzte Instrumente sind daher Methoden, deren Ergebnisse sich möglichst direkt an die Betroffenen rückkoppeln lassen: soziometrische Verfahren, teilnehmende Beobachtung, Interview, Aktionsuntersuchung, Einschätzskalen, Audio- und Videoaufnahmen.

Wertschätzung des Positiven

Die Aktivierende Evaluation arbeitet nach den Prinzipien der ›Appreciative Inquiry‹. Dieser Ansatz wurde in den 1980er Jahren entwickelt. Der Begriff wird übersetzt mit wertschätzender Erkundung oder Entwicklung. Leitprinzip ist die Wertschätzung des Positiven. Dem liegt die Überzeugung zugrunde, dass die Auseinandersetzung mit vergangenen Misserfolgen und Niederlagen demotiviert, die Konzentration auf Erfolge und positive Erlebnisse und das Bewusstsein der Ressourcen und Möglichkeiten dagegen Energien freisetzt. Anstatt problemorientiert nach Abhilfe von Defiziten zu suchen, fragt Appreciative Inquiry lösungsorientiert nach dem Erfolgreichen und begreift es als wesentliche Ressource für zukünftiges Handeln (Was läuft gut? Weshalb? Wie können wir das noch weiter entwickeln?). Kern dieses Ansatzes ist eine konsequente Abwendung von einem defizitorientierten Vorgehen (Was ist das Problem? Was läuft schief? Wer ist schuld?) und eine ressourcenorientierte Herangehensweise. Appreciative Inquiry ist auf praktische Konsequenzen und eine Situationsverbesserung hin ausgerichtet und in mehreren Schritten aufgebaut, von denen im Kontext einer Aktivierenden Evaluation vor allem die Erkundung interessant ist, die in erster Linie durch zielorientiertes, wertschätzendes Fragen geschieht.

Weitergehende Informationen zu Aktivierenden Evaluationen: <http://www.partizipative-methoden.de>

Literatur beim Verfasser

DR. HANS-LIUDGER DIENEL, *Geschäftsführer des Nexus Institut für Kooperationsmanagement Berlin, Otto-Suhr-Allee 59, 10585 Berlin, Direktor des Zentrums Technik und Gesellschaft der Technischen Universität Berlin, Hardenbergstrasse 36 A, 10623 Berlin, Tel.: (0 30) 31 42 14 06, E-Mail: dienel@ztg.tu-berlin.de*

Michael T. Wright

Das Unbehagen in der Partizipation Ein (arche-)typisches Gespräch aus der Praxis

(P: Praktikerin, MW: Michael Wright)

P: Ich will partizipativ arbeiten, aber die Menschen kommen nicht!

MW: Sie kommen nicht?

P: Wir haben viel getan, um unsere Einrichtung bekannt zu machen. Zum Beispiel haben wir Handzettel auf Deutsch und in anderen Sprachen verteilt. Aber kaum jemand meldet sich.

MW: Was bieten Sie den Menschen denn an?

P: Zum Beispiel einen Kochkurs für Mütter mit Migrationshintergrund.

MW: Woher wissen Sie, dass Mütter mit Migrationshintergrund so etwas brauchen?

P: Die kommunale Berichterstattung hat gezeigt, dass mehr Kinder aus diesen Familien Übergewicht haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.

MW: Und wie erklären sich die Mütter, dass ihre Kinder so dick sind?

P: Was meinen Sie?

MW: Wenn man sie fragt, warum ihre Kinder übergewichtig sind, was sagen sie?

P: Herr Wright, wir wissen, was Übergewicht verursacht: schlechte Ernährungsgewohnheiten und zu wenig Bewegung. Übrigens haben wir die Förderung für einen Kochkurs von der Kommune schon erhalten. Ich dachte, Sie könnten mir sagen, wie ich Mütter für die Teilnahme an unserem Kochkurs gewinnen kann.

MW: Aus partizipativer Sicht stellt sich die Frage anders. Was Sie beschreiben, nenne ich Partizipation als Mittel. Man versucht die Menschen zu überreden, »das Richtige« zu tun, wobei »das Richtige« schon im Vorfeld definiert wurde. Das entspricht der herkömmlichen Gesundheitserziehung. Im Sinne der Gesundheitsförderung verstehe ich Partizipation – das heißt Teilhabe an Entscheidungsprozessen – als Ziel. Hier geht es um die Beteiligung von Menschen an allen Phasen der Projektentwicklung. Dann können sie neue Kompetenzen entwickeln, um einen gesundheitsfördernden Einfluss auf ihre Lebensverhältnisse zu nehmen. Nach diesem Verständnis fängt Partizipation schon bei der Problemdefinition an...

P: Ich verstehe das nicht. Wir machen doch eine gute Arbeit. Und in anderen Kommunen sind Kochkurse bei Migrantinnen gut angekommen.

MW: Dass ein Angebot woanders gut ankommen ist, heißt nicht, dass es das richtige Angebot zu diesem Zeitpunkt in Ihrem Stadtteil ist. Es kommt darauf an, was die Menschen hier brauchen. Durch eine partizipative Herangehensweise kann man genau das in Erfahrung bringen. Es geht darum, mit Menschen zusammenzuarbeiten, um gemeinsam die spezifischen Dinge in ihrem Alltag aufzudecken, die ihre Gesundheit fördern bzw. beeinträchtigen, und Strategien zu erarbeiten, die ihren gesundheitlichen Zustand stärken.

P: Wie soll das gehen?

MW: Es gibt viele Möglichkeiten, die Sichtweise der Zielgruppe zu erfahren. (www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/subnavj/methodenkoffer.html). Die einfachste Möglichkeit ist durch eine Befragung. Durch andere Methoden – z. B. einen Nutzerbeirat – kann eine direkte Mitsprache der Zielgruppe erreicht werden. Partizipation entwickelt sich jedoch

in der Regel nicht von jetzt auf gleich, sondern meist stufenweise (www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html).

P: Herr Wright, wir haben alle Hände voll zu tun. Mit den Mitteln, die wir für den Kochkurs bekommen haben, können wir jetzt etwas auf die Beine stellen. Ich habe einfach keine Zeit, eine große Befragung durchzuführen.

MW: Es geht nicht in erster Linie um eine Befragung, sondern um einen Perspektivwechsel. Um lebensweltnah arbeiten zu können – ein Grundprinzip der Gesundheitsförderung – ist es notwendig, die Sichtweisen der Lebensweltpexpertinnen und -experten in den Mittelpunkt der Arbeit zu stellen. Das sind vor allem die Menschen aus der Zielgruppe selbst. Gesundheitsberichterstattung und andere Informationsquellen »von außen« geben uns wichtige Hinweise, welche Bevölkerungsgruppen von gesundheitlichen Problemen am stärksten betroffen sind. Aber die daraus entstehenden soziologischen Kategorien wie »Migrantinnen und Migranten« oder »Kinder« stellen keine für die Praxis relevanten Zielgruppen dar. Diese können nur »von innen«, das heißt vor Ort ausfindig gemacht werden. Die Kategorien geben eine grobe Richtung für die Suche nach realen Menschen in realen Lebenszusammenhängen, die sich mit den soziologischen Kategorien nicht identifizieren, sondern mit spezifischen Orten, Einrichtungen, Gewohnheiten etc.

P: Was Sie vorschlagen, hört sich sehr aufwändig an. Und dafür werde ich nicht bezahlt...

MW: Partizipative Prozesse brauchen in der Tat mehr Zeit als nicht partizipative Vorgehensweisen. Und sie entsprechen nicht der üblichen Förderungslogik. Das ist ein strukturelles Problem. Wenn wir Partizipation als Qualitätsmerkmal der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte jedoch ernst nehmen, sollen partizipative Prozesse der Problemdefinition und Maßnahmenentwicklung gefördert werden. Heute befinden wir uns noch in der Situation, dass eher fertige Projekte – am besten nach dem Vorbild schon »bewährter« Strategien – Vorrang haben.

P: Und was soll ich jetzt mit diesem Kochkurs tun?

MW: Sie haben das Geld für den Kochkurs schon bekommen, und niemand kommt. Eine sehr typische Situation. Sie haben aber die Chance, das Partizipative nachzuholen. Zu selten schöpfen wir das partizipative Potenzial unserer aktuellen Lage aus. Die Kapazitäten, die sie in den Kochkurs investiert hätten, können sie dafür nutzen, Mütter aufzusuchen und Gespräche mit ihnen zur Problematik zu führen – am besten in einer Gruppe, z. B. durch die Methode der Fokusgruppe – um ihr Verständnis von dem Problem des Übergewichts kennen zu lernen. Gespräche mit den übergewichtigen Kindern zum gleichen Thema wären auch sehr interessant, weil die Kinder bestimmt eine andere Sichtweise auf die Situation haben. Mütter und Kinder sollen auch nach möglichen Lösungsansätzen gefragt werden. Diese Gespräche werden wahrscheinlich nicht dazu führen, dass Sie Ihren Kochkurs voll kriegen. Sie werden Ihnen aber ein tiefer gehendes Verständnis der Lage der Zielgruppe ermöglichen. Und das ist für die Gestaltung eines aus Sicht der Zielgruppe relevanteren Angebots von Nutzen. Das müsste auch für den Geldgeber inter-

essant sein. Und schließlich sollen die Gespräche auch als Intervention verstanden werden. Sie setzen das Signal, dass die Einrichtung mit den Müttern und Kindern etwas gemeinsam entwickeln will.

DR. MICHAEL T. WRIGHT, *Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin, Tel.: (0 30) 30 25 49 15 55, Fax: (0 30) 25 49 15 56, E-Mail: wright@wzb.eu*

Julika Loss

Partizipation sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen – Herausforderungen und Voraussetzungen

Ein Beispiel für erfolgreiche Partizipation von sozial Benachteiligten ist das ›Tenderloin Senior Organizing Project‹ aus San Francisco. In den 1980/90er Jahren konnten alleinstehende ältere Menschen im Stadtviertel Tenderloin, einem sozialen Brennpunkt, dazu gebracht werden, sich regelmäßig zu treffen. Sie identifizierten gemeinsame Probleme (z. B. Kriminalität in der Nachbarschaft) wie auch Stärken und entwickelten eigene Lösungen (z. B. ein Safehouse-Projekt). Das Projekt hatte greifbare Erfolge, so den Rückgang der Kriminalität sowie die Verbesserung von Gemeinschaftssinn und Gesundheitssituation der Teilnehmenden. Allerdings: In einem Projekt-Bericht werden zwei der partizipierenden älteren Menschen über ihre Mitwirkung am Projekt befragt und mit den Worten zitiert: ›It's hard to do this – I was scared,‹ ›Lydia [the organizer] had to drag us kicking and screaming into these meetings.‹

Partizipation von sozial Schwachen – es gibt viele Barrieren

Partizipation in der Gesundheitsförderung – ist das für sozial Benachteiligte also ein angstbesetzter Prozess, zu dem sie nur widerwillig, gar unter Protest bewegt werden können?

Sicherlich lassen sich die zitierten Erfahrungen nicht verallgemeinern. Fest steht allerdings, dass das Konzept der Partizipation, das ursprünglich als gradlinig und eindeutig galt, sich als sehr viel komplizierter und in der Praxis oft als schwer umsetzbar erweist. Erfahrungen von Gesundheitsförderern aus verschiedenen Ländern zeigen: Es stellt eine große Herausforderung dar, Gemeindemitglieder zur aktiven Mitarbeit zu bewegen und sie dauerhaft dabei zu halten. Oft sind es v. a. die armen und benachteiligten Menschen, die einem partizipatorischen Prozess eine Absage erteilen und stattdessen eine professionelle Bearbeitung von gemeindebezogenen Gesundheitsanliegen vorziehen.

Warum ist es so schwierig, sozial Benachteiligte, die doch am meisten von partizipativen Ansätzen profitieren könnten, für eine aktive Mitwirkung zu gewinnen? Die Gründe dafür sind vielfältig:

- geringer Bildungsstand, schlechte Sprachkenntnisse (z. B. bei Migranten), Gefühl der Überforderung

- fehlende Erfahrung damit, Verantwortung zu übernehmen und Entscheidungen zu treffen
- Gefühl der eigenen Einfluss- und Wirkungslosigkeit (depressiver Fatalismus)
- Angst vor der Dominanz bzw. Herablassung anderer Akteure (z. B. Ärzte, Universitätsvertreter in Arbeitskreisen)
- schnelle Desillusionierung beim Ausbleiben von großen Erfolgen, ›volunteer burnout‹.

Worauf ist bei der Einbindung von sozial Schwachen zu achten?

Wie kann es trotzdem gelingen, sozial benachteiligte Zielgruppen aktiv einzubinden?

Wichtig ist: Bei der Partizipation handelt es sich um einen arbeits- und auch kostenintensiven Vorgang. Entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen müssen daher verfügbar sein, was ein entsprechendes Bewusstsein bei (öffentlichen) Geldgebern erforderlich macht. Aufwandsentschädigungen und/oder das Angebot von Kinderbetreuung sind einfache, materielle Hilfestellungen, die entscheidend sein können, um die Teilnahme auch z. B. für Arbeitslose oder Alleinerziehende attraktiv und praktikierbar zu machen.

Zum anderen geht der Prozess der Partizipation bei Menschen aus benachteiligten Gruppen meist Hand in Hand mit dem Ansatz des Empowerment. D. h. die (potenziellen) Teilnehmenden müssen bestärkt und ausgebildet werden, um sich selbstbewusst für ihre Anliegen einzusetzen und Verantwortung für Projekte zu übernehmen. Viele Menschen haben Angst, in einer Gruppe von Fremden (und eventuell auch eloquenten Experten) ihre Vorstellungen und Meinungen zu äußern. Sie einzubinden, erfordert ein behutsames und schrittweises Vorgehen zur Ermutigung. Beispielsweise kann man so verfahren, dass man Zögernde zunächst nur über Gemeinschaftsaktivitäten informiert, ihnen regelmäßiges Feedback zu Treffen und erreichten Zielen gibt und immer wieder nach eigenen Anliegen fragt.

Was auf einzelnen Ebenen unternommen und angeboten werden sollte, zeigt folgende Auflistung:

RAHMENBEDINGUNGEN

- Politische Anerkennung und Unterstützung des partizipativen Prozesses
- Bereitstellung von Ressourcen explizit für Umsetzung und Aufrechterhaltung von Partizipation

GEWINNUNG UND MOTIVIERUNG VON TEILNEHMENDEN

- Nutzung von bestehenden Kontakten, Netzwerken und Zugängen zur Zielgruppe, z. B. über Sozialarbeit, Kindergartenleitung, Migrantenorganisationen, Vereine etc.
- Einsatz von Projektmitarbeitern und Multiplikatoren, die aus der Zielgruppe stammen, z. B. Migrationshintergrund haben
- Behutsames, schrittweises Vorgehen der Einladung und Überzeugung
- Vermeidung von wissenschaftlicher Fachsprache oder theoretischen und abstrakten Zielen
- Niedrigschwellige Komm-Struktur, Einbettung (z. B. von Sitzungen) in eine vertraute Umgebung

- Angebot adäquater finanzieller Aufwandsentschädigung für Teilnahme und Engagement, ggf. Angebot von Kinderbetreuung

IMPLEMENTIERUNG UND STRUKTUREN

- Einrichtung einer geeigneten Institution (z. B. Komitee, Arbeitskreis, Projektbüro, Stadtteil-Café), die mit Beitrag der Teilnehmenden entwickelt wird und über die die Projektarbeit organisiert und koordiniert wird
- Investition in Weiterbildung (z. B. Fach-Informationen, Problemlöse-Kompetenzen)

AUFRECHTERHALTUNG

- Belohnung von Engagement und Mitwirkung (z. B. durch Preise, Veröffentlichungen)
- Entwicklung von kurzfristig erreichbaren, greifbaren ›Meilensteinen‹
- Hervorheben von erreichten Erfolgen, Feedback, Öffentlichkeitsarbeit

Fazit

Die aktive Einbindung von Vertretern der Zielgruppe ist entscheidend, will man mit einem gesundheitsfördernden Programm für sozial Benachteiligte erfolgreich sein. Es ist aber durchaus nicht selbstverständlich, dass Menschen Verantwortung für Projekte übernehmen und ihre Anliegen durchsetzen. Das gilt insbesondere für sozial Schwache. Daher muss man sich bewusst sein, dass Anstrengungen unternommen werden müssen, um sie zur Partizipation und Selbstorganisation zu motivieren und zu befähigen. Das beinhaltet auch, dass ausreichende Mittel und adäquate Strukturen verfügbar sein müssen. Und: Ein ›best practice‹-Vorgehen gibt es noch nicht. Die Gesundheitsförderung ist also auch darauf angewiesen, dass verschiedene Methoden für Partizipation entwickelt, ausprobiert und analysiert werden – und dass ein Austausch über Erfolgsfaktoren stattfindet.

Literatur bei der Verfasserin

PRIV.-DOZ. DR. MED. JULIKA LOSS, *Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth, 95440 Bayreuth, Tel. (09 21) 55 48 03, Fax: (09 21) 55 48 02, E-Mail: julika.loss@uni-bayreuth.de*

Mohamed Hamadeh, Abdul K. Jomrok, Heike Weinbach

Elternforschungsgruppen: Wissenschaftliches Arbeiten von Eltern als Partizipation im Gemeinwesen

Der französische Elternverband ACEPP (Association des Collectifs Enfants, Parents, Professionnels) war mit einer permanent negativen medialen Berichterstattung über Eltern konfrontiert. Die Eltern wollten es sich nicht länger bieten lassen, öffentlich für alle Folgen gesellschaftlicher Verhältnisse verantwortlich gemacht zu werden. ACEPP befragte die Eltern nach ihren Erfahrungen und Problemen mittels Fragebögen. In den Vordergrund traten die Stigmatisierung der Eltern durch die Öffentlichkeit und das Problem, dass sie keine

Stimme hatten und im öffentlichen Raum keine Berücksichtigung fanden.

2005 konstituierten sich aus zum Teil bestehenden und zum Teil mit Unterstützung von ACEPP sechs Elternforschungsgruppen: Der Name des Projekts wurde gefunden: UPP (Les Universités Populaires de Parents = Elternvolksuniversitäten). Jede Gruppe wurde von zwei Moderatorinnen oder Moderatoren unterstützt und von einer Person aus dem Universitätsbereich begleitet.

Die Arbeit von Elternforschungsgruppen

Die Elterngruppen suchten sich eigenständig ein Forschungsthema aus dem Bereich Erziehung und Bildung, wie z. B. Ideen von Eltern vor und nach der Geburt ihres Kindes; Schulabbruch; Auseinandersetzung mit medialer Erziehungsberatung (Super-Nanny). Jede Gruppe hat mit den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern unterschiedliche Bearbeitungsmethoden gesucht. Ausgewählt wurden z. B. quantitative und qualitative Befragungen, Medienanalyse und Dokumentenanalyse. Als Vorphase für eine Elternforschungsgruppe müssen mindestens sechs Monate veranschlagt werden. Sie ist wichtig für die Gruppenkonstitution, die Klarheit über das Vorhaben und die Bedingungen sowie für die Herstellung einer Arbeitsgrundlage.

Die Moderatorinnen und Moderatoren haben die wichtige Aufgabe, neutral die Gruppe zu moderieren und bei ihren inhaltlichen und sozialen Findungsprozessen zu unterstützen. Sowohl für die Moderation als auch für die wissenschaftliche Begleitung gilt das Primat der Elterninteressen.

Dem Projekt liegt auch eine Idee von Gemeinwesenarbeit zugrunde, d. h. die Einbindung von Gruppen in politische Prozesse, deren Stimmen nicht oder zu wenig präsent sind. Zentrales Ziel ist es, das politische Engagement für Veränderungen im Sinne des Eltern- und Kindeswohl zu stärken. Forschung gilt dabei als Mittel zum Zwecke politischer Anerkennung und Einmischung.

Das Projekt wurde in Frankreich aus Mitteln von ACEPP finanziert, das heißt konkret mit überwiegend staatlichen Geldern, obwohl der Ausgang und Verlauf des Projektes zunächst offen waren. Alle haben sich auf ein Experiment eingelassen.

Nach drei Jahren Arbeit wurden 2008 die Ergebnisse der ersten Elternforschungsgruppen in einer Pariser Elitehochschule vor 500 Zuhörenden präsentiert. Dies führte zu einem Mobilisierungseffekt. Über 100 Gruppen meldeten sich mit dem Interesse, ebenfalls solche Gruppen zu gründen. Ein Paradigmenwechsel hatte stattgefunden: Eltern, von denen angenommen wurde, sie interessierten sich nicht für Schule und die Erziehung ihrer Kinder, wurden nun vom Ministerium aufgefordert und beauftragt, weitere Gruppen zu gründen und ihr Wissen Professionellen in Politik und Bildung zur Verfügung zu stellen.

Effekte der Elternforschungsgruppen

Das Verbindende von allen Beteiligten, nämlich das gemeinsame Interesse am Wohl der Kinder, konnte in den Vordergrund treten. Die Elternforschungsgruppen sollen prinzipiell allen Eltern geöffnet sein, unabhängig von Sprachkenntnis-

sen oder Alphabetisierungsgrad. Die UPP haben die Methoden der Sozialen Arbeit verändert und auch die Idee von Elternpartizipation: Eltern sind darin weder Forschungsobjekte noch Objekte in der Ausbildung, sondern sie sind darin die Subjekte. Dieser Prozess und die Konsequenzen für Denkweisen in Wissenschaft und Ausbildung ist noch ein offener Prozess. Als Effekte der Arbeit in Elternforschungsgruppen haben Eltern benannt:

- Selbstbewusstsein und Stärke im Umgang mit Ämtern
- Professionelle lernen von Eltern schon in der Ausbildung; Blickwechsel der Professionellen und dadurch anderer Kontakt und dadurch wiederum mehr Vertrauen der Eltern
- die Herstellung politischer Anerkennung
- durch die Thematisierung und Bearbeitung von Stigmatisierung und Ausgrenzung konnten Vorurteile reflektiert und abgebaut werden und mehr Wertschätzung auf allen Seiten hergestellt werden
- Eltern wollen sich in vielfacher Form weiter engagieren: Gründung von Elternläden, Assoziationen, Beteiligung an kommunalen Veranstaltungen, weitere Forschungsprojekte, politische Interventionen

In Frankreich haben sich 25 Gruppen neu gegründet, die ersten Gruppen arbeiten weiter, zum Teil wissenschaftlich, zum Teil politisch. Das Projekt wurde über einen Kontakt zum Netzwerk DECET (Diversity in Early Childhood Education and Training) in Berlin adaptiert und zugleich auch in Belgien installiert und wird als europäisches Austauschprojekt gefördert. In Berlin hat das Projekt zunächst mit einer Elterngruppe der Fichtelgebirge-Grundschule 2008 begonnen. 2009 haben sich drei weitere Gruppen konstituiert: Eltern der Arabischen Elternunion, Eltern von ›Mütter ohne Grenzen‹ (Berlin-Kreuzberg) und Eltern von einem INA-Kindergarten in Berlin-Schöneberg. Finanziert wird das Projekt aus unterschiedlichen kommunalen und europäischen Geldern. Die Koordination liegt beim Jugendamt Friedrichshain-Kreuzberg und der RAA-Berlin (regionale Arbeitsstellen für Bildung, Integration und Demokratie). Die wissenschaftliche Kooperation besteht mit der Alice-Salomon-Hochschule in Berlin.

Exemplarisch gehen wir hier auf die Gruppe der Arabischen Elternunion ein. Zwischen Oktober und Dezember 2008 lief die Vorbereitung. Seit Dezember 2008 arbeitet die Gruppe ›ELTERNFORSCHUNGSGRUPPE der AEU (Arabische Elternunion)‹ unter dem Motto ›Für eine bessere Zukunft unserer Kinder‹ mit 20 Teilnehmenden, davon sind knapp 40% Väter. Die hohe Beteiligung von Vätern kommt auch dadurch zustande, dass die Arabische Elternunion bereits eine Vätergruppe und Väterarbeit begonnen hatte. Die Teilnehmenden sind aus verschiedenen Bezirken Berlins. Viele sind nicht nur Eltern, sondern auch in einem Projekt engagiert: Sie arbeiten als Vermittelnde in Schulen. In dieser Funktion vermitteln sie in den Schulen Wissen über Ressourcen (zum Beispiel Partizipationsmöglichkeiten für Eltern, Rechte, Veranstaltungen u. a.) sowie bei Problemen zwischen Schülern, Schülerinnen und Lehrkräften. Aus diesen Erfahrungen heraus ist den Eltern bewusst geworden, dass eine politische

Unterstützung für eine gleichberechtigte Teilhabe aller Eltern sehr wichtig ist. Die Elternforschungsgruppe bietet eine Möglichkeit, daran zu arbeiten. Von daher ist es auch nicht verwunderlich, dass sich die Forschungsfrage dieser Elterngruppe aus dem Bereich Schule/Familie herauskristallisiert. Nach den Sommerferien werden die Forschungsfrage festgelegt, die Forschungsmethode ausgewählt und Schritt für Schritt umgesetzt. Vom 02.–04.06.09 fand ein Gruppentreffen in Paris statt, bei dem sich Elterngruppen aus Frankreich, Belgien und Berlin kennengelernt und ihre Erfahrungen ausgetauscht haben. Die Eltern fühlten sich durch diese Treffen sehr motiviert und haben viele Anregungen erhalten.

*Koordination der Elternforschungsgruppen: Katinka Beber und Stefanie Woschniok: Katinka.Beber@ba-fk.verwalt-berlin.de
Elternforschungsgruppe Arabische Elternunion:
Mahmoud El Hussein: arab_eltern_union@yahoo.de
Wissenschaftliche Beratung: DR. HEIKE WEINBACH,
Domnauer Str. 19, 12105 Berlin, Tel.: (0 30) 68 05 80 92,
E-Mail: heiwei@berlin.cc, www.philopraxis-mediation.de*

Monika Bobzien

Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal patientenorientierter Versorgung

Zur Stärkung der Patientensouveränität im Sinne einer Beteiligung von Patientinnen und Patienten an den sie betreffenden Entscheidungen sind seit der Gesundheitsreform 2000 eine Reihe individueller wie auch kollektiver Rechte im Gesundheitswesen gesetzlich festgelegt worden. Die wichtigste Mitsprache wurde wohl mit § 140 f und § 140 g SGB V erreicht, die den maßgeblichen Patientenorganisationen bzw. deren Vertretungen ein Mitberatungs- und Antragsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einräumen.

Darüber hinaus entwickelt sich neben der institutionellen Patientenbeteiligung seit Anfang 2000 über die Qualitätsdebatte im Gesundheitswesen ein weiterer bedeutsamer Zugang zur Einflussnahme und Mitwirkung der Patientinnen und Patienten an der professionellen Versorgung – vor allem für die Gesundheitsselbsthilfe.

Europaweit besteht Einigkeit darüber, die Verpflichtung von Qualitätssicherung im Gesundheitswesen gesetzlich zu verankern. Hierzulande wurde mit der GKV-Gesundheitsreform Ende 1999 eine ›Verpflichtung zur Qualitätssicherung‹ (§ 135 a SGB V) für zugelassene Krankenhäuser verabschiedet, wonach diese ›einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (haben), das durch zielgerichtete und systematische Verfahren (...) die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert.‹

Infolge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) ist seit dem 1. Januar 2004 durch Änderung des § 135 SGB V auch für Vertragsärzte (niedergelassener Bereich) ein internes Qualitätsmanagement verpflichtend.

Qualitätsanforderung Patientenorientierung

Ein besonderes Augenmerk der Qualitätsmanagementsysteme, die im stationären wie im ambulanten Bereich zum Einsatz kommen, liegt auf der ›Patientenorientierung‹. Damit folgen diese spezifischen Dienstleistungsbereiche der Logik der ›Kundenorientierung‹, wie sie in branchenneutralen Qualitätsmanagement-Modellen (z. B. EFQM, DIN EN ISO) bereits gebräuchlich ist. Demnach haben aus Sicht der Patientinnen und Patienten eine gute Information durch die Ärzteschaft und die Freundlichkeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auch im Gesundheitssektor hohe Priorität.

Die Implementierung von ›Selbsthilfefreundlichkeit‹ in die Kategorie ›Patientenorientierung‹ (z. B. KTQ) ermöglicht es, das Geschehen im Krankenhaus bzw. im niedergelassenen Bereich ›patientenfreundlich‹ zu beeinflussen. Die Expertise der Gesundheitsselfhilfe zu den Abläufen im Krankenhaus kann dabei helfen, die Patientenversorgung sowohl hinsichtlich der Prozesse als auch der Ergebnisse zu verbessern.

Modelle guter Praxis

Das Hamburger Modellprojekt ›Qualitätssiegel selbsthilfefreundliches Krankenhaus‹ (2005–2007) hat den Gedanken – Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsselfhilfe und stationärer Versorgung – aufgegriffen und mit den Qualitätskriterien selbsthilfefreundliches Krankenhaus einen praktikablen Katalog entwickelt, wie Betroffenenkompetenz in den professionellen Alltag zum Nutzen aller Beteiligten eingebunden werden kann. Die gemeinsam von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe und denen aus ausgewählten Krankenhäusern erarbeiteten Qualitätskriterien geben den potenziellen Kooperationspartnern eine gute Orientierung für die Gestaltung einer nachhaltigen Zusammenarbeit.

Im Laufe des ebenfalls vom BKK BV geförderten Folgeprojektes ›Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NRW‹, das seit dem Jahr 2008 auf Landesebene gezielt die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern unterstützt, zeigt sich, dass die Einführung des Qualitätsmerkmals ›Selbsthilfefreundlichkeit‹ auf die strategische, strukturelle und kulturelle Ebene der Institutionen einwirkt: z. B. auf die Entscheidung des Krankenhauses, Selbsthilfebeauftragte zu benennen; Selbsthilfefreundlichkeit als inhaltliche Zielsetzung festzuschreiben; die Weiterbildung für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen durch den Aspekt Selbsthilfe zu ergänzen, eine Vertretung einer Selbsthilfeorganisation in die Ethikkommission zu berufen, um theoretisch und praktisch das professionelle Handeln durch Betroffenenkompetenz zu erweitern.

Beteiligung durch Mitwirkung

Wie die Qualitätskriterien selbsthilfefreundliches Krankenhaus über geeignete Maßnahmen systematisch in den praktischen Alltag eines Krankenhauses umgesetzt werden können, richtet sich nach den örtlichen strukturellen Gegebenheiten und wird im Qualitätszirkel selbsthilfefreundliches Krankenhaus erarbeitet. Voraussetzung ist allerdings, dass dort alle zu beteiligenden Akteure verbindlich vertreten sind: der/die Selbsthilfebeauftragte, um im Haus die Implementierung der

vereinbarten Maßnahmen anzustoßen; Vertreterinnen und Vertreter von bereits kooperierenden Selbsthilfegruppen und die Selbsthilfe-Kontaktstelle vor Ort, die den Qualitätszirkel koordiniert und moderiert.

Seit Anfang 2009 hat der Projektträger, die GSP – Gem. Gesellschaft für soziale Projekte mbH im PARITÄTISCHEN, Wuppertal, sein Unterstützungsangebot zum Aufbau bzw. zur Entwicklung einer strukturierten und systematischen Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller Versorgung auf den niedergelassenen Bereich in Nordrhein-Westfalen erweitert.

Ein erstes Ergebnis sind die mit den relevanten Akteuren entwickelten Qualitätskriterien selbsthilfefreundliche Praxis. Auch hier wird die Einbindung der Qualitätskriterien in die Qualitätsmanagementsysteme für den niedergelassenen Bereich in Betracht gezogen.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Gesundheitsselfhilfe, die sich mit ihrem Angebot zwar komplementär zur medizinischen Versorgung und Pflege versteht, auch oft über profunde Kenntnis von institutionellen Abläufen vor Ort verfügt und diese im Sinne der Patientenorientierung bewerten kann. Selbsthilfefreundlichkeit in der professionellen Versorgung eröffnet neue Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch wie auch zur Mitsprache und Beteiligung; im Ergebnis sollen von einer gelingenden Zusammenarbeit alle Beteiligten profitieren.

Literatur bei der Verfasserin

MONIKA BOBZIEN, *Agentur Selbsthilfefreundlichkeit West, c/o Selbsthilfe-Kontaktstelle Bielefeld, Stapenhorststr. 5, 33615 Bielefeld, Tel.: (05 21) 9 64 06 98, monika.bobzien@arcormail.de*



Raimund Dehmlow

Ärztbewertungsportale: Fragile Bauten, mageres Panorama

Das Internet bietet eine Vielzahl interaktiver Nutzungsmöglichkeiten, die im Allgemeinen mit dem Begriff Web 2.0- und im Gesundheitsbereich mit Health 2.0-Anwendungen umschrieben werden. Ärztbewertungsportale, die Patientinnen und Patienten die Beurteilung von Arztpraxen entlang ausgewählter Merkmale ermöglichen, sind hierfür typische Beispiele. Ähnlich wie bei den Internetportalen Facebook oder Youtube entstehen über die eigentliche Bewertungsmöglichkeit hinaus Online-Communities, über die soziale Kontakte unabhängig vom Wohnort aufgebaut und gepflegt werden können. Über diese Netzwerke werden Informationen ausgetauscht, die eine virtuelle Gesundheitsvorsorge abseits von unmittelbaren Ärztekontakten ermöglichen.

Doch nicht alle Anwendungen des Web 2.0 werden intensiv genutzt. So zählen beispielsweise die Bundesbürger zu den fleißigsten Wikipedianern, halten sich aber zugleich bei den anderen Web 2.0-Anwendungen zurück. Vornehmlich für Personen, die sich aktuell nicht adäquat gesellschaftlich eingebunden fühlen, haben die Portale Charme.

Welche Ärztbewertungsportale gibt es?

Das Portal checkthedoc ging im Jahr 2001 als vermutlich erstes deutsches Ärztbewertungsportal online (inzwischen außer Betrieb). 2005 folgte helpster und seit 2007 eine Reihe weiterer: topmedic (März), imedo (Juni), jameda (Juli), patientenempfehlen-aerzte (August) und docinsider (Oktober). 2008 startete zum ersten Mal eine Krankenversicherung (Securvita) mit healthpool ein Portal.

Die aktuell wichtigsten Ärztbewertungsportale sind:

- docinsider (beteiligt sind Madsack und DuMont Schauberg Verlag)
- helpster (Holtzbrinck-Gruppe)
- imedo (studivZ, Holtzbrinck)
- jameda (Tomorrow Focus-Tochter)
- topmedic (Partner der Stiftung Gesundheit).

Anbieter	Content (Adressen)	Ratings
docinsider.de	370.000 (Ärzte, Heilpraktiker u. a. Gesundheitsdienstleistende)	15.000 (Medical Tribune 8.9.2008), 60.000 (PMG 2008)
helpster.de	120.000	Keine Angaben
imedo.de	160.000	33.000 (Medical Tribune 8.9.2008)
jameda.de	445.000 (davon ca. 170.000 Ärzte)	50 - 150 pro Tag (eigene Angabe)
topmedic.de	180.000	17.000, bereinigt 12.000 (Medical Tribune 8.9.2008)

Zwar erreichen einzelne Anbieter eine fast vollständige Verzeichnung der Ärzteschaft, die Anzahl der Bewertungen ist jedoch weit hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Ein wirklicher Vergleich ärztlicher Kompetenzen ist allerdings erst auf der Basis einer ausreichenden Datenmenge möglich. Weitere aktuelle Defizite bestehen bei der Validität und Aktualität der Datenbestände.

Bewertungskriterien

Die Portale benutzen überwiegend so genannte weiche Faktoren wie die Beratungsqualität, die Freundlichkeit von Ärzten und Mitarbeitenden, Organisation und Service. Bei einigen Anbietern wie helpster und jameda kann auch der Behandlungserfolg beurteilt werden. Auf der Basis der einzelnen Bewertungen werden Gesamtnoten gebildet.

Anbieter	Noten	Parameter
docinsider	1-5	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beratungsqualität ■ Freundlichkeit der Mitarbeitenden ■ Vertrauensverhältnis
helpster	1-5	<ul style="list-style-type: none"> ■ Behandlungserfolg ■ Betreuung
imedo	1-5	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mitarbeitende ■ Pünktlichkeit ■ Terminverfügbarkeit ■ Zwischenmenschliches
jameda	1-6	<ul style="list-style-type: none"> ■ Behandlungserfolg ■ Betreuung ■ Freundlichkeit ■ Benutzerfreundlichkeit der Sprechstundenzeit ■ Wartezeit
topmedic	1-6	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arzt bzw. Ärztin ■ Empfehlung ■ Erscheinungsbild ■ Organisation und Service ■ Personal

Die rechtliche Seite

Probleme bereiten den Anbietern vor allem Freitext-Kommentarfelder. Hier ist redaktionelle Sorgfaltspflicht gefragt – wengleich das Hanseatische Oberlandesgericht mit seiner Entscheidung vom 4. Februar 2009 (5 U 180/07) die Überwachungspflicht des Betreibers eines Internetportals für die dort eingestellten Inhalte eingeschränkt hat. Dieser ist demnach nicht zur vorbeugenden Überprüfung sämtlicher Beiträge auf etwaige Rechtsverletzungen verpflichtet.

Die obersten Datenschutzbehörden gehen davon aus, dass Nutzerinnen und Nutzer von sozialen Netzen im Internet das Recht haben, sich dort unter Pseudonym zu bewegen –

Gesundheitsförderung durch Partizipation – Ein zentraler Konzeptbaustein des 13. Kinder- und Jugendberichts

was u. a. aus § 13 Abs. 6 des Telemediengesetzes abgeleitet wird. Nutzerinnen und Nutzer sowie Bewertete müssen demnach einem Eintrag zustimmen, Ärztinnen und Ärzte von Bewertungen benachrichtigt werden. Sie brauchen sich dazu nicht registrieren zu lassen und können die Löschung von Bewertungen verlangen. Wenn diese Forderung von den Portalanbietern umgesetzt wird, wäre auch der Schutz des Arzt-Patienten-Verhältnisses realisiert.

Das spickmich.de-Urteil des Bundesgerichtshofes vom 23. Juni 2009 (VI ZR 196/08) wird in eine ähnliche Richtung interpretiert. Jürgen Kuri (c't – Magazin für Computertechnik): »Überträgt man das Urteil auf andere Portale, dann folgt daraus: Unsachliche Bewertungskategorien, sensible private Informationen, öffentliches Anprangern, womöglich mit gravierenden beruflichen Konsequenzen für Betroffene – all dies kann die juristische Beurteilung ins Gegenteil umschlagen lassen.«

Nutzen der Portale

Mit Blick auf Zielsetzung und Bewertungsmaßstäbe kam eine aktuelle Studie des Lehrstuhls für Gesundheitsmanagement der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen zu dem Befund, dass die Ärztebewertungsportale »nur eingeschränkt in der Lage sind, Hilfestellung zur Identifikation einer guten Arztpraxis zu liefern« und »derzeit keinen höheren Ansprüchen genügen«. Die Erlanger Forscher hatten die vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin publizierte Checkliste »Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?« (3. Auflage 2008) als Beurteilungsmaßstab herangezogen und u. a. ermittelt, dass gegenwärtig keines der genannten Portale folgende Bewertungskriterien anbietet:

1. die Weitergabe von weiterführenden Informationsquellen und Beratungsangeboten,
2. Probleme beim Zugang zu Patientenunterlagen,
3. die Akzeptanz einer Zweitmeinung durch die behandelnden Ärzte,
4. den Schutz der eigenen Person und Intimsphäre,
5. den Schutz der persönlichen Daten und
6. das erkennbare Bemühen um die Qualität der Behandlung.

Diese Mängel stehen in skurrilem Kontrast zur nicht selten öffentlich dargestellten Motivation für den Betrieb der Portale, die in Robin Hood-Manier daherkommt und die entsprechenden paternalistischen Reflexe zeigt: »Patienten sind bei Gesundheitsthemen oftmals überfordert und haben deshalb ein großes Interesse an einer neutralen Bewertung.«

Gerade hat der Bundesverband der Verbraucherzentrale ein Unterlassungsverfahren gegen verschiedene Plattformen eingeleitet, dessen Gegenstand insbesondere die Nutzung und Verarbeitung von Userdaten ohne Einwilligung und Wissen der Betroffenen durch die Dienste ist.

Literatur beim Verfasser

RAIMUND DEHMLOW, *Online-Redaktion der Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80-22 14, E-Mail: raimund.dehmlow@aekn.de*

Der gerade erschienene 13. Kinder-Jugendbericht der Bundesregierung zur gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung hat im Rahmen einer salutogenetischen Perspektive dem Thema Partizipation eine hohe Bedeutung zugemessen.

Wichtige Zusammenhänge im eigenen Leben verstehen und sinnhaft gestalten zu können, sind Fähigkeiten, denen im salutogenetischen Modell von Aaron Antonovsky ein zentraler gesundheitsförderlicher Stellenwert zukommt. Sie bilden eine Ressource, die als »Kohärenzgefühl« bezeichnet wird und das in der Kindheit aufgrund spezifischer Lebenserfahrungen entsteht. Insbesondere die Partizipation erscheint als zentraler Faktor in Bezug auf Ressourcenaktivierung bzw. Ressourcenförderung. Erst durch Handlungsräume, in denen Mitwirkungen, aktive Gestaltung und Einflussnahme möglich sind, werden jene Voraussetzungen geschaffen, die für die Entwicklung und Stärkung des Kohärenzgefühls, aber auch anderer (ähnlicher) personaler Ressourcen wie Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung sowie Widerstandsfähigkeit notwendig sind. Eine der zentralen Voraussetzungen dafür, dass das eigene Leben als kohärent im oben beschriebenen Sinne wahrgenommen werden kann, ist die Erfahrung, dass man sich selbst als handlungsmächtig erfährt. Sozialisation bedeutet deshalb nicht nur Kompetenzerwerb, sondern auch Handlungsbefähigung im Sinne des Erlebens und Erfahrens einer erfolgreichen Wirkung des eigenen Handelns. Um diese Erfahrung machen zu können, bedarf es Bedingungen, die es Kindern und Jugendlichen ermöglichen, sich selbst als wirkmächtig zu erfahren. Gerade deshalb gewinnt alles, was Teilhabe und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen ermöglicht, in diesem Zusammenhang zentrale Bedeutung. Neben allen demokratietheoretischen Argumenten erweisen sich altersgemäße Teilhabe und Beteiligung aller Kinder und Jugendlichen als unverzichtbare Voraussetzungen für die Entstehung von Lebenskohärenz und als wichtigstes Element der Gesundheitsförderung.

Partizipation in der Kinder- und Jugendhilfe

In einer aktuellen Untersuchung zeigt Sonja Moser, welch große Bedeutung Partizipation für die Entwicklung von jungen Menschen hat und wie gering gleichzeitig die Möglichkeiten sind, sich in den verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Familie, Schule, Freizeit, Lebensumfeld) zu beteiligen, und welchen Einfluss unterschiedliche Lebenslagen auf den Zugang zu Beteiligung haben. In der Kinder- und Jugendhilfe wird zunehmend die Notwendigkeit partizipativer Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in den Prozess der Erstellung von Hilfeplänen gesehen. Auch in der stationären Jugendhilfe wie etwa in Heimen kann gezeigt werden, dass eine enge Beziehung zwischen der Höhe des Kohärenzgefühls und einer erlebten und praktizierten Teilhabe an Alltagsentscheidungen besteht.

Bürgerschaftliches Engagement als Indikator der Teilhabe

Ein wichtiger Indikator für das partizipative Klima in einer Gesellschaft ist das bürgerschaftliche Engagement. Im bürgerschaftlichen Engagement investieren Menschen Ideen, Zeit und Kompetenzen zur Gestaltung von Projekten, die ihnen

wichtig sind. Sie erfahren in diesen Tätigkeiten ihre persönlichen Wirkungsmöglichkeiten durch selbstbestimmtes Handeln und erwerben dabei für sie wichtige Erfahrungen und Fähigkeiten. Gerade für Heranwachsende liefert das Freiwilligenengagement nicht nur Gelegenheitsstrukturen für die Identitätsfindung als Bürgerin bzw. Bürger, sondern auch ein Experimentierfeld für die eigene Identitätsarbeit und den Erwerb von Lebenskompetenzen, die in der Reichweite und Nachhaltigkeit der Lernprozesse oft weit über das hinausreichen, was formelle Lernorte vermitteln.

Wenn man einen Blick auf die empirischen Belege für das Freiwilligenengagement in der Bundesrepublik richtet, zeigt sich ein relativ hohes Beteiligungsniveau von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, allerdings – verglichen mit der Gruppe der älteren Bevölkerungsgruppen, bei denen es zwischen dem ersten und zweiten Freiwilligenurvey erhebliche Zuwachsraten gab – mit einer eher stagnativen Tendenz. Die Engagementmotive von Heranwachsenden haben sich von kommunikativ-expressiven Beteiligungswünschen zu mehr instrumentellen Nutzenerwägungen verändert. Das Engagement soll sich für die berufliche Sozialisation als ertragreich erweisen. Auch beim Freiwilligenengagement bewahrheitet sich erneut das Prinzip ›Wer hat, dem wird gegeben‹, denn es sind vor allem die Heranwachsenden, die einen vergleichsweise guten Bildungshintergrund haben, die sich im Engagement einen weiteren Kompetenzzuwachs und ressourcenreiche soziale Netzwerke erwerben können. Die gegenwärtig allenthalben vorangetriebene Beschleunigung und Verdichtung von schulischen und universitären Bildungsprozessen (etwa durch G 8 – Abitur nach 8 Jahren – und durch Bachelorstudiengänge) reduziert für Heranwachsende die zu ihrer freien Verfügung nutzbare Zeit. Diese Prozesse dürften auch für das stagnierende freiwillige Engagement von Jugendlichen verantwortlich sein. Es ist Teil einer problematischen Reduktion selbstbestimmter Handlungsmöglichkeiten, über formal gesetzte Rahmungen z. B. der Bildungsprozesse, die über ihre bessere inhaltliche Weiterentwicklung (Unterrichtsgegenstände, -gestaltung und Verortung) aufgehoben werden muss.

Partizipation als Bedingung und Folge von Inklusion

Partizipation ist auch eine entscheidende Bedingung für Inklusion. Im Behindertenbereich hat dieser Gedanke vor allem in den Programmen von ›Community Care‹ seinen Niederschlag gefunden. Das SGB IX regelt die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in rechtsverbindlicher Form. Gleich im § 1 wird die Basis gelegt, wenn gesagt wird, dass sozialstaatliche Leistungen das Ziel haben müssen, bei behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen ›Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.‹ In § 4 wird die Aufgabe der ›Leistungen zur Teilhabe‹ dahin gehend spezifiziert, ›die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.‹

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HEINER KEUPP, *Ludwig-Maximilians-Universität München, Geschwister-Scholl-Platz 1, 80539 München, Tel.: (0 89) 21 80 51 84, E-Mail: keupp@psy.uni-muenchen.de*

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

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, Irmaut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Thomas Altgeld, Stéphanie Berrut, Monika Bobzien, Raimund Dehmlow, Dr. Hans-Luidger Dienel, Jutta Flerlage, Mohamed Hamadeh, Abdul K. Jomrok, Prof. Dr. Annelie Keil, Prof. Dr. Heiner Keupp, Kerstin Koller, Barbara Kreikenberg, Anneke Lohr, Priv.-Doz. Dr. Med. Julika Loss, Sara-Kristin Lüdemann, Katrin Markus, Susanne Mauersberg, Jana Mirtschin, Tobias Röder, Prof. Dr. Bettina Schmidt, Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, Constanze Schnepf, Dr. Ute Sonntag, Dr. Heike Weinbach, Christiane Wiese, Birgit Wolff, Dr. Michael T. Wright

Sekretariat: Dana Kempf, Sara-Kristin Lüdemann

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 65: 06.11.2009

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.



Barbara Kreikenberg

›Nimm mich auf!‹ Kinderrechte in die Landesverfassung

Ein großer Schritt ...

Das Wichtigste zuerst: Wir freuen uns, dass es nun so weit ist. Die Fraktionen des niedersächsischen Landtages haben sich im Mai diesen Jahres auf einen Gesetzentwurf zur Verankerung von Kinderrechten geeinigt. Die Landesverfassungsänderung ist zum 1. Juli in Kraft getreten. Der Gesetzestext lautet:

›Artikel 4 a

Schutz und Erziehung von Kindern und Jugendlichen

- (1) Kinder haben als eigenständige Personen das Recht auf Achtung ihrer Würde und gewaltfreie Erziehung.
- (2) Wer Kinder erzieht, hat Anspruch auf angemessene staatliche Hilfe und Rücksichtnahme. Staat und Gesellschaft tragen für altersgerechte Lebensbedingungen Sorge.
- (3) Kinder und Jugendliche sind vor körperlicher und seelischer Vernachlässigung und Misshandlung zu schützen.

Wir begrüßen, dass darin die eigenständige Rechtspersönlichkeit von Kindern herausgestellt wird. Selbstverständlich wünschen wir uns als Kinderschutzbund neben den Rechten auf Schutz und Förderung auch das Recht auf Beteiligung gestärkt. Die Gesetzesänderung sehen wir als Start für weitere Maßnahmen der niedersächsischen Kinderpolitik.

Wie alles begann...

Das 50-jährige Jubiläum des Landesverbandes Niedersachsen hat uns die Chance geboten, Aufmerksamkeit zu wecken und zu nutzen – um die Kinderrechte noch stärker in die Öffentlichkeit und in die Politik zu transportieren. Als Kinderschutzbund Niedersachsen wollten wir zu unserem 50. Geburtstag 2007 den niedersächsischen Kindern ein Geschenk machen: die Aufnahme der Kinderrechte in die Landesverfassung.

Bereits 2007 haben zwei politische Anhörungen stattgefunden: im Juli vor dem Verfassungsausschuss und im September vor dem Sozialausschuss des Landes Niedersachsen. Johannes Schmidt und Prof. Hubertus Lauer aus dem Landesvorstand haben dort gezielt für die Aufnahme argumentiert.

Die Vorlage der Regierungsfraktion für eine Aufnahme der Kinderrechte als Staatsziel beurteilten sie als unzureichend. Nötig sei die Aufnahme der Kinderrechte als ›Recht‹ sowie neben dem Schutz und der Förderung von Jungen und Mädchen auch die ausdrückliche Formulierung des Anspruchs auf Partizipation und Bildung.

Und so ging es weiter...

Als weitere Maßnahme haben wir das Thema über die Politik hinaus zu einer gesellschaftlichen Kampagne gemacht. Die Orts- und Kreisverbände des Kinderschutzbundes, den Paritätischen Niedersachsen und seine 740 Mitgliedsverbände sowie landesweite Kooperationspartner und Organisationen informierten wir über den aktuellen Sachstand und überzeugten sie, mit ihrer Unterschrift ein Zeichen für die Initiative zu setzen.

Mit Beginn der jetzigen Legislaturperiode im Januar 2008 haben wir alle Landtagsabgeordneten und Fraktionen aufgerufen, sich für die Aufnahme der Kinderrechte im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention einzusetzen und sich für eine zukunftsorientierte Leitlinie in Politik und Gesellschaft zu verpflichten.

Niedersachsen stimmen für die Kinderrechte!

Der nächste Schritt war eine Stimmkartenaktion in ganz Niedersachsen, bei der wir allein am Weltkindertag 3.500 Unterschriften gesammelt haben.

Zur Sitzung des niedersächsischen Landtages überreichte der Landesvorstand im Vorfeld des 20. Novembers 2008 – dem Tag der UN-Kinderrechtskonvention – die Stimmen der niedersächsischen Bürgerinnen und Bürger. Diese galten nun als Petition und wurden dem federführenden Rechtsausschuss vorgelegt.

Kinderrechte weiter im Blick

Kinderrechte – wie in der Landesverfassung – zu beschreiben ist ein richtiger Schritt zu mehr Gegenwartschancengleichheit und Zukunftsfähigkeit. Auch für zukünftige politische Entscheidungen sind konkrete Datenerhebungen über die Lage der Kinder in Niedersachsen unerlässlich und

wichtige Grundlage für ein Beschwerdemanagement. Wir erwarten vom Land – über die Festschreibung von Kinderrechten in der Verfassung hinaus – einen regelmäßigen Bericht zum Stand der Umsetzungen.

BARBARA KREIKENBERG, *Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Niedersachsen e.V., Schwarzer Bär 8, 30449 Hannover, Tel.: (05 11) 40 40 75, E-Mail: kreikenberg@dksb-nds.de*

Constanze Schnepf

›All inclusive‹ EU-Projekt zur interkulturellen Öffnung der Behindertenhilfe

Das europäische Jahr des interkulturellen Dialoges wurde 2008 ausgerufen. Ein Beitrag hierzu ist das EU-Projekt ›All inclusive‹, das mehr Chancengleichheit für Menschen schaffen möchte, die aufgrund ihres Migrationshintergrundes und ihrer Behinderung doppelt diskriminiert sind. Es läuft seit Oktober 2007 und geht noch bis September 2009. Das Projekt wird im Rahmen des europäischen Programms Lebenslanges Lernen, Grundtvig durchgeführt. Sechs Einrichtungen, je eine aus den Mitgliedsstaaten Belgien, Bulgarien, Deutschland, Italien, Österreich und Polen, nehmen daran teil.

Gründe für das Projekt

Das Projekt geht von der Annahme aus, dass Migrantinnen und Migranten mit Behinderung sich i. d. R. nur mit Mühe im System der Behindertenhilfe zurechtfinden und dadurch im Vergleich zum jeweiligen Standard der EU-Länder häufig später und schlechter versorgt werden. Maßgebliche Gründe dafür sind, dass die Organisationen der Behindertenhilfe und die Selbsthilfeorganisationen der Migrantinnen und Migranten zum einen kaum vernetzt sind und zum anderen gerade die Behindertenhilfe in den meisten europäischen Ländern sehr komplex und bürokratisch strukturiert, also für Einwanderer kaum zu durchschauen,

ist. Zur Ausgrenzung tragen weiter Kommunikationsprobleme auf der einen Seite und mangelnde Kenntnis der sozialen und kulturellen Hintergründe auf der anderen Seite bei. Diese Probleme prägen das Behinderungsverständnis ebenso wie individuelle Erfahrungen und Ansichten. Umgekehrt können durch interdisziplinäre Zusammenarbeit von Zuwanderer- und Behinderteneinrichtungen solche Barrieren erkannt und beseitigt werden.

Planungen und Erprobungen zum Projekt

Zielgruppen des Projektes sind Migrantinnen und Migranten mit Behinderung und ihre Familien sowie Einrichtungen der öffentlichen und privaten Behindertenhilfe, insbesondere Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger im Leistungsbereich und Fachkräfte der mobilen Dienste. Im Rahmen des Projektes soll ein 'interkulturell barrierefreies Modell' entwickelt werden, das Behindertenhilfeeinrichtungen dabei unterstützt, Barrieren innerhalb der eigenen Institution zu erkennen und zu beseitigen. Die am Projekt beteiligten Organisationen entwickeln ein Maßnahmenpaket und erproben es. Dazu gehört u. a. das Training zur interkulturellen Sensibilisierung und die Öffnung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Behindertenhilfe, das die Interkulturelle Arbeitsstelle IBIS e.V. in Deutschland entwickelt und vom 26.10. bis zum 31.10.2008 in Berlin mit Professionellen aus der Behindertenhilfe erprobte. Das Training fand auf Englisch statt.

In dem Projekt sind Migrantinnen und Migranten sowie Behinderte Expertinnen und Experten in eigener Sache. Bestehende Hindernisse werden anhand eines projektintern entwickelten Fragebogens erfragt und analysiert. Anhand des Befragungsergebnisses und mit Hilfe von Best-Practice-Beispielen aus der Behindertenhilfe werden Dienstleistungs- und Bildungsmaßnahmen entwickelt. Neue Ansätze zu einem interkulturell barrierefreien Informationsdesign sollen den Zugang zu Dienstleistungs- und Bildungsangeboten erleichtern.

Die umsetzbaren Projektergebnisse legen die Projektbeteiligten gemeinsam

in einem Handbuch nieder und wirken an dessen Verbreitung mit. So soll gewährleistet werden, dass die gewonnenen Erkenntnisse von allen Einrichtungen der Behindertenhilfe übernommen werden können, die sich interkulturell öffnen möchten. Schließlich soll ein Zertifizierungsinstrument entwickelt werden. Am Ende des Prozesses sollen erste Institutionen der öffentlichen und privaten Behindertenhilfe zertifiziert sein.

Nähere Informationen zum Projekt ›All inclusive‹ unter:
www.allinclusiveproject.eu

Literatur bei der Verfasserin

CONSTANZE SCHNEPF, IBIS-Interkulturelle Arbeitsstelle e.V., Alexanderstraße 45, 26121 Oldenburg, Tel.: (04 41) 88 40 16, Fax: (04 41) 984 96 06, E-Mail: info@ibis-ev.de

Stéphanie Berrut

›Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten‹ – ein Angebot von pro familia Bonn

Seit dem Jahr 2000 gibt es bei der pro familia-Beratungsstelle Bonn die ›Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten‹. Zunächst als Projekt angelegt, handelt es sich inzwischen um ein reguläres Angebot, das bis heute von der Stadt Bonn finanziert wird und 2009 auch eine kleine Förderung vom Paritätischen in Bonn erhält.

Ziel des Projektes

Ziel ist es, Wissen und selbstbestimmtes Handeln im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu fördern. In der heterogenen Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund konzentriert sich das pro familia-Angebot auf Frauen und Mädchen, die durch die bestehenden Angebote im gesundheitlichen und psychosozialen Bereich kaum erreicht werden. Zur Zielsetzung gehören die Prävention ungewollter Schwangerschaften und sexuell übertragbarer Infektionen sowie die

Steigerung der Inanspruchnahme von gynäkologischen Vorsorge-, Schwangerschafts- und Kinderarztuntersuchungen.

Vorgehen

Zur Erreichung dieser Ziele haben sich zwei Strategien besonders bewährt: die aufsuchende Arbeit und die Verbindung von Gesundheitsförderung und Spracherwerb. ›Aufsuchend‹ meint, die Angebote von pro familia in die Alltagsstrukturen der Migrantinnen zu ›tragen‹. Dies sind z. B. Schulen, Kindergärten, interkulturelle Vereine und freie Bildungsträger. Besonders bewährt haben sich Veranstaltungen in Kursen für Deutsch als Fremdsprache. Wesentliches Element ist dabei die Vermittlung von deutschen Vokabeln, die z. B. bei der Frauenärztin wichtig sind. Dies reicht von Begriffen zum weiblichen Körper über Krankheitssymptome bis zu Verhütungsmitteln. Ziel dieser Maßnahme ist es, im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe den Frauen Kommunikation in einem Bereich zu ermöglichen, der in den Sprachlehrbüchern nicht abgedeckt wird. Auf diese Weise sollen sie befähigt werden, sich mit Ärztinnen und Ärzten zu verständigen und selbstständig für ihre Belange einzutreten. Zu dieser Zielerreichung ist die Sprachvermittlung jedoch nur ein erster Schritt. Ausgehend von den jeweiligen Vokabeln werden Informationen zur Funktionsweise des weiblichen Körpers gegeben. Denn wenn auch viele Frauen über ein ausgeprägtes (Heil-)Wissen verfügen, ist das biologische Schulwissen in unserem Sinne sehr unterschiedlich ausgeprägt – aber notwendig für ein Verständnis ärztlicher Erläuterungen. Mit den Vokabeln zu Krankheitssymptomen sind Präventionsbotschaften verknüpft und die Verhütungsmethoden werden genau erläutert. Spätestens an dieser Stelle fangen die Frauen in der Regel auch an, persönliche Fragen zu stellen und sich untereinander über ihre Erfahrungen auszutauschen.

Weitere Themen

Die weiteren Themen der Veranstaltungen orientieren sich stark an den Wünschen der Teilnehmerinnen. Beispiele sind die Angebotsstruktur des

Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege

deutschen Gesundheitssystems, (unerfüllter) Kinderwunsch, Schwangerschaftsabbruch, weibliche genitale Exzision (sog. ›Beschneidung der Frau‹), Sexualerziehung der eigenen Kinder. In fast allen Veranstaltungen sprechen die Frauen den unterschiedlichen kulturellen Umgang mit diesen Themen an und die sich daraus für sie ergebenden Konsequenzen – sei es in ihrer Rolle als Mutter, Tochter oder Partnerin. Gerade auch dann ist es eine Bereicherung, dass es sich um multikulturelle Gruppen handelt. Sie ermöglichen einen Erfahrungsaustausch unter Frauen gleicher und unterschiedlicher Nationalität mit ähnlichen und unterschiedlichen Migrationserfahrungen. In den Diskussionen wird ihnen deutlich, dass es verschiedene Sichtweisen ähnlicher Problemlagen gibt und dass andere Frauen bei gleichen Erfahrungen andere Bewertungen vornehmen und vielleicht andere Lösungsstrategien gefunden haben.

Migrationssensible Öffnung

Die eingangs genannten Ziele lassen sich jedoch nicht allein durch spezifische Maßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund erreichen. Da es ein langfristiges Ziel sein sollte, das Gesundheits- und psychosoziale System so zu öffnen, dass sich alle Menschen in ihrer ganzen Diversität durch die allgemeinen Angebote angesprochen fühlen, wurde auch in der pro familia-Beratungsstelle Bonn ein Prozess der migrationssensiblen (auch: interkulturellen) Öffnung eingeleitet. Dieser umfasste bisher z. B. eine entsprechende Gestaltung der Beratungsstelle, Schulungsmaßnahmen zur interkulturellen Kompetenz und die gezielte Einstellung von Personen mit Migrationshintergrund.

DIPL.-PSYCH. STÉPHANIE BERRUT, *pro familia Bonn, Poppelsdorfer Allee 15, 53115 Bonn, Tel.: (02 28) 242 22 43*

Das Modellprojekt ›Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's‹ wird von Katharina Gröning, Universität Bielefeld, geleitet. Von 2004 bis 2006 förderte das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen das Projekt und seit 2006 die AOK Rheinland/Hamburg und die AOK Westfalen-Lippe. Im Jahr 2009 konnte die Zahl der an dem Modellprogramm beteiligten Krankenhäuser auf insgesamt 104 erhöht werden. Hintergrund des Projektes sind die durch die Einführung der Fallpauschalen (G-DRG's) verkürzten Verweildauern im Krankenhaus und die frühere Entlassung einer wachsenden Zahl pflegebedürftiger alter Menschen. Damit ist die poststationäre Versorgung für Patienten und Patientinnen, die sich noch im Genesungsprozess befinden, und für deren Angehörige risikoreicher und störanfälliger geworden.

Bildungsangebote im Übergang zur familialen Pflege

Der Zeitraum für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung im häuslichen Bereich verdichtet sich häufig auf wenige Tage. Gleichzeitig sind die Krankenhäuser nach § 11 Abs. 4 SGB V verpflichtet, den Versicherten ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang anzubieten.

Zur Vermeidung von Drehtüreffekten sind die beteiligten Krankenhäuser an einem professionellen Entlassungsmanagement interessiert, welches das häusliche Pflegearrangement durch gezielte Maßnahmen der Begleitung und Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen fokussiert. Studien belegen in vielfacher Weise, dass auch moderne Familien zur Übernahme der Versorgung und Pflege der alten Eltern in hohem Maße bereit sind. Andererseits haben Untersuchungen der Fakultät für Erziehungswissenschaften an der Universität Bielefeld ergeben, dass Bildungs- und Beratungsangebote für pflegende Angehörige in vielfacher Weise unzureichend sind. Kaum eine Familie weiß wirklich oder hat eine Einschätzung davon, was auf sie zukommt und wie sich ihre Beziehungen und ihr Alltag durch die hinzukommende

Angehörigenpflege verändern wird. Im Sinne des § 45 SGB XI sollen durch die Kompetenzförderung der Angehörigen in Pfeletrainings im Krankenhaus wie zukünftig auch in der Häuslichkeit und durch Angehörigengesprächskreise die Pflege und Betreuung erleichtert und verbessert sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen gemindert werden. Die AOK fördert die Trainings und Pflegekurse mit ausgethandelten pauschalen Vergütungen.

Kompetenzförderung der Projektmitarbeitenden

Von zentraler Bedeutung für die Umsetzung eines kontinuierlichen und bedarfsgerechten Unterstützungsangebots für pflegende Familien sind die 6-tägige wissenschaftliche Weiterbildung und die projektbegleitenden telefonischen Kurzberatungen. Mitarbeitende und Führungskräfte der Krankenhäuser, die für den Übergang vom stationären in den häuslichen Bereich verantwortlich sind, erhalten fachliche Inputs und kontinuierliche Begleitung. Zentrales Ziel der Weiterbildung ist es, Pflegeübernahme auch als eine Krise und Entwicklungsaufgabe für die Angehörigen zu begreifen, Geschlechtersensibilität zu vermitteln und die Entwicklung von Pflegenetzwerken zu fördern. Die von der Universität zertifizierte Weiterbildung wird durch ein demenzspezifisches Modul an weiteren drei Tagen ergänzt.

Pflege als Lebensphase in der späten Familie

Die Familie bildet die zentrale Institution zur Versorgung und Pflege älterer, mehrfach erkrankter Patientinnen und Patienten. Von 2,13 Millionen pflegebedürftigen Menschen in der Bundesrepublik werden knapp 70 Prozent von Familienmitgliedern versorgt. In der Hälfte aller häuslichen Pflegearrangements geschieht dies ohne professionelle Unterstützung. Für einen verstehenden Zugang, aber auch als diagnostische Folie für Zusammenarbeit und Unterstützungsbedarf sind die Lebenswelten pflegender Angehöriger und familien-dynamische Entwicklungsprozesse zu berücksichtigen. Veränderungen von Rollen und Funktionen durch die



Pflege, Entwicklung zu einer Hauptpflegeperson und dualen Pflegebeziehungen sowie der Rückfall in traditionelle Muster von Familienbeziehungen müssen ebenso bedacht werden.

Literatur bei der Verfasserin

BIRGIT WOLFF, *Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, AG 7, Tel.: (05 21) 1 06-60 68, E-Mail: birgit.wolff@uni-bielefeld.de*

Katrin Markus

Der Heimbeirat

Die Unzulänglichkeit der Mitwirkungsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen durch einen Heimbeirat oder Heimfürsprecher ist in kritischen Stellungnahmen immer wieder hervorgehoben worden.

Der Heimbeirat bezieht seine Legitimation aus § 5 HeimG des Bundes bzw. – soweit bisher verabschiedet – aus den Heimgesetzen der Länder. Art, Umfang und Form der Mitwirkung ist in der Heimmitwirkungsverordnung des Bundes bzw. wird in den Durchführungsverordnungen der Länder geregelt. Sie enthalten einen eingeschränkten Katalog von Bereichen, in denen Mitwirkungsrechte zugebilligt werden, und beschreiben die Art, wie Mitwirkung ausgeübt werden soll. Seit 2002 ist die gesetzliche Möglichkeit eingeräumt, auch Externe – z. B. Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen – in den Heimbeirat zu wählen.

Die Möglichkeiten, die dem Heimbeirat durch diese gesetzlichen Regelungen zugestanden werden, reichen zur Artikulierung der Interessen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nicht in dem Maße aus, wie dies zur Positionierung ihrer Rolle im Verbund der Akteure des Heimbetriebes und zur Durchsetzung ihrer Rechte gewünscht und erforderlich wäre: Sie finanzieren über ihr Heimentgelt zwei Drittel der Kosten des Heimbetriebes unmittelbar, ein Drittel über die Beiträge zur Pflegeversicherung. Sie sichern darüber hinaus durch ihre Nachfrage an Hilfeleis-

tungen unzählige Arbeitsplätze mit steigender Tendenz.

Vor dem Hintergrund dieser Rolle als Geld- und Arbeitgeber sind ihre Mitspracherechte gering:

1. Die dem Heimbeirat eingeräumten Mitwirkungsrechte sind unverbindliche Beteiligungsrechte. Sie werden als ›stumpfes Schwert‹ und ›Feigenblatt‹ empfunden, für das sich ein Engagement nicht lohnt. In Konfliktfällen kann sich der Heimbeirat mit seinem Votum nicht durchsetzen. Daher sind geeignete Personen oft nicht bereit, sich für dieses Amt zur Verfügung zu stellen. Nur wenige Länder wie z. B. NRW und Schleswig-Holstein haben den Mut aufgebracht, Mitbestimmung vorzusehen, allerdings nur in unverfänglichen Bereichen wie Freizeit- und Speiseplangestaltung.

2. Die Mehrzahl der Heime sind Pflegeheime, in denen geeignete Personen aus den Reihen der Bewohnerschaft für eine Heimbeiratsarbeit nicht mehr zur Verfügung stehen können, sodass ein arbeitsfähiger Heimbeirat nur mit Hilfe Externer gebildet werden kann. Um als Sprachrohr der Bewohnerinnen und Bewohner wirken zu können, muss der Heimbeirat deren Sorgen, Nöte, Wünsche und Bedürfnisse kennen. Diese Kommunikation scheitert in der Regel an fehlenden Kenntnissen über den Zugang z. B. zu demenziell veränderten Menschen. Auch ›getrauen‹ sich Bewohner oft nicht, ihre Wünsche zu artikulieren. In ihrer Abhängigkeit geben sie eher klein bei.

3. Die Arbeit des Heimbeirats kann nur so gut sein, wie er die für dieses Amt erforderlichen Fähigkeiten und Kennt-

nisse besitzt. Es sind keine institutionalisierten Aus- und Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen. Information und Beratung seitens der Heimaufsicht findet kaum statt. Information und Beratung seitens der Heimträger und Kostenträger sind – soweit sie überhaupt stattfinden – zwangsläufig belastet durch Interessenkollisionen. Der Heimbeirat ist außerdem abhängig vom Informationsfluss durch die Heimleitung. Da er nicht über einen eigenen Etat verfügt, kann er fehlende intern vermittelte Sachkenntnisse nicht durch externe Sachverständige ausgleichen. In der Regel fehlt auch eine regelmäßige Verbindung der Heimbeiräte untereinander, um im Meinungsaustausch aus den Erfahrungen anderer zu lernen.

Der Heimbeirat als kollektivrechtliches Interessenvertretungsorgan der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner hat sich vom Grundsatz her bewährt. Nicht bewährt im Sinne von Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Partizipation haben sich die Rahmenbedingungen für seine Arbeit. Die Länder haben derzeit die Chance, grundlegende Verbesserungen dieser Rahmenbedingungen zu schaffen.

In Niedersachsen befindet sich der Entwurf des Gesetzes zum Schutze von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern derzeit im Gesetzgebungsverfahren.

KATRIN MARKUS, *Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e.V., Vorbirgsstr. 1, 53913 Swisttal, Tel.: (0 22 54) 28 12, Fax: (0 22 54) 70 46, E-Mail: info@biva.de*

Kerstin Koller, Christiane Wiese

Linie 21 – Beteiligungsprojekte bei JANUN e.V.

Ein Arbeitsbereich des Jugendumbüros JANUN e.V. Region Hannover ist das Projekt ›Linie 21‹. Seit 1997 führen wir Beteiligungsprojekte insbesondere mit Kindern und Jugendlichen durch.

In Beteiligungsverfahren sehen wir Kinder, Jugendliche sowie Bürgerinnen und Bürger als Experten für die Gestaltung ihres Lebensraums. Durch die Einbindung in Planungs- und Entscheidungsprozesse werden oft neue Aspekte und andere Perspektiven aufgezeigt. Durch die Partizipation z. B. an der Planung vom Wohnumfeld werden die Interessen der Zielgruppen ernst genommen. Planungsfehler, die oft mit hohen Kosten verbunden sind, können vermieden werden. Die Identifikation mit dem Umfeld oder Quartier steigt und Zerstörung wird vorgebeugt. Beteiligung in diesem Sinne ist ein Beitrag zur bürgernahen und kinderfreundlichen Stadtentwicklung.

Die Beteiligung an kommunalpolitischen Planungen und Entscheidungen ist ein wichtiger Beitrag zur Entwicklung von demokratischem Handeln und Erleben.

Unser Arbeitsschwerpunkt ist die Durchführung und Begleitung von projektbezogenen und stadtteilorientierten Beteiligungen an Bau- und Planungsvorhaben und allen Entscheidungen, die Kinder, Jugendliche sowie Bürgerinnen und Bürger betreffen. Dies sind z. B. Spielraumgestaltung, Außen- und Geländeumgestaltung von Schulen und Kindertagesstätten, Schulwegsicherung, Verkehrsplanung, Wohnumfeldumgestaltung sowie Sozialraumanalysen.

Wir führen ›Beteiligungsspiralen‹ durch, in denen teilnehmende Kinder und Jugendliche erleben, wie sie aktiv ihre Lebenswelt (mit)gestalten können. Beteiligungsspiralen finden dem Alter entsprechend mit unterschiedlichen Bausteinen aus dem Methodenkoffer der Partizipation statt. Dazu gehören Zukunftswerkstätten, Wohnumfelderkundungen/Stadtteilforscheraktionen, open space sowie andere Elemente. Neben der Moderation von Beteiligungsprozessen sind Projektorganisation und -koordination, finanzielle Absicherung, Planungsrunden mit Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung

sowie erste Schritte zur Realisierung der Planungsvorhaben Bestandteil unserer Arbeit. Geschlechtsspezifische Unterschiede werden bei der Durchführung der Beteiligungsprojekte berücksichtigt.

Im Beteiligungsverfahren streben wir eine enge Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern vor Ort sowie Vertreterinnen und Vertretern von Fachämtern und ggf. der Kommunalpolitik an.

KERSTIN KOLLER, CHRISTIANE WIESE,
JANUN e.V. Region Hannover, Arbeitsbereich Kinder- und Jugendbeteiligungsverfahren, Tel.: (05 11) 59 09 19 13,
E-Mail: christiane.wiese@janun-hannover.de

Anneke Lohr, Tobias Röder

Kindergerechtigkeit beginnt vor Ort – kostenloses Beratungsangebot für kommunale Netzwerke

Herausforderung Kindergesundheit
Kommunen spielen die tragende Rolle bei der Gestaltung der unmittelbaren Lebensräume von Kindern und Jugendlichen und sind als kompetente Experten vor Ort täglich gefordert, kindergerechte und familienfreundliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Dabei sind Gesundheit und Wohlbefinden ihrer jüngsten Bewohnerinnen und Bewohner für die Zukunft der Kommunen von erheblicher Bedeutung, da Kinder- und Familienfreundlichkeit wichtige Standortfaktoren darstellen. Gleichzeitig wird das Thema Kindergesundheit aufgrund struktureller Veränderungen und eines zunehmenden ökonomischen Drucks zu einer immer anspruchsvolleren Aufgabe.

Das Angebot: Beratung nach Bedarf für kommunale Netzwerke

Vor diesem Hintergrund hat das BMFSFJ im Rahmen der Initiative ›Für ein kindergerechtes Deutschland‹ ein Servicebüro eingerichtet, das kommunale Netzwerke und Projekte im Rahmen einer

Beratung kostenfrei bei ihren aktuellen Vorhaben im Themenfeld Kindergerechtigkeit unterstützt. Ob Kommunen ein lokales Netzwerk für Kindergesundheit initiieren, ressortübergreifend Kräfte bündeln oder konkrete Präventionsprojekte erfolgreich umsetzen möchten: Das Servicebüro ist die Anlaufstelle für passgenaue Unterstützung und Beratung. Dabei bietet es keine Standardlösungen, sondern entwickelt gemeinsam mit den Kommunen vor Ort ein individuelles und auf den jeweiligen Bedarf zugeschnittenes Beratungspaket.

Beispiel aus der Praxis: Rahmenkonzept zur Jugendhilfe in Meckenheim

Die Stadt Meckenheim sah sich in den vergangenen Jahren mit einer steigenden Jugendkriminalität konfrontiert, die im Jahr 2008 in der Turnhallenbrandstiftung durch Meckener Jugendliche gipfelte. Um dieser Entwicklung entgegen zu wirken, hat die Stadt bereits unterschiedliche Maßnahmen getroffen: So wurde unter anderem ein Rahmenkonzept für die offene Kinder- und Jugendarbeit entwickelt und eine Neukonzeption für das Bürger- und Jugendzentrum Meckenheim erarbeitet.

Aufgabe der Beratung ist die Gesamtkonzeption der Kinder- und Jugendarbeit, in der nicht nur die Angebote der Stadt berücksichtigt, sondern eine Vielzahl freier Träger beteiligt werden. So entsteht ein kommunales Netzwerk, das das Profil der Kinder- und Jugendarbeit gemeinsam trägt, weiterentwickelt und so zu einer Imageverbesserung der Kinder- und Jugendarbeit in der Meckener Öffentlichkeit beiträgt.

ANNEKE LOHR, TOBIAS RÖDER, Servicebüro der Initiative ›Für ein kindergerechtes Deutschland‹, Lindenstraße 20, 50674 Köln, Tel.: (02 21) 160 82-17; (02 21) 160 82-15,
E-Mail: service@kindergerechtes-deutschland.de

Frauen in einem sozial benachteiligten Stadtteil

Die Einrichtung Frauengesundheit in Tenever (FGT) arbeitet seit fast 20 Jahren im Bremer Stadtteil Osterholz-Tenever mit sozial benachteiligten Frauen und Mädchen. Sie bietet niedrigschwellige und ressourcenorientierte Gesundheitsförderung und arbeitet nach den WHO-Kriterien der Ottawa-Charta. Gemäß ihrem salutogenetischen Ansatz betrachtet FTG die Frauen als Expertinnen ihrer eigenen Gesundheit.

Die Angebote umfassen Bewegungskurse, Frauenschwimmen, Radlernkurse, Ernährungs- und Kochkurse, monatliche Kulturereignisse wie »Gastmahl bei Freundinnen – internationale Suppen«, Gesprächsrunden zu Gesundheitsthemen, offene Treffen, Ausflüge, Integrationskurse, Gruppen- und Einzelberatung und vieles mehr.

Wie gelingen Partizipation und Eigenverantwortung in der Praxis?

Beispiel 1 – das Karteikartensystem

Die Mitarbeiterinnen verstehen sich als Umsetzerinnen der Ideen der Nutzerinnen.

Seit Beginn des Projektes gibt es das Karteikartensystem. Alle Ideen und Innovationen werden auf Karteikarten geschrieben: Wenn eine Nutzerin einen Wunsch oder ein Bedürfnis äußert, wird dies auf eine Karteikarte notiert und andere Nutzerinnen können sich dort ebenfalls eintragen (lassen). Zweimal im Jahr findet ein Programmplenum statt, auf dem die Nutzerinnen ihre Interessen einbringen und diskutieren können, welche gesundheitsfördernden Angebote sie benötigen und sich wünschen. Außerdem wird hier das vorherige Programm reflektiert und ausgewertet. Hier beteiligen sich die Frauen nicht nur direkt, sondern ihre Eigenverantwortung ist ebenso gefragt. Denn wer nicht erscheint, kann eigene Interessen nicht einbringen.

Wenn ausreichend Frauen interessiert sind, betreiben die Mitarbeiterinnen die Umsetzung in ein kostengünstiges Angebot, das selbstverständlich auch neuen Frauen zugänglich gemacht wird.

Beispiel 2 – ein Ohr für Bedürfnisse haben

Die Mitarbeiterinnen legen ihr Augenmerk gezielt auf diejenigen Frauen, die in die Einrichtung kommen, aber nicht an dem Programmplenum teilnehmen. Dies sind besonders Migrantinnen, die viele Kinder und daher wenig Zeit haben für Extratermine. Die Migrantinnen kommen häufig zum Spracherwerb in die Einrichtung. In den Deutsch- und Alphabetisierungskursen ist Gesundheitsförderung ein integrierter Bestandteil, und sowohl die Kursleiterin als auch die Mitarbeiterinnen erwerben durch ihren häufigen Kontakt und ihren respektvollen Umgang sehr schnell das Vertrauen der Teilnehmerinnen. So erfahren sie viel von den alltäglichen Problemen und Schwierigkeiten der Frauen. Im Gespräch wird ermittelt, ob mehrere zu einem Thema eine Gruppenberatung oder eine Gesprächsrunde möchten.

Beispiel 3 – Nutzerinnen werden selbst aktiv

Viele ältere Frauen sind alleinlebend und äußerten den Wunsch, sich einmal wöchentlich für ein gemeinsames Abendessen und Zusammensein zu treffen. Daraus entwickelte sich eine Kreativgruppe. Es begann mit gemeinsamem Essen und ging über gemeinsames Stricken hin zu gemeinsamem Singen. So entstand ein kleiner selbstorganisierter Chor, dem die Frauen den Namen »Die Nachtigallen« gaben. Ein gelungenes Beispiel für Empowerment, das Partizipationsmöglichkeiten und eigenverantwortliches Handeln voraussetzt! In den letzten Jahren sind viele nicht mehr berufstätige Frauen sehr an ehrenamtlicher Arbeit interessiert und es gibt eine eigene Gruppe von Ehrenamtlichen, die sich regelmäßig treffen und sich immer wieder neue Ziele setzen.

Beispiel 4 – eigene Kompetenzen einsetzen

Nicht selten entdecken Kursteilnehmerinnen im FGT immer mehr eigene Kompetenzen und Interessen. Das FGT bietet ihnen die Möglichkeit, ihre Fähigkeiten einzubringen und auszuprobieren. So werden Nutzerinnen unter

anderem als Laienhelferinnen bei Festen und beim regelmäßigen »Gastmahl bei Freundinnen – internationale Suppe« beschäftigt. Sie sind Teil des Vorbereitungsteams und können so Zugehörigkeit entwickeln und stolz auf die gelungenen und von vielen Frauen besuchten Veranstaltungen sein. Wenn es gelingt, dass in der Presse auch noch ein Bericht mit Foto erscheint, sind alle ganz glücklich und es gibt eine seltene gesellschaftliche Anerkennung für die Frauen. Für ihre Arbeit erhalten sie einen geringen Lohn. Dies ist manchmal für Migrantinnen das einzige eigene Geld, das sie selbst verdienen können.

Beispiel 5 – von der Teilnehmerin zur Kursleiterin

Manch eine Frau macht regelrecht »Karriere« im FGT. Sie kommt erstmalig über die Integrationskurse oder andere Angebote, bringt sich dann als Laienhelferin ein, bis sie soviel Mut oder Selbstsicherheit hat oder schließlich die passende Idee gefunden hat, dass sie selbst eine Gruppe oder einen Kurs anbietet und leitet. So bietet eine Migrantin trotz hoher eigener Belastungen einen Bewegungskurs für Migrantinnen an, sie selbst nimmt an einem Alphabetisierungskurs teil und ist Mutter von acht Kindern. Alles wird von der Gruppe eigenverantwortlich durchgeführt, die Frauen nutzen lediglich die Infrastruktur des FGT.

JUTTA FLERLAGE, *Frauengesundheit in Tenever (FGT), Koblenzer Strasse 3A, 28325 Bremen, Tel.: (04 21) 40 17 28, E-Mail: FGT@gmx.net*

Die Ernährungsversorgung als Lernfeld im Alltag der Jugendlichen

Die Autorin geht davon aus, dass das Thema Ernährungsversorgung oft erst dann öffentlich wahrgenommen wird, wenn die Art der Ernährungsversorgung in Familien und Haushalten nicht mehr im gesellschaftlich gewünschten Maß stattfindet, wie z. B. die Zunahme von Übergewicht bei Kindern. Die vorliegende Studie widmet sich der Frage, welche möglichen Lernfelder zur Ernährungsversorgung die Jugendlichen in ihren Herkunftshaushalten vorfinden. Laut Rößler-Hartmann gibt es in jeder Familie spezifische Konstellationen, die mehr oder weniger als Lernfeld geeignet sind. Die vorliegende Arbeit gliedert sich in die Bereiche: Inhalte und Merkmale der Ernährungsversorgung, Kompetenzen, die zur familialen Ernährungsversorgung notwendig sind, Individuum und alltägliche Lebensführung, Kinder und Jugendliche im Haushalt, der Haushalt als Erfahrungsraum sowie bisherige Forschungsergebnisse als Grundlage der empirischen Studie. Ziel der Untersuchung ist die Erarbeitung von inhaltlichen und fachdidaktischen Konzepten zur Vermittlung einer Ernährungsbildung im Unterricht. (am)

MARGOT RÖSSLER-HARTMANN (HRSG.): *Die Ernährungsversorgung als Lernfeld im Alltag der Jugendlichen. Schriftenreihe Erziehung – Unterricht – Bildung, Band 131, Verlag Dr. Kovač, Hamburg, 2007, 258 Seiten, ISBN 978-3-8300-2965-6, 78,00 Euro*

Umweltpädagogisches Handbuch

Aus Angst vor vermeintlichen Risiken wie blauen Flecken, Prellungen und anderen kleinen Missgeschicken werden Kinder heute vermehrt in geschützten (Innen)räumen überbehütet und damit um wichtige Selbstwirksamkeitserfahrungen gebracht. Häufig sind diese Umstände auf eine Verunsicherung und Unkenntnis der Erwachsenen im Umgang mit der Natur zurückzuführen.

Das vorliegende Handbuch macht mit seinen zahlreichen Tipps und Ideen Mut, mit Kindern den ›Schritt nach

Draußen‹ zu wagen. Hierfür haben Umweltpädagoginnen und -pädagogen ihr Wissen und ihre praktischen Erfahrungen zusammengetragen.

Zahlreiche Spiele, Experimente, Bestimmungsübungen sowie Rezepte, Kinderlieder und Vorlesegeschichten bieten Anregungen. Ergänzend werden Hintergrundinformationen zur Naturerlebnispädagogik, zum Naturschutz und zum sicheren Umgang mit Gruppen in der Natur geliefert. (ku)

BERNHARD ZIEGLER (HRSG.): *Umweltpädagogisches Handbuch für Lehrkräfte und Eltern. Unter besonderer Berücksichtigung des Lebensraums der Schwäbischen Alb und des Albvorlandes. Prisma Media Verlag, Reutlingen, 2008, 528 Seiten, ISBN 978-3-938581-01-8, 25,00 Euro*

Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen

Das Buch fasst die Ergebnisse des zweiten WHO-Jugendgesundheits surveys ›Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)‹ aus Berlin und Hamburg zusammen. Bei der internationalen Studie geht es vor allem darum, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern zu erfassen.

Dabei wurden unter anderem Daten zum körperlichen und psychischen Gesundheitszustand sowie den Bereichen Familie, Schule und Freizeit erhoben. Da Berliner Schulen 2002 und 2006 an der Studie beteiligt waren, werden die Ergebnisse auch im Hinblick auf Trends und Entwicklungen beschrieben.

Mit dem Buch werden weitere fundierte Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. (mc)

RAVENS-SIEBERER, ULRIKE ET. AL.: *Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen – Die WHO-Jugend-Gesundheitsstudie für Berlin und Hamburg. Verlag Dr. Kovač, Hamburg, 2008, 266 Seiten, ISBN 978-3-8300-4083-5, 78,00 Euro*

Die gewonnenen Jahre

Altern als Erlebniswelt ab 50; Bewegung, gesunde Ernährung und Sexualität im Alter erwünscht und hilfreich, um ein aktives Altern zu unterstützen. Sich wahrnehmen beim Wandern in eine neue Lebensphase, zulassen, dass sich Ideale verändern, den Jugendwahn bekämpfen und alternativ zur Anti-Ageing Bewegung die Veränderungen des Alter(n)s als Chance für sich selbst nutzen. Dies sind Gedanken aus der 160 Seiten umfassenden Lektüre zum Thema ›Altern als Chance‹. Verfestigte Haltungen über das Alter(n), Kategorien und Zuordnungen von alt und jung sowie Altersstereotypen werden im Buch von einer ganzheitlichen Betrachtungsweise älterer Menschen abgelöst. Das eigene Erleben des Älterwerdens gerät in Bewegung. Das Leben wird neu gestaltet und herkömmliche Altersschemata über Bord geworfen, denn: ›Time Is on My Side.‹ (VtJ)

MEINOLF PETERS: *Die gewonnenen Jahre. Von der Aneignung des Alters. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2008, 167 Seiten, ISBN 978-3-525-40105-7, 16,90 Euro*

Mobbing in der Schule

Berichte über Mobbing an Schulen erschüttern regelmäßig die Öffentlichkeit. In dem Buch macht der Autor deutlich, wie sich Mobbingprozesse entwickeln, aber auch wie Eltern und Lehrkräfte sie aufdecken und etwas dagegen unternehmen können. Vor allem aber, wie die Kinder durch eine gelingende Persönlichkeitsentwicklung schon im Vorfeld stark werden können. Dabei spielen die Bewusstwerdung und der Umgang mit den eigenen Gefühlen eine Schlüsselrolle. Anhand von detaillierten Beispielen wird deutlich, dass Mobbing nur dann erfolgreich bearbeitet werden kann, wenn es als soziales Phänomen verstanden wird und Eltern und Lehrkräfte zusammenarbeiten. (am)

KARL GEBAUER (HRSG.): *Mobbing in der Schule, Beltz Taschenbuch 902, Walter Verlag, 2007, 160 Seiten, ISBN 978-3-407-22902-1, 12,90 Euro*

Jugendhilfe in Deutschland: Vorurteile und Wirklichkeit

Der 18. Band der Schriftenreihe Sozialpädagogik und Forschung prüft mit Hilfe der aktuellen Datenlage die Reformkonzepte und Modernisierungsinstrumente für die Jugendhilfe. Die häufig diskutierten finanziellen Auswirkungen der Reformen auf die Kommunen und die Gestaltung des Arbeitsalltags in der Jugendhilfe behandelt Litges ebenfalls in seiner überarbeiteten Dissertation. In wieweit die mit Hilfe der aktuellen Daten generierten Annahmen und Bedürfnisse für eine Reform in der Jugendhilfe der Realität entsprechen, überprüft der Autor mit Hilfe von Fallstudien. In seinem Fazit schlägt Litges mit Hilfe der vorangegangenen Überprüfung der Wissensstände und deren Bedeutung für zentrale Fragestellungen eine Brücke zwischen der abstrakten, erklärenden Theorie und der meist theorieärmeren, praktischen Anwendung der Reformkonzepte. (st)

GERHARD LITGES: *Jugendhilfe in Deutschland: Vorurteile und Wirklichkeit – Empirische und systemische Rekonstruktionen, überarbeitete und aktualisierte Dissertation. Schriftenreihe Sozialpädagogik in Forschung und Praxis Band 18, Verlag Dr. Kovač, 2007, ISBN 978-3-8300-2995-3, 374 Seiten, 78,00 Euro*

Angewandte Kindheitswissenschaft

Die Autorinnen verstehen Kindheit als ein zu gestaltender Lebenszeitraum, der unter bestimmten rechtlichen, institutionellen, ökonomischen, kulturellen, räumlichen und zeitlichen Bedingungen steht. Zentrale Forschungsschwerpunkte der neuen Kindheitswissenschaft sind zum einen die Bedingungen, unter denen Kinder aufwachsen, und zum anderen, das eigene Erleben und die eigenen Erfahrungen der Kinder unmittelbar in die Forschung einzubeziehen. Es ist weniger der kindliche Entwicklungsstand als vielmehr die Wahrnehmung der Erwachsenen, durch die Kinder behindert werden, an vielen Teilen des gesellschaftlichen Lebens und an maßgeblichen Entscheidungen teilzunehmen. Angewandte Kindheits-

wissenschaften wollen politische Hilfestellung geben, sozial-, kindheits-, gesundheits- und familienpolitische Maßnahmen zu ergreifen, die Kindern wirklich nutzen. Durch vielfältige Autorenbeiträge wird ein Einblick in die Lehrgebiete der Angewandten Kindheitswissenschaft an der Hochschule Magdeburg-Stendal gegeben. (am)

EVA LUBER, BEATRICE HUNGERLAND (HRSG.): *Angewandte Kindheitswissenschaft. Eine Einführung für Studium und Praxis. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 272 Seiten, ISBN 978-3-7799-2223-0, 19,50 Euro*

Neue Bildungswege in die Hochschule

Der Reader stellt ein Konzept vor, um die Durchlässigkeit zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung zu erhöhen und die Übergänge zwischen Berufstätigkeit und Studium zu erleichtern. Es geht um Bildungswege, bei denen Kompetenzen angerechnet werden, die an anderen Lernorten als der Hochschule erworben wurden. Der Publikation liegt das Projekt ›Anrechnung beruflicher Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge‹ zugrunde. Der Gruppe der Anrechnungsstudierenden kommt in Zukunft eine größere Bedeutung zu, wird doch lebenslanges Lernen immer wichtiger. Das Buch ordnet Anrechnungsverfahren in die europäische Bildungspolitik ein, informiert über die Ausgestaltung von Anrechnungsverfahren sowie über Qualitätsmerkmale von Anrechnung. Dabei stehen die Projektergebnisse für die Erziehungs-, Gesundheits- und Sozialberufe im Mittelpunkt. Dieser Ansatz ist auch als ein Beitrag zur Verringerung von Bildungsungleichheiten anzusehen. (us)

WALBURGA FREITAG (HRSG.): *Neue Bildungswege in die Hochschule. Anrechnung beruflich erworbener Kompetenzen für Erziehungs-, Gesundheits- und Sozialberufe. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld, 2009, 235 Seiten, ISBN 978-3-7639-3878-0, 29,90 Euro*

Gesundheit auf der Straße

Die Ergebnisse aus zwei Forschungsprojekten zur gesundheitlichen Situation wohnungsloser Jugendlicher in Deutschland liefern einen umfassenden Überblick zu den Zusammenhängen von Wohnungslosigkeit und Gesundheit in dieser Altersgruppe. Dabei geht es um die Bedeutung, die Gesundheit für wohnungslose Jugendliche hat, sowie um ihre Umgangsweisen mit Gesundheit, gesundheitlichen Risiken und akuten Erkrankungen, aber auch um das Leben auf der Straße mit chronischen Krankheiten. Dazu wird zu Beginn ein Überblick über den Stand der Forschung zum Umgang mit gesundheitlichen Risiken im Jugendalter gegeben und auch die Literatur zu chronischen Erkrankungen im Jugendalter behandelt. Der Band bietet darüber hinaus die beispielhafte Darstellung des methodischen Vorgehens bei der Durchführung einer explorativen Studie in einer spezifischen Lebenswelt. (ar)

UWE FLICK, GUNDULA RÖHNSCH: *Gesundheit auf der Straße. Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheiten im Kontext von Jugendobdachlosigkeit. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 288 Seiten, ISBN 978-3-7799-1973-5, 24,00 Euro*

›Dabeisein ist nicht alles‹ Inklusion und Zusammenleben im Kindergarten

Nach einer Einführung in die Thematik über Peer-Beziehungen von Kindern im Allgemeinen und Forschungsergebnissen zu Projekten in Kindertagesstätten befassen sich die Autorinnen und Autoren mit Theorien, Konzepten, Analysen sowie der Bedeutung von ›Integration‹ und ›Inklusion‹ im Umgang mit behinderten und benachteiligten Kindern in Kindergärten. Der dritte Teil des Buches gibt einen Überblick über Forschungsstände, deren Ergebnisse und Folgerungen für die Praxis. Abschließend werden pädagogische Herausforderungen sowie Methoden der Förderung aus

Deutschland und weltweit vorgestellt. Dieses Buch gibt durch seine internationalen Autorinnen und Autoren (USA, Norwegen, Schweden, Großbritannien und Deutschland) Anstoß zu Diskussionen über den Paradigmenwechsel in der Pädagogik – weg vom Integrations-, hin zum Inklusionsparadigma – und detaillierte Einblicke in den Umgang mit behinderten und benachteiligten Kindern in unterschiedlichen Ländern. (st)

MAX KREUZER, BORGUNN YTTERHUS (HRSG.): ›Dabeisein ist nicht alles‹ – Inklusion und Zusammenleben im Kindergarten, Ernst Reinhardt Verlag, München, 2008, ISBN 978-3-497-01960-1, 307 Seiten, 24,90 Euro

Die elementaren Formen der Armut

Was konstituiert den gesellschaftlichen Status des Armen? Von welchem Kriterium aus wird eine Person in den Augen der anderen zum Armen? Wie schon Simmel und andere Soziologen vor ihm hebt Paugam die Unterstützung, die eine Person öffentlich von der Gemeinschaft erhält, als wesentlichen Aspekt heraus. Er geht davon aus, dass jede Gesellschaft ihre Armen definiert und ihnen einen eigenen sozialen Status verleiht, indem sie sie unterstützt. Damit schafft sie gleichzeitig eine Kategorie von Abhängigkeit und niedrigstem sozialem Status. Die wechselseitige Abhängigkeit zwischen den Armen und der Gesellschaft, der sie angehören, wird zum zentralen Untersuchungsgegenstand. Der Autor stellt die Resultate international vergleichender Forschungsprogramme und eigene weiterführende Überlegungen vor, die in ein eigenes Kategoriensystem zur Erfassung von Armut münden. Ziel ist, Voraussetzungen für politisches Handeln zu schaffen. (ar)

SERGE PAUGAM: *Die elementaren Formen der Armut*. Hamburger Edition HIS Verlagsgesellschaft mbH, Hamburg, 2008, 336 Seiten, ISBN 978-3-936096-90-3, 30,00 Euro

Mythologie der Gesundheit

Der Autor nimmt den Gesundheitsbegriff aus systemtheoretisch-konstruktivistischer Sicht unter die Lupe. Dabei wird deutlich, dass die Grenzen zwischen pathogenetischer Primärprävention und salutogenetischer Gesundheitsförderung verschwimmen und Gesundheit nicht ohne pathogenetischen Bezug abstimbar ist und gefördert werden kann. In drei Kapiteln setzt Hafer sich mit Konzepten und Beobachtung von Gesundheit, Salutogenese und Pathogenese im Gesundheitssystem auseinander. Dabei nutzt er den Blick auf gesellschaftliche Konstrukte und aktuelle Definitionen von Gesundheit und Krankheit. In seine Beobachtungen fließen die Wirkungen der Einflussfaktoren wie z. B. Stress, Ressourcen, Risiko- und Schutzfaktoren, sowie Partizipation und Autonomisierung als grundlegende Strategien mit ein. Der Autor geht davon aus, dass die Gesundheit der Bevölkerung nur dann nachhaltig verbessert werden kann, wenn die beteiligten Disziplinen ihr Wissen und ihr Können verbinden und durch eine präventiv argumentierende Gesundheitspolitik gestützt werden. (am)

MARTIN HAFEN (HRSG.): *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg, 2007, 127 Seiten, 16,95 Euro, ISBN 978-3-89670-380-4

Freiheit und Geschlecht

Dieser Sammelband thematisiert das komplexe Verhältnis von Freiheit und Geschlecht. Die meisten Beiträge widmen sich den gegenwärtigen Transformationen, die im Zeichen einer neuen Freiheit stehen, dem Neoliberalismus. Das Buch geht den Freiräumen nach, die damit eröffnet werden sollen, sowie den neu entstehenden Zwängen. Immer wird gezeigt, wie dies jeweils mit dem Geschlecht als ordnender Kategorie zusammenhängt und welches Geschlechterverhältnis hervorgebracht wird.

Der erste Themenbereich steht unter dem Motto ›Freie Wahl – Verantwortunglos?‹. Aus theoretischer Perspektive werden die Logik des Neo-

liberalismus und damit einhergehende Veränderungsprozesse thematisiert. ›Freier Markt – Arbeitslos?‹ beschreibt die Auswirkungen des Neoliberalismus auf Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse. Das Geschlecht des Prekariats ist weiblich. In dem Beitrag ›Praktikantin, Projektantin, Prekariat‹ wird z. B. auf die Tücken der Arbeitsform ›Projekt‹ eingegangen. Im Kapitel ›Freier Raum – Grenzenlos?‹ geht es um die Bedeutung von Recht, Eigentum und Land und deren Verknüpfung mit Geschlechterbeziehungen. Der letzte Schwerpunkt befasst sich mit Liebe, Sexualität und Beziehungen. (us)

MARLEN BIDWELL-STEINER, URSULA WAGNER (HRSG.): *Freiheit und Geschlecht. Offene Beziehungen, Prekäre Verhältnisse*. Reihe des Referats Genderforschung der Universität Wien, Gendered Subjekts Band 4. StudienVerlag, Innsbruck, 2008, 216 Seiten, ISBN 978-3-7065-4523-5, 24,00 Euro

Die Ausgeschlossenen

Thema ist die soziale Spaltung unserer Gesellschaft. Die Frage lautet nicht, wer oben oder unten, sondern wer drinnen oder draußen ist. Für den Autor ist es nicht hinnehmbar, dass bestimmte Gruppen den Anschluss an den Mainstream unserer Gesellschaft verlieren, dass sie ›mitlaufen‹, aber keine Adresse in der kollektiven Selbstauffassung unseres Gemeinwesens haben. Für ihn sind die Ausgeschlossenen von heute die Armen von morgen. Bude nennt die betroffenen Gruppen und skizziert die Problemlagen in groben, aber sehr treffenden Strichen. Sein Vorgehen nennt er öffentliche Soziologie, die die Bevölkerung in erster Linie über die gesellschaftlichen Verhältnisse aufklären will. Sie soll Aufmerksamkeit erregen und aufrütteln, damit man wirklich begreift, dass das Ganze auch anders sein kann. (ar)

HEINZ BUDE: *Die Ausgeschlossenen. Das Ende vom Traum einer gerechten Gesellschaft*. Carl Hanser Verlag, München, 2008, 141 Seiten, ISBN 978-3-446-23011-8, 14,90 Euro

Positive Peer Kultur

Das Konzept der Positiven Peer Kultur ist kein neuer Ansatz. Trotzdem kann es wichtige Hinweise für pädagogische Neuorientierungen vor allem vor dem Hintergrund der Hilflosigkeit vieler pädagogischer Kräfte angesichts des Ressourcenmangels und des anwachsenden Problemdrucks in Schulen geben. Das Konzept zielt auf die Erweiterung der Partizipation von Schülerinnen und Schülern, auf die Integration gruppenpädagogischer Ansätze in den Schulalltag und vor allem auf einen Zuwachs an Vertrauen in die Kraft von Heranwachsenden, Verantwortung für ihre eigenen Angelegenheiten zu übernehmen. Nach Ansicht der Herausgeber werden die Potenziale der Peergruppenorientierung als pädagogisches Konzept noch weit unterschätzt. Daher werden hier die Grundlagen nochmals diskutiert, ergänzt um die Praxis in institutionellen Kontexten und die Ergebnisse aktueller Evaluationsstudien. (ar)

GÜNTHER OPP, JANA TEICHMANN (HRSG.): *Positive Peer Kultur. Best Practices in Deutschland.* Klinkhardt Verlag, Bad Heilbrunn, 2008, ISBN 978-3-7815-1567-3, 16,90 Euro

Der medizinische Blick in die Zukunft

Gentests gehören heute zum medizinischen Alltag. Brisanz bekommen sie in der prädiktiven genetischen Diagnostik, die das Risiko gesunder Menschen für zukünftige Erkrankungen abklärt. Das vorliegende Buch fasst den derzeitigen Stand des Wissens über Möglichkeiten und Grenzen der prädiktiven Gentests, über deren psychische und soziale Konsequenzen und gesellschaftliche Implikationen systematisch zusammen. Es zeigt auf, wie diese neue Technologie einen anderen individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit Fortpflanzungswünschen, Verwandtschaftsbeziehungen und Krankheitsrisiken nach sich zieht. Es werden drei Dimensionen einer genetischen Verantwortung untersucht: die Reproduktionsverantwortung mit der Verhinderung der Weitergabe genetischer Risiken, die Informations-

verantwortung, wobei das Recht auf Privatsphäre der Pflicht zur Offenlegung genetischer Risiken gegenübergestellt wird, sowie die Eigenverantwortung mit der Pflicht zum Management genetischer Risiken. Entwicklungstrends und Szenarien für den Grad an gesellschaftlicher Akzeptanz von prädiktiven Gentests sowie mögliche Konsequenzen für das Solidarsystem beschließen dieses spannende Buch. (us)

REGINE KOLLEK, THOMAS LEMKE: *Der medizinische Blick in die Zukunft. Gesellschaftliche Implikationen prädiktiver Gentests.* Campus Verlag, Frankfurt, New York, 2008, 372 Seiten, ISBN 978-3-593-38776-5, 34,90 Euro

Gesundheitliche Ungleichheit

Der von Matthias Richter und Klaus Hurrelmann herausgegebene Band ›Gesundheitliche Ungleichheit‹ untersucht die Mechanismen und Prozesse, die dem sozialen Gradienten in der Gesundheit zugrunde liegen. Der Band bietet einen umfassenden Überblick über Theorien, Forschungsergebnisse und Implikationen für Politik und Praxis und führt in die aktuelle Diskussion soziologischer und gesundheitswissenschaftlicher Erklärungen gesundheitlicher Ungleichheit ein, stellt innovative empirische Ergebnisse vor, diskutiert methodische Herausforderungen und zeigt Möglichkeiten auf, den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit zu verringern. Dabei wird insbesondere die enge Verzahnung zwischen Gesundheits-, Sozial- und Gesellschaftspolitik aufgezeigt. Beim vorliegenden Werk handelt es sich um die zweite Auflage, die eine Fortschreibung empirischer Daten enthält und auch inhaltlich ergänzt wurde. (ar)

MATHIAS RICHTER, KLAUS HURRELMANN (HRSG.): *Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* 2. aktualisierte Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2009, 460 Seiten, ISBN 978-3-531-16084-9, 49,00 Euro

Armut in einem reichen Land

Am Beginn des Buches findet sich eine Auseinandersetzung mit dem Armutsbegriff, seiner Geschichte und mit kontroversen Debatten um die Anwendung des Begriffs auf die bundesdeutsche Wirklichkeit. Dabei liefert der Autor Argumente, um die gängige Kritik zu entkräften, und stellt unmissverständlich klar, dass Armut in erster Linie ein gesellschaftlich verursachtes Phänomen ist und somit keine ideologiefreie Definition existieren kann. Auch eine Auseinandersetzung mit empirischen und theoretischen Grundlagen der Armutsmessung findet sich. Gleichzeitig wird ein Bezug zur aktuellen Wirtschafts-, Arbeits- und Sozialpolitik hergestellt. Im weiteren Verlauf werden die Armutdebatten der letzten Jahre nachgezeichnet sowie Wege und Irrwege der Armutsbekämpfung aufgezeigt.

Das Werk bietet weniger Zahlen oder Datensätze zur Verbreitung von Armut, sondern eher eine differenzierte Analyse zu den gesellschaftlichen Entstehungsursachen von Armut und eine Fülle von Vorschlägen an die Politik zu ihrer Bekämpfung. (ar)

CHRISTOPH BUTTERWEGGE: *Armut in einem reichen Land. Wie das Problem verharmlost und verdrängt wird.* Campus Verlag, Wiesbaden, 2009, ISBN 978-3-593-38867-0, 24,90 Euro

Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere

Ein Thema, das selten im Zusammenhang mit einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung diskutiert wird, ist die gesundheitliche Situation von Personen ohne gültige Aufenthaltspapiere. Das vorliegende beschriebene Buch will hierzu einen Beitrag leisten, indem es die Tagungsbeiträge des in den 14. Kongress ›Armut und Gesundheit‹ eingebetteten Migrations-Symposiums der Charité-Frauenklinik und der Alice Salomon Hochschule zusammenfasst. Im ersten Teil des Tagungsbandes wird in vier Beiträgen auf die soziale,

Sara-Kristin Lüdemann

Sozialräumliche Methodik der Jugendarbeit

gesundheitliche und rechtliche Lage von Menschen ohne Papiere eingegangen. Da die Auseinandersetzung mit transnationaler Migration einen Blick über die Grenzen erfordert, beschreibt das Buch im zweiten Teil internationale Erfahrungen zu dieser Thematik. Abschließend werden verschiedene Praxisprojekte der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere dargestellt. Auch der ausführlich gestaltete Anhang richtet den Blick auf die Praxis. (mw)

THEDA BORDE, MATTHIAS DAVID, INGRID PAPIES-WINKLER (HRSG.): *Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2009, 248 Seiten, ISBN 978-3-940529-36-7, 26,90 Euro

Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf

Die Forschung zum Umgang mit chronischen Krankheiten ist im deutschsprachigen Raum sehr medizinorientiert und stark auf einzelne Krankheiten aus dem somatischen Spektrum ausgerichtet. Die Problemsicht und Situation der Betroffenen wird dahingegen nur wenig beachtet. Der Sammelband greift die Theoriediskussion zur Bewältigung chronischer Krankheiten, wie sie in den 1970er Jahren bereits geführt wurde, wieder auf und erörtert schon länger diskutierte sowie neue Theorieansätze. Anschließend verbindet das Buch anhand der Lebenslaufperspektive die verschiedenen Ansätze. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass chronische Krankheiten sich meist über mehrere Lebensphasen erstrecken und sich somit sehr unterschiedlich auf das Bewältigungsverhalten auswirken. (mw)

DORIS SCHAEFFER (HRSG.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Verlag Hans Huber, Bern, 2009, 372 Seiten, ISBN 978-3-456-84726-9, 39,95 Euro

Aus dem Theorie- und Praxiszusammenhang einer sozialräumlichen Jugendarbeit wird eine Methodik entwickelt, die räumliche Aneignungsprozesse von Jugendlichen empirisch aufschließt und so eine ‚Pädagogik des Jugendraums‘ als grundsätzliche Haltung strukturiert. Der erste Teil stellt den theoretischen Bezugsrahmen dar. Die Wechselwirkungen zwischen Jugend und Raum stellen den zentralen Aspekt dieses Abschnittes dar. Im zweiten Teil werden sozialräumliche Methoden vorgestellt wie zum Beispiel ›subjektive Landkarten‹, ›Cliquesraster‹ oder die ›strukturierte Stadtteilbegehung‹. So erfolgt die Partizipation der Jugendlichen und ihre Interpretationen erhalten Vorrang. Im dritten

Teil geht es um die Praxisforschung als sozialräumliche Konzeptentwicklung. Methoden der Praxisforschung sind analytische Zugänge und Möglichkeiten der pädagogischen Aktivierung.

Dieses Werk eignet sich vor allem für in der Jugendarbeit Tätige sowie für interaktives Lehren und Lernen in der Aus- und Weiterbildung der Jugendarbeit.

RICHARD KRISCH: *Sozialräumliche Methodik der Jugendarbeit, Aktivierende Zugänge und praxisleitende Verfahren*. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 208 Seiten, ISBN 978-3-7799-1321-4, 22,00 Euro

Herausforderung Alltag

Im Bereich der Jugendhilfe und Jugendsozialarbeit werden pädagogische Fachkräfte zunehmend mit psychischen Störungen bei Jugendlichen konfrontiert.

Mit dem Praxishandbuch ›Herausforderung Alltag‹ schafft Martin Baierl einen guten Überblick zum Thema ›Psychische Störung im Jugendalter‹. In dem Buch werden gut nachvollziehbar Informationen zur Diagnostik, zu Therapieverfahren und zu Medikationsmöglichkeiten gegeben. Ein Schwerpunkt liegt zudem bei den Interventionsmöglichkeiten von pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Sehr ausführlich werden im zweiten Teil des Buches häufig auftretende psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters beschrieben. Dabei wird auf Symptome, Entstehungsursachen, Interventionsmöglichkeiten und Therapieformen eingegangen. (mc)

MARTIN BAIERL: *Herausforderung Alltag – Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2009, 448 Seiten, ISBN 978-3-525-49134-8, 39,90 Euro

Gesundheit hat Bleiberecht

Soziokulturelle Faktoren beeinflussen die Gesundheit von Frauen, Männern und Kindern. Welche Faktoren im Speziellen die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten determinieren, wird im vorliegenden Sammelband in über 40 Aufsätzen herausgearbeitet. Ausgehend von der Betrachtung des Fremdseins, im Buch dargestellt durch einen emotionalen Aufsatz über drei demenziell veränderte Personen, werden die grundlegenden Prinzipien einer kultursensiblen Gesundheitsversorgung beschrieben. Die folgenden Aufsätze gehen auf die Bedarfe bestimmter Zielgruppen wie Migrantinnen im mittleren Lebensalter, Sexualarbeiterinnen, Kinder oder Papierlose ein. Damit einhergehend werden spezielle Angebote des Gesundheitssystems für Migrantinnen und Migranten, wie zum Beispiel das Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer vorgestellt. Eine Besonderheit des Buches, das aus Anlass des 10jährigen Bestehens der Caritas Marienambulanz in Graz herausgegeben wurde, ist der Wechsel zwischen sachlicher und persönlicher Sichtweise auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Zuwanderinnen und Zuwanderern. (mw)

EVA RÁSKY (HRSG.): *Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2009, 384 Seiten, ISBN 978-3-7089-0375-0, 24,90 Euro

Jana Mirtschin

Das Leben kann so leicht sein

Wer heute dem Idealbild der Gesellschaft entsprechen will, das da heißt schlank, jung, gesund und braungebrannt zu sein, ist bereit, etliche Strapazen auf sich zu nehmen. Man rennt durch den Wald, ernährt sich von Körnern und lässt seine Psyche therapieren. Das Streben nach Glück und Gesundheit ist zu einer Art Ersatzreligion geworden, die ein Großteil der deutschen Bevölkerung zelebriert. Der Autor stellt die Existenzberechtigung dieser Religion jedoch vehement in Frage und verweist darauf, dass Gesundheit zwar ein hohes Gut im Leben eines Menschen darstellt, jedoch nicht das Höchste, anders als oft von den Medien propagiert wird. Durch seine humorvolle Art, sich dem Thema zu nähern, verschafft der Autor den Lesenden einen völlig anderen und durchaus nicht alltäglichen Blick auf das Thema Gesundheit. Der Leitsatz dieses Buches ist eine sehr realistische Einstellung, was die Definition von Gesundheit betrifft: Gesund ist, wer mit seinen Einschränkungen glücklich leben kann.

MANFRED LÜTZ: *Das Leben kann so leicht sein - Lustvoll genießen statt zwanghaft gesund.* Carl Auer Systeme Verlag, Heidelberg, Reihe *Lebenslust*, 138 Seiten, ISBN 978-3-89670-605-8, 12,95 Euro

Sara-Kristin Lüdemann

Kinder und ihre Peers

Das Buch berichtet in interessanten Artikeln über die Ergebnisse des Projektes ›Peergroups und schulische Selektion‹, das seit 2005 am Zentrum für Schul- und Bildungsforschung an der Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg durchgeführt wird. In die qualitative Studie wurden Kinder der fünften Klasse eingeschlossen.

Dabei geht es unter anderem um die Bedeutung von schulischen und außerschulischen Peers, z. B. Freundeskreise, für die Schulleistungen und die schulischen Bildungsbiographien der Kinder.

Der erste Teil des Buches befasst sich mit den Forschungs- und Theoriebezug sowie der Methodik der

Studie, im zweiten Teil werden acht Fallportraits von Mädchen und Jungen vorgestellt. Dabei werden die unterschiedlichen Schulformen sowie die verschiedenen Freundschaftsgruppen der Kinder dargestellt und ein Bezug zwischen den Peergroups und den Bildungsbiographien hergestellt.

HEINZ-HERMANN KRÜGER, SINA-MAREEN KÖHLER, MAREN ZSCHACH, NICOLLE PFAFF: *Kinder und ihre Peers. Freundschaftsbeziehungen und schulische Bildungsbiographien.* Verlag Barbara Budrich, Opladen und Farmington Hills, 2008, 260 Seiten, ISBN 978-3-86649-114-4, 19,90 Euro

Sara-Kristin Lüdemann

Gewollte Unsicherheit

Bei diesem Werk handelt es sich um eine Dissertation, die dem Leitbild der Flexibilität in der Jugendhilfe nachgeht. Zunächst wird der Begriff Flexibilität als Kritikformel, als Innovationsformel und als Zauberformel beschrieben. Der zentrale Aspekt dieser Studie ist, darzustellen, wie vier Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter in Einrichtungen der Erziehungshilfen, die bereits das Leitbild der Flexibilität integriert haben, ihre alltägliche Handlungspraxis wahrnehmen, entwickeln, deuten und begründen sowie mit welchen Inhalten dieser konzeptionelle Anspruch gefüllt wird. Die Ergebnisse werden in diesem Werk als (Selbst-)Portraits dargestellt. Es geht nicht darum, Konzepte zu überprüfen, sondern um den Bedeutungs- und Sinnhorizont, in den das Leitbild der Flexibilität als ein gemeinsames organisationsbezogenes Wahrnehmungs- und Interpretationsmuster in den Einrichtungen gestellt wird. Anschließend erfolgt eine kritische Diskussion, da Flexibilisierung nicht nur positive Konsequenzen mit sich bringt, sondern auch Ambivalenzen aufweist.

NICOLE ROSENBAUER: *Gewollte Unsicherheit? Flexibilität und Entgrenzung in Einrichtungen der Jugendhilfe.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 272 Seiten, ISBN 978-3-7799-1789-2, 22,00 Euro

Angehörige im Visier der Pflegepolitik

Der Autor gibt einen historischen Überblick zur Entstehung der sozialen Pflegeversicherung, ihrer geschaffenen Grundzüge und Zielsetzungen. In zwei Kapiteln thematisiert er Eigenverantwortung und Gemeinsinn als Reformoptionen einer neuen Sozialstaatlichkeit und den Vorrang der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung. In der derzeitigen Diskussion über eine weitere Reform wird vorausgesetzt, dass diese nur (Teil-) Leistungen von Teilbedarfen abdeckt und wird nicht in Frage gestellt, dass Angehörige die eigentliche Kalkulationsbasis und damit auch das Kalkulationsrisiko der Pflegeversicherung darstellen. Der Autor entwickelt Optionen für eine Reform der Pflegeversicherung in der ihre Konzeption und subsidiäre Logik grundsätzlich neu verhandelt wird (bw).

MATTHIAS DAMMERT: *Angehörige im Visier der Pflegepolitik, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2009, 295 Seiten, ISBN 978-3-531-16658-2, 34,90 Euro*

Sara-Kristin Lüdemann

Grundsätze sozialer Gerechtigkeit

Soziale Gerechtigkeit für das politische Leben ist in der derzeitigen Demokratie von großer Bedeutung. Da philosophische Theorien der Gerechtigkeit die Vielfalt alltäglicher Gerechtigkeitsurteile nur selten zur Kenntnis nehmen, greift das Buch diesen Aspekt vertieft auf. Der Autor stützt seine Aussagen auf drei Grundsätze, die allen Vorstellungen von sozialer Gerechtigkeit zugrunde liegen. Dabei handelt es sich um den Bedarf, den Verdienst und die Gleichheit. Die jeweilige Bedeutung der Grundsätze kann allerdings variieren mit den unterschiedlichen Formen menschlicher Beziehungen. Betont wird die kontextuelle Natur der sozialen Gerechtigkeit.

DAVID MILLER: *Grundsätze sozialer Gerechtigkeit.* Campus Verlag, Frankfurt/New York, 2008, 382 Seiten, ISBN 978-3-593-38152-7, 34,90 Euro

Komplementäre Heilverfahren im Gesundheitswesen

In den letzten zwei Jahrzehnten ist in Deutschland neben dem Krankenkassen finanzierten System der Gesundheitsversorgung ein zweiter Gesundheitsmarkt entstanden, der von Naturheilverfahren über energetische Praktiken bis hin zu Phytopharmaka reicht. In ihrem Buch geben die Autoren, ein Gesundheitspsychologe und ein naturheilkundlich tätiger Arzt, einen Einblick in die breite Palette der verschiedenen Angebote. Neben der Beschreibung des Entstehungshintergrundes und der angewandten Methodik werden die Wirksamkeit der Behandlung kritisch betrachtet und Kontraindikationen benannt. (mw)

HANS WOLFGANG HOEFERT, BERNHARD UEHLEKE: *Komplementäre Heilverfahren im Gesundheitswesen – Analyse und Bewertung.* Hans Huber Verlag, Bern, 2009, 309 Seiten, ISBN 978-3-456-84700-9, 29,95 Euro

Gesundheit von Arbeitslosen fördern

Das Handbuch trifft in der aktuellen Wirtschafts- und Finanzkrise den dringenden Bedarf an einer Übersicht über das weite Feld anwendungsbezogener Konzepte und Methoden zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Es bietet einen Einblick in die arbeitsmarkt-integrative Gesundheitsförderung, psychosoziale Trainingsmaßnahmen und speziellere Themen wie Fallmanagement in der Beschäftigtenförderung mit Gesundheitsbezug, gemeinwesen-bezogene Interventionsansätze oder auch Ansätze in Betrieben und arbeitsmarktnahen Settings. Die Zusammenstellung zeugt von einer detaillierten Kenntnis des Handlungsfeldes. Ein guter Aufbau des Werks mit Zusammenfassung der einzelnen Artikel, ausführlichen Literaturverzeichnissen und Stichwortverzeichnis erleichtert die Orientierung. (ar)

ALFONS HOLLEDERER (HRSG.): *Gesundheit von Arbeitslosen fördern. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis.* Fachhochschulverlag, Frankfurt a./M., 2009, 447 Seiten, 978-3-940087-19-5, 28,00 Euro

Die Bedeutung der Resilienzforschung für die Beziehungsgestaltung in der stationären Jugendhilfe

Es handelt sich bei dieser Veröffentlichung um eine Diplomarbeit, in der eine Antwort auf die Frage gesucht wird, wie Erziehung in der stationären Jugendhilfe Kinder angesichts der Risiken in den modernen Lebenswelten stärken kann. Dazu wird auf die Resilienzforschung und die Bindungstheorie zurückgegriffen, wobei geprüft werden soll, wieweit ihre Konzepte in diesem Rahmen umsetzbar sind. Der Autor greift anschließend ein Konzept der Beziehungsgestaltung aus der Heilpädagogik auf und stellt wesentliche Aspekte wie Basisvariablen oder auch Phasen der Beziehungsgestaltung dar. (ar)

KLAUS-DIETER STEEB: *Die Bedeutung der Resilienzforschung für die Beziehungsgestaltung in der stationären Jugendhilfe.* Grin Verlag, Norderstedt, 2005, 65 Seiten, ISBN 978-3-638-71968-1, 54,90 Euro

Heterogenität in der Grundschule

Die Herausgeberinnen haben ein fachlich und sprachlich sehr anspruchsvolles Buch vorgelegt. Im ersten Teil geht es um ein Verständnis für heterogene Lebens- und Lernlagen und ihre Erklärungsmuster. Hierzu werden Argumentationslinien von Gleichheit und Unterschieden sowie die Eingliederung und -ordnung dieser in den pädagogischen Alltag analysiert. Im zweiten Teil werden unterschiedliche, schulrelevante Perspektiven von Heterogenität wie z. B. Multikulturalität, Geschlechterdifferenzen oder Sprachkompetenz näher beleuchtet. Der dritte Teil beschäftigt sich mit der praktischen Umsetzung von Unterrichts- und Organisationsformen in Bezug auf Heterogenität im Schulalltag. Abschließend werden ausgewählte Beispiele guter Praxis gegeben. Die

Beiträge der hochrangigen Autorinnen und Autoren zeigen die Vielschichtigkeit der aktuellen Diskussion zum Thema sehr deutlich und appellieren an Pädagoginnen und Pädagogen, Heterogenität als eine herausfordernde Chance für den Primarbereich zu sehen. (st)

RENATE HINZ, RENATE WALTHES (HRSG.): *Heterogenität in der Grundschule – den pädagogischen Alltag erfolgreich bewältigen.* Beltz Verlag, Weinheim & Basel, 2009, 244 Seiten, ISBN 978-3-407-25509-9, 16,95 Euro

Das deutsche Gesundheitssystem verstehen

Wie funktioniert das deutsche Gesundheitssystem, wie ist es historisch entstanden und heute konkret aufgebaut? Auf diese Fragen will das vorliegende Werk Antworten geben. Angesichts der schnellen Veränderung des Systems stellt das Buch eine Momentaufnahme dar, die einen Überblick über die Struktur, die Akteure und den Ordnungsrahmen gibt. Wandlungsprozesse hin zu einem sich entwickelnden Gesundheitsmarkt werden aufgezeigt. Der Fachjournalist und strategische Berater im Gesundheitswesen hat mit diesem gut lesbaren Buch eine Informationsgrundlage, ein Nachschlagewerk und eine Vertiefungslektüre für im Gesundheitswesen Tätige vorgelegt. Auch für die Ausbildung der verschiedenen Gesundheitsberufe kann das Buch hilfreich sein. (us)

UWE K. PRUESKER: *Das deutsche Gesundheitssystem verstehen. Strukturen und Funktionen im Wandel.* Economica Verlag, Heidelberg, 2008, 348 Seiten, ISBN 978-3-87081-456-4, 58,00 Euro

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

2. Niedersächsischer Aktionstag für seelische Gesundheit mit Fachtagung: ›Verrückt nach Arbeit? – Wechselwirkungen von Arbeit und seelischer Gesundheit‹

08.–09. Oktober 2009, Winsen/Luhe

Psychische Erkrankungen sind in unserer Gesellschaft auf dem Vormarsch. In der Erwerbsbevölkerung nehmen die Belastungen am Arbeitsplatz zu, aber auch Armut und Arbeitslosigkeit bedrohen die seelische Gesundheit.

Wer psychisch erkrankt ist, fällt leicht aus dem Erwerbsleben heraus und hat es schwer, dort wieder einen Platz zu finden. Oft fehlen für psychisch kranke Menschen die passenden Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Der Landkreis Harburg ist Veranstaltungsort des 2. Niedersächsischen Aktionstages für seelische Gesundheit. Bei der Auftaktveranstaltung am 8. Oktober in der Stadthalle Winsen/Luhe referiert der bekannte Psychologe und Buchautor Wolfgang Bergmann über seelische Gesundheit im Kindesalter. Parallel zur Fachtagung geben am 9. Oktober psychosoziale Dienste und Initiativen auf einem Markt der Möglichkeiten Einblick in ihre Arbeit.

Modernes Wundmanagement – Qualitätssteigerung als interdisziplinäre Herausforderung

21. Oktober 2009, Hannover

Chronische Wunden stellen insbesondere im außerklinischen Bereich eine große Herausforderung dar. Sie werden traditionell von mehreren Disziplinen betreut. Erste Anlaufstelle ist oft der Hausarzt, gefolgt von vielen Fachdisziplinen, die über einen ganz spezifischen und sehr individuellen Erfahrungsschatz in der Wundbehandlung verfügen. Mangels verbindlicher guidelines sind nur selten Standardisierungen und Koordination der Versorgungsprozesse chronischer Wunden möglich.

In der Fachtagung werden überregional anerkannte Fachleute aus Medizin und Pflege über die aktuelle Situation der Wundversorgung referieren, von ihren Netzwerkerfahrungen berichten und praktische Behandlungshinweise geben.

›Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Bietet der 13. Kinder- und Jugendbericht neue Orientierung?‹

28. Oktober 2009, Hannover

Wie können gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung im Kindheits-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter als gemeinsame Aufgabe von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem, Behindertenhilfe künftig aussehen? Wie kann die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Zusammenspiel mit anderen Akteuren altersgerecht gefördert und gesundheitliche Belastungen vermieden werden? Wie können gesundheitsbezogene Folgen sozioökonomischer und -kultureller Benachteiligung berücksichtigt werden, wie mit Angeboten entgegensteuert werden?

Die Kommission für den 13. Kinder- und Jugendbericht hat diese Fragen in den Mittelpunkt des Berichts gestellt und Empfehlungen und Leitlinien ausgesprochen. Dabei hat sie auch den Anspruch formuliert, alle Kinder und Jugendlichen in ihrer individuellen Entwicklung zu fördern. Die Veranstaltung widmet sich diesem Thema. Zu Wort kommen sowohl Mitglieder der Kommission wie auch Stimmen aus Wissenschaft und Praxis.

Demenziell erkrankte Patientinnen und Patienten – zukünftige Versorgung im Krankenhaus

02. November 2009, Hannover

Die Versorgung von Menschen mit Demenz stellt eine besondere Herausforderung für Krankenhäuser dar. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Zahl von Menschen mit Demenz wurden bereits verschiedene Modelle zur Versorgung und zum Umgang mit dieser Patientengruppe entwickelt und erprobt. Im Rahmen der Fachtagung werden in Vorträgen und Workshops der aktuelle Forschungsstand und neue Arbeitsansätze vorgestellt.

Von besonderer Bedeutung ist eine intersektorale und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Diese Veranstaltung richtet sich deshalb an Entscheidungsträger sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern, Beratungsstellen, ambulanten und stationären Anbietern, Alzheimergesellschaften und Krankenkassen.

Gesundheitsrisiko Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit in Zeiten wirtschaftlicher Krisen

06. November, Oldenburg

Obwohl seit langem belegt ist, dass Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben, sind erfolgreiche gesundheitsfördernde Interventionsansätze für arbeitslose Frauen und Männer ebenso rar wie Konzepte zur gesundheitsbezogenen Beschäftigungsförderung im Betrieb. Durch die Fachtagung soll der Austausch über diese Themen intensiviert werden und es sollen Erfolg versprechende Konzepte und Gegenstrategien vorgestellt werden.

Die Veranstaltung ist die fünfte Tagung in der gemeinsamen Veranstaltungsreihe ›Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Theorie für Praxis‹. Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. und der Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit (Weiterbildungsmaster Public Health) der zum 1.09.09 getrennten Fachhochschule Oldenburg, Ostfriesland, Wilhelmshaven sind Veranstalter. Sie zielt auf die Vernetzung der Akteure aus den Einrichtungen des Arbeitslosenhilfe-, Sozial-, Bildungs- und Gesundheitssektors in der Region Weser-Ems mit Wissenschaft und Politik.

Süchte und Suchtmittelkonsum bei Studierenden – eine Herausforderung für gesundheitsfördernde Hochschulen

12. November 2009, Braunschweig

Jeder dritte Student trinkt zuviel Alkohol, stellte eine Studie des Zentralinstitutes für seelische Gesundheit Mannheim 2008 fest. 50 % der Studierenden rauchen und 28 % nehmen illegale Drogen, fand 2000 eine Studie der Fachhochschule Frankfurt am Main. Auf dieser Tagung des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse und der TU Braunschweig werden neue Zahlen und neue Trends wie das Gehirndoping vorgestellt. Wie gehen gesundheitsfördernde Hochschulen mit Süchten der Studierenden um und was kann präventiv getan werden?

Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen

13. November, Braunschweig

Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen lädt zu seiner nächsten AK-Sitzung ein.

10. SOPHIA Fachtagung

13. November 2009, Lüneburg

Die 10. SOPHIA-Fachtagung widmet sich im Rahmen von vier Expertenvorträgen den verschiedenen Aspekten kindlichen Lernens. Interessant in diesem Zusammenhang sind einerseits neuere Aspekte aus der Neurobiologie zu allgemeinen Lernstrategien und andererseits die Entwicklung von Sprache unter besonderer Beachtung mehrsprachiger familiärer Umgebung. In einem dritten Themenkomplex wird die Beeinträchtigung der Aufnahmefähigkeit von Kindern durch externe Störgrößen am Beispiel von Lärm angesprochen.

Kinder in Bewegung und ICH? – Bewegung und Entspannung für Erzieherinnen und Erzieher

26. November 2009, Hannover

Die Veranstaltung ist ein Workshop des Netzwerks Kita und Gesundheit Niedersachsen. Sie stellt die Förderung von Bewegung und Entspannung für Erzieherinnen und Erzieher in den Mittelpunkt und vermittelt praxisbezogene, im Arbeitsalltag gut zu integrierende Übungen. Sie richtet sich an Mitglieder des Netzwerks Kita und Gesundheit sowie an Interessierte.

Nicht immer das Falsche fordern – Gesundheits- und Bildungschancen von Jungen fördern

8. Dezember 2009, Hannover

Jungen werden häufig als das problematischere, weil auffälligeres Geschlecht charakterisiert. Sie versagen häufiger als gleichaltrige Mädchen innerhalb des Bildungssystems und verhalten sich häufiger riskant, was bestimmte Gesundheitsrisiken betrifft. Sie erhalten in jüngeren Jahren mehr Medikamente als Mädchen, was u. a. auch auf die Standardtherapien bei ADHS zurückzuführen ist, eine Krankheit, die vier mal häufiger bei Jungen diagnostiziert wird, als bei Mädchen. Im Rahmen der Fachtagung sollen die Gesundheits- und Bildungssituation von Jungen analysiert und geschlechtsspezifische Fördermöglichkeiten aufgezeigt werden.

Vorschau

Fachtagung: Früh übt sich ..., Kita und Gesundheit

25.02.2010, Hannover

Niedersachsen

Tagung, Schule – der Zukunft voraus, 16.–17.10.2009, Lüneburg, Kontakt: Leuphana Universität Lüneburg, Ragna Gustafsen-Witte, Scharnhorststr. 1, 21335 Lüneburg, Tel.: (0 41 31) 677 25 13, E-Mail: Gustafsen-Witte@uni.leuphana.de

Eskalierte Elternkonflikte – Kindeswohl und Kindeswille als Maßstab und Wegweiser bei hochstrittigen Elternkonflikten, 28.10.2008, Hannover, Kontakt: Kinderschutz-Zentrum in Hannover, Schwarzer Bär 8, 30449 Hannover, Tel.: (05 11) 3 74 34 78, Fax: (05 11) 3 74 34 80, E-Mail: info@ksz-hannover.de

Wie kann ich wissen, was du willst = Praktische, ethische und rechtliche Fragen der Pflege dementer Menschen, 30.–31.10.2009, Loccum, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik an der evangelischen Akademie Loccum, Knochenhauerstraße 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 12 41-4 96, E-Mail: zfg@evlka.de

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

Tagung, Zigarette als Einstiegsdroge? Haschisch als Alltagsdroge? Wasserpfeife als Kultdroge? 05.11.2009, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

Jahrestagung, Ein sicherer Hafen, Beiträge zum Kinderschutz und zur gelingenden Erziehung, 05.–06.11.2009, Cuxhaven, Kontakt: Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche im Landkreis Cuxhaven, Borriessstraße 48, 27570 Bremerhaven, Tel.: (04 71) 2 04 58, Fax: (04 71) 2 04 59, E-Mail: beratungsstelle@landkreis-cuxhaven.de

Tagung, Kinderschutz in der Kindertagesstätte, Früh erkennen – besonnen handeln, 10.11.2009, Hannover, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

Kongress, Wertschätzung schafft Bildung, 20.21.11.2009, Göttingen, Kontakt: Institut für berufliche Bildung und Weiterbildung e.V., Weender Landstr. 6, 37073 Göttingen, Tel.: (05 51) 5 48 22 10, Fax: (05 51) 5 48 22 22, E-Mail: X.Kongress@ibbw.de

Tagung, Computer gestützt altern, Assistenzsysteme im Dienst älterer und kranker Menschen, 08.–09.12.2009, Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Monika Müller, Münchehäger Straße 6, 31547 Loccum, Tel.: (0 57 66) 8 11 08, E-Mail: monika.mueller@evlka.de

Bundesweit

Tagung, Auswirkungen des Klimawandels auf die öffentliche Gesundheit, 15.10.2009, Düsseldorf, Kontakt: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Veranstaltungsbüro, Kanzlerstr. 4, 40472 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 310 96 21, Fax: (02 11) 31 09 6-34, E-Mail: veranstaltungsbuero@akademie-ogew.de

Tagung, Für die Jüngsten das Beste, Gute Qualität in Krippe und Kindertagespflege, 16.–17.10.2009, Berlin, Kontakt: Deutsche Liga für das Kind, Charlottenstraße 65, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 28 59 99 70, Fax: (0 30) 28 59 99 71, E-Mail: post@liga-kind.de

Abschlussstagung, Geschlechterrollen und psychische Belastungen, 28.10.2009, Berlin, Kontakt: Sujet GbR Organisationsberatung, Sternstr. 39, 20357 Hamburg, Tel.: (0 40) 43 09 71 07, E-Mail: info@sujet.org

Kongress Soziale Arbeit im Gesundheitswesen 2009, 29.–30.10.2009, Münster/ Westfalen, Kontakt: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V., Kaiserstr. 42, 55116 Mainz, Tel.: (0 61 31) 22 24 22, Fax: (0 61 31) 22 24 58, E-Mail: info@dvsog.org

Jahrestagung, Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit, 31.10.–01.11.2009, Kassel, Kontakt: Arbeitskreis Frauengesundheit AKF e.V., Sigmaringer Straße 1, 10713 Berlin, Tel.: (0 30) 86 39 33 16, Fax: (0 30) 86 39 34 73, E-Mail: buero@akf-info.de

Tagung, Gemeinsam vorbeugen, interdisziplinär behandeln, 05.–07.11.2009, Berlin, Kontakt: Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V., Waldklausenweg 20, 81377 München, Tel.: (0 89) 71 04 83 58, Fax: (0 89) 71 04 94 64, E-Mail: mail@adipositas-gesellschaft.de, www.ddg-dag.de

Für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010, Qualitätskriterien bei der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen, 06.11.2009, Essen, Kontakt: Initiative für ein kindergerechtes Deutschland, Lindenstraße 20, 50674 Köln, Tel.: (0 20 21) 160 82 13, Fax: (0 20 21) 160 82-24, E-Mail: service@kindergerechtes-deutschland.de

Fachtagung, Leben und Sterben, Sterbebegleitung im Krankenhaus, 11.11.2009, Kassel, Kontakt: Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheits-erziehung e.V. (HAGE), Heinrich-Heine-Straße 44, 35039 Marburg, Tel.: (0 64 21) 60 07 43, E-Mail: kasa@hage.de

Dresdner Gespräch, Gesundheit und Arbeit 2009 ›Interkulturelle Teams gesund führen, 16.–17.11.2009, Dresden, Kontakt: BGAG-Institut Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Königsbrücker Landstraße 2, 01109 Dresden, Tel.: (03 51) 457-17 77, Fax: (03 51) 457-20 17 77, E-Mail: dresdner-gespraech@dguv.de

Konferenz, Vernachlässigte Hoffnungsträger – Kinder und Jugendliche zwischen Markt, Medien und Milieu, 16.–18.11.2009, Potsdam, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Westwall 4, 59065 Hamm, Tel.: (0 23 81) 90 15-0, Fax: (0 23 81) 90 15 30, E-Mail: kaldewei@dhs.de

Abschlussfachtagung, Gesundheit beginnt in der Familie, 20.11.2009, München, Kontakt: DJI München, Deutsches Jugendinstitut e.V., Kerstin Oldemeier, Nockherstraße 2, 81541 München, Tel.: (0 89) 62 30 6-0, E-Mail: oldemeier@dji.de

Kongress, Mehrwert Personal Erfahrung Vielfalt Kompetenz, Demographieorientiertes Human-Ressource-Management für den Unternehmenserfolg, 23.–24.11.2009, Stuttgart, Kontakt: BWGV – Baden-Württembergischer Genossenschaftsverband e.V., Wilfried Sigloch, Steckfeldstraße 2, 70599 Stuttgart, Tel.: (07 11) 45 81-32 00, E-Mail: wilfried.sigloch@bwgv-akademie.de

3. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, 26.–27.11.2009, Berlin, Kontakt: Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, Französische Straße 23, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 700 11 76-20, E-Mail: kongress@qualitaetskongress-gesundheit.de

Kongress, Motivation zur Gesundheitsförderung, 27.–28.11.2009, Düsseldorf, Kontakt: A-HAB Akademie GmbH, Landsberger Allee 203, 13055 Berlin, Tel.: (0 30) 986 01 99 70, E-Mail: kongress@ahab-akademie.de

3. Nationaler Präventionskongress, 27.–28.11.2009, Dresden, Kontakt: Forschungsverbund Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt e.V., Fiedlerstraße 33, 01307 Dresden, Tel.: (03 51) 4 58-44 90, E-Mail: Public.Health@mailbox.tu-dresden.de

15. Kongress Armut und Gesundheit, ›Gesundheit für alle – Ethik im Spannungsfeld, 04.-05.12.2009, Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 44 31 90 60, E-Mail: kongress@gesundheitberlin.de

Tagung, Wettbewerbsvorteil Gesundheit 2009, Betriebliches Gesundheitsmanagement in Zeiten der Krise – Kür oder Pflicht?, 08.–09.12.2009, Köln, Kontakt: Team Gesundheit, Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, Max-Fiedler-Str. 6, 45128 Essen, Tel.: (02 01) 5 65 96 11, E-Mail: waschke@teamgesundheit.de

International

Jahrestagung, Kind und Recht, 16.–17.10.2009, Salzburg, Kontakt: Sekretariat der Kinder- und Jugendpsychiatrie Salzburg, Astrid Meindl, IgnazHarrer-Str. 79, A-5020 Salzburg, Tel.: (06 62) 44 83-45 11, E-Mail: a.meindl@salk.at

Kongress, Essstörungen 2009, 22.–24.10.2009, Alpbach, Kontakt: Netzwerk Essstörungen, Tempelstr. 22, A-6020 Innsbruck, Österreich, Tel.: +43-512-57 60 26, E-Mail: info@netzwerk-essstoerungen.at

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