

Landesvereinigung für
Gesundheit
Niedersachsen e.V.

Gesundheits- förderung im Nahbereich: Familien, Kindergarten und Quartier

Editorial

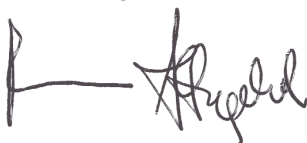
Gesundheitsförderung ist eine Strategie, die nur erfolgreich sein kann, wenn sie an der Lebenswirklichkeit der Menschen ansetzt und gesundheitsförderliche Veränderungspotenziale dort heraus arbeitet. Natürlich wird die Lebenswirklichkeit eines jeden Menschen nicht nur durch seinen sozialen Nahraum sondern auch durch die gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen mitbestimmt. In Wohnungen, Familien, Kindertagesstätten oder Stadtteilen finden wichtige Weichenstellungen statt.

In diesem Newsletter haben wir versucht, verschiedene Ansatzpunkte und Strategien der kleinräumigen Gesundheitsförderung, der Gesundheitsförderung im Nahbereich, zusammenzuführen. Der Bogen wird dabei gespannt von der Gesundheitsförderung in der Familie bis hin zu Gesundheitsförderung in benachteiligten Wohngebieten. Neben der Familie als Setting wird vor allem der Stadtteil und die Kindertagesstätte als besonderer Settingbereich behandelt. Auch Gewalt im Nahbereich bzw. Strategien der Gewaltprävention wird ein Fokus dieser Ausgabe gewidmet. Angesichts der immensen Bedeutung von Gesundheitsförderung im Nahbereich wäre zu wünschen, dass die Finanzierung den Handlungsbedarfen folgt und die Settings Familie, Kindergarten und Quartier einen ähnlichen Stellenwert erhalten wie das Setting gesundheitsfördernder Betrieb ihn längst einnimmt.

In diesem Jahr beginnen wir eine neue Schwerpunktrubrik im Themenbereich Rio +10. Hier werden Aktivitäten und Anknüpfungspunkte zum Gesundheitsbereich im Rahmen der UN-Konferenz von Rio bei allen vier Ausgaben des Jahres vorgestellt werden. Außerdem informieren wir über aktuelle Tagungen, Veröffentlichungen, Initiativen und Aktivitäten in der Gesundheitsförderung sowie über Veranstaltungen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten: Zugangswege in der Prävention – Gesetzliche Vorgaben und die Erreichbarkeit von Zielgruppen (Redaktionsschluss: 10.05.2002) und Wa(h)re Gesundheit – Das Verhalten von VerbraucherInnen im Gesundheitswesen?(Redaktionsschluss:9.8.2002). Sie sind wieder herzlich eingeladen, sich an den folgenden Ausgaben mit Artikeln, Anregungen, Diskussionsbeiträgen, Projektvorstellungen, Tagungsberichten, Veröffentlichungen und anderen Beiträgen zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen

Thomas Altgeld und Team



Inhalt

- Gesundheitsförderung im benachteiligten Wohngebiet ... Seite 2
- Essen und Trinken – Kompetenzerwerb für Jugendliche ... Seite 3
- Setting Kindergarten gesundheitsförderlich gestalten ... Seite 4
- Pflegende Angehörige und häusliche Pflege – neue alte Themen der Öffentlichen Gesundheit ... Seite 5
- Familie – ein bislang vernachlässigtes Setting für Gesundheitsförderung ... Seite 6
- Familien im Wandel ... Seite 7
- Wers schlägt, muss gehen! ... Seite 8
- Unfälle im Kindesalter vermeiden ... Seite 9
- Gewalt als Gesundheitsproblem – ein Bericht aus der täglichen Praxis ... Seite 10
- Gesundheitsförderung von (armen) Kindern Seite 11
- Gesundheitsförderndes Setting ›Kindergarten‹ und Lärm ... Seite 12
- Thüringer Modellprojekt ›Gesunde Kindertagesstätte ...‹ ... Seite 12
- Gesucht: PatientInnenunterstützung in Niedersachsen ... Seite 13
- Armut und Gewalt Seite 14
- PatientInnenrechte und Bürgerbeteiligung ... Seite 14
- Bürgergesellschaft und Sozialstaat ... Seite 15
- Servicepoint ›Gesundheitsförderndes Krankenhaus‹ Seite 15
- Pflege-Netzwerke Seite 16
- Kongress ›Zukunft Ernährung‹ Seite 16
- Rio plus 10 Seite 17
- Ernährung als Qualitätsmerkmal Seite 18
- Netze spinnen, Kreise ziehen Seite 19

Projekte zur Gesundheitsförderung in einem benachteiligten Wohngebiet sind auf der Ebene erprobender Umsetzung nach wie vor selten anzutreffen, obwohl die WHO in verschiedenen Resolutionen und Deklarationen unermüdlich auf eine solche Notwendigkeit verwiesen hat, nicht zuletzt auch in der Leitidee einer ›Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000‹.

Aus der Public-Health-Forschung ist bekannt, dass Wohnverhältnisse für Gesundheit und andere Sozialmerkmale wichtige Prädiktoren sind. »Defizitäre Wohnbedingungen sind u.a. korreliert mit hohen Indizien von infektiösen und Atemwegserkrankungen, mit einer überdurchschnittlichen Säuglings-, Kinder- und Gesamtmortalität, mit erhöhten Raten für suizidale und psychiatrische Einweisungen, mit vermehrtem Stress und Depression« (K. Blum 1994, S.299). Gesundheitliche Risiken stehen im Zusammenhang mit Lärm, Schadstoffbelastungen, Feuchtigkeit, hygienischen Mängeln. So konnte im Modellversuch ›Weiterbildungsnetzwerk Eurosozial‹ (Laufzeit 1995–1998) der Bund-Länder Kommission im Baustein ›Gesundheitsförderung in benachteiligten Wohngebieten‹ empirisch ermittelt werden, dass beengte, gleichzeitig aufgrund baulicher Mängel und aufgrund einer isolierten Wohnlage minderwertige Wohnverhältnisse mannigfache Folgeprobleme schaffen:

- Kinder leiden an Rheuma, Allergien und Atemwegserkrankungen, die sich chronifizieren,
- Ruhe und Konzentration oder einfach nur ausgelassenes Spielen sind nur schwer möglich,
- Straßenlärm und Schienenverkehr sind hoch und so für die Kinder bedrohlich,
- gleichzeitig ist das benachteiligte Wohngebiet vom öffentlichen Nahverkehr, wie von kostengünstigen Einkaufsmöglichkeiten abgeschnitten,
- Konflikte zwischen den Generationen, den unterschiedlichen Ethnien sind an der Tagesordnung,
- Gefühle der Ohnmacht gegenüber Behörden aufgrund verbaler Mängelbeschwerden fördern aggressive Impulse und Streit nach innen,
- das Verhältnis zu den Ämtern, vor allem auch Gesundheitsamt, wird als schlecht angesehen.

Kurzum: Ein so sich abzeichnendes Syndrombündel schafft den Boden, auf dem gesundheitliche Beeinträchtigungen gedeihen. BewohnerInnen in benachteiligten Wohnquartieren ist bewusst, dass die Gesellschaft das Handlungsfeld darstellt, in dem durch soziales und politisches Handeln Lebensverhältnisse positiv beeinflusst werden und über gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu einem besseren Wohlbefinden zu gelangen ist.

Gesundheitsförderliche Interventionen

Zwar bedingen äußere Umstände Erkrankungen, für erfolgreiche Interventionen reicht ihre Verbesserung keinesfalls. Dies wird in sozial-epidemiologisch fundierten Arbeiten immer wieder registriert, indem der Ruf nach einer allgemein zugänglichen Datenbank laut wird, die Auskunft über models of good practice gibt. Ein Blick über den disziplinären Tellerrand könnte auch bereits hilfreich sein. In der Sozialen Arbeit gibt es vielfältige Projekte, etwa im Kontext von Gemeinwesenökonomie, Gemeinwesenarbeit, Stadtteilentwicklung etc. Es ist in der Sozialen Arbeit allseitig bekannt, dass die Wirksamkeit gesundheitsförderlicher Initiativen im wesentlichen davon abhängt, wie die AdressatInnen beteiligt sind. Dies wird in anderen Kontexten vielfach übersehen. So richten sich politische Empfehlungen auf relativ allgemein definierte Zielgruppen, obwohl diese in sich sehr heterogen sind. An dieser Stelle könnte Sozialer Arbeit in

praxis eine intermediär angelegte Aufgabe zufallen. Sie kann dafür Sorge tragen, dass vorhandene Organisationen alle Zielgruppen bzw. -personen in den Blick nehmen. Die Soziale Arbeit bildet aber auch ein Korrektiv zu solchen Organisationen, die dazu neigen, sich zu verinseln. Bei lebensweltextern operierenden sozialen Systemen besteht die Gefahr einer Verdinglichung lebensweltlicher Ressourcen in Gestalt eines verstärkten Zwanges durch institutionelle Eigenlogiken. So hat Soziale Arbeit dort zu kritisieren, wo Dienstleistungen selbst zur Ungleichheit beitragen, nicht selten, indem schlichtweg aufgrund einer Absolutsetzung eigener Arbeitsstandards der Eigensinn der Betroffenen nicht in der Mitte steht. Sozialer Arbeit kommt die Aufgabe einer Hüterin sozialer Gerechtigkeit zu, nicht im ethisch-moralischen Sinne, sondern indem sie die Integration in die Dienstleistung sicherstellt. Eine solche Sorge um soziale Gerechtigkeit ist stets konkret.

Ausdruck findet sie in einer Sozialen Arbeit, die den Blick über die Lebenslagen hinaus auf die Lebensstile ihrer AdressatInnen und damit auf subjektive und biografische Dimensionen lenkt. Sie sind in gesundheitswissenschaftlichen Reflexionen bislang fast gänzlich ausgeblendet, indem sie ihren Blick beinahe ausschließlich auf sozialstrukturelle Gegebenheiten richten. Mit dem Blick auf die (Alltags-)Kultur ist das Spontane, Kontingente und Unstete thematisierbar.

Der Lebensstil ist nicht als absoluter Zustand fassbar, sondern er gibt den Grad produktiver Aneignung von (Um-)Welt wieder, den es im sozialpädagogischen Handeln aufzusuchen gilt. Menschen in benachteiligten Wohngebieten bleiben in der Phase des Aneignungsaktes stecken, indem ihnen die objektiven Möglichkeiten, an den gesellschaftlichen Angeboten zu partizipieren, weitgehend verschlossen sind. Durch Angebote sollen ihnen Erfahrungen wie anderen Menschen auch ermöglicht werden. Voraussetzung ist ein lebensstilverstehender Zugang, der Aneignungs- und Verarbeitungsprozesse beobachtet und auf ihr Gelingen hin reflektiert. Durch die Bereitstellung von Räumen z.B. als Ressourcen für neue Erfahrungen oder durch die Bereitstellung von Ressourcen zur Sanierung von Wohnungen, aktiviert die Soziale Arbeit die Bildung von Subjektivität.

Dem liegen folgende Annahmen zugrunde, die in gesundheitsförderlichen Aktivitäten konstitutiv sind:

- BürgerInnen benachteiligter Wohngebiete weisen qualifizierte Ressourcen und Bewältigungseigenschaften zur Wiederherstellung und Erhaltung ihrer Gesundheit auf, die erkannt und gefördert werden müssen.
- Zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit ist es erforderlich, den BewohnerInnen eine Wahrnehmungs- und Erfahrungsebene zu vermitteln, die es ihnen ermöglicht, ihre Lebenszusammenhänge in der Verflechtung zu ihrem Wohnquartier und den darin gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen wahrzunehmen. Dabei sind konkrete Bedürfnisse und Handlungspotentiale der Menschen in den unterschiedlichen Lebenssituationen zu berücksichtigen.
- Es ist nötig, einen interaktiven Prozess herzustellen, der einen Transfer von sozialem Erfahrungswissen und Problembewusstsein zwischen ExpertInnen sowie BewohnerInnen ermöglicht.
- Offenheit für einen gemeinsamen Erfahrungs- und Lernzusammenhang ist erforderlich, der eine interdisziplinäre Reflexion erfahrungsspezifischer Erkenntnisse ermöglicht und neue Kommunikationsstrukturen zwischen allen beteiligten AkteurInnen fördert.

Literatur beim Verfasser: Prof. Dr. Hans Günther Homfeldt, Universität Trier, Fachbereich I, Abt. Sozialpädagogik I, 54286 Trier, E-Mail: homfeldt@uni-trier.de

Gesundheitsförderung im Nahbereich ist das Schwerpunktthema dieses Heftes. Was kann das nun für sozial benachteiligte Jugendliche bedeuten? Zielgruppenspezifische Angebote für diese Gruppe sollten dort ansetzen, wo sich die Zielgruppe aufhält. Dieser Ort könnte die Schule sein, könnte aber auch eine Jugendeinrichtung, z.B. der offenen Jugendarbeit sein, die von den Jugendlichen in ihrer Freizeit aufgesucht wird. Im Folgenden wollen wir aus der Arbeit eines Modellvorhabens berichten, das diesen räumlichen Ansatz wählt, um männliche sozial benachteiligte Jugendliche zu erreichen.

Sozial benachteiligte Jugendliche, besonders, wenn sie männlich sind, ernähren sich deutlich schlechter als nicht benachteiligte Jugendliche. Das Modellvorhaben »Gesunde Ernährung für Jugendliche« setzt mit den Interventionen dort an, wo sich Jugendliche aufhalten: in Einrichtungen der offenen Jugendarbeit, z.B. in Jugendzentren. Dieser Ansatz hat sich bei anderen Interventionen bereits bewährt. Die Jugendeinrichtungen als Interventionsorte wurden so ausgewählt, dass sie möglichst unterschiedlich sind hinsichtlich Standort, Teilzielgruppe, Struktur und Trägerschaft der Einrichtung.

An fünf norddeutschen Standorten wird seit Dezember 2000 versucht, Jugendliche mit niedrigschwelligen Angeboten zur Ernährung, in erster Linie mit dem Angebot, gemeinsam zu kochen und zu essen, zu erreichen. Der Ansatz knüpft also nicht am Ernährungsbewusstsein, sondern schlicht am Hunger und an der Lust an der gemeinschaftlichen Aktion an. Die Anleitung erfolgt nicht über »Ernährungsfachkräfte«, sondern über die in Jugendzentren arbeitenden SozialarbeiterInnen oder ErzieherInnen, also pädagogische Fachkräfte.

Ernährungsfachwissen können diese sich bei kooperierenden Fachfrauen der Verbraucherzentralen, der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Sektion Niedersachsen) und der HAG (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, eine Schwesterorganisation der Niedersächsischen Landesvereinigung) holen, auf Wunsch und am Bedarf orientiert.

Das Modellprojekt wird am Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften, einer gemeinsamen Einrichtung der Universität Lüneburg und der Fachhochschule Nordostniedersachsen, initiiert, koordiniert und wissenschaftlich begleitet. Finanziert wird das Vorhaben überwiegend aus Mitteln des Bundesverbraucherschutzministeriums und der Länder Niedersachsen und Hamburg. Auch ein Großteil der Praxiskosten wird aus dieser Förderung gedeckt. Die Träger der Praxisprojekte beteiligen sich mit einem Teil ihrer zusätzlichen Kosten.

Das aus anderen Interventionen bekannte Phänomen, dass man seinen Probanden »hinterherlaufen« muss, gibt es in den am Modellprojekt beteiligten Einrichtungen nicht. Da nur eine begrenzte Zahl von Jugendlichen teilnehmen kann (im Schnitt 10 pro Tag und Einrichtung), besteht eher das pädagogische Problem der Teilnehmerbegrenzung.

Das erste Ziel, die Akzeptanz der Intervention bei der Zielgruppe, kann z. Zt. als erreicht angesehen werden. Weitere Ziele sind die Verbesserung

- des relevanten Ernährungswissens,
- der Ernährungssituation,
- des aktiven Gesundheitshandelns.

Das Modellvorhaben wird insgesamt drei Jahre laufen, davon zweieinhalb Jahre in der Praxis.

Fragestellungen der wissenschaftliche Begleitung sind neben der Zielerreichung und der Überprüfung der Zugehörigkeit der Teilnehmer zur Zielgruppe auch

- der Prozess der Implementation der Angebote in Einrichtungen der offenen Jugendarbeit,
- Strukturmerkmale der Einrichtungen,
- der Qualifikationsbedarf der beteiligten AnleiterInnen, und
- die Verstetigung der Angebote nach Auslaufen der Modellphase.

Methodische Probleme in der Evaluation ergeben sich aus der Tatsache, dass die Interventionen nicht standardisiert sind, sondern abhängen von der Zusammensetzung der Gruppe, deren Interessen und Bedürfnissen, den Ressourcen der Einrichtung, den Vorkenntnissen und der Beteiligung der Jugendlichen. Wir führen auf der einen Seite qualitative Interviews mit den beteiligten Fachkräften durch, auf der anderen Seite standardisierte Interviews mit den Jugendlichen zu Ernährungswissen, Ernährungsverhalten, ihrem Gesundheitsverhalten und ihrer sozialen Lage. Hauptinstrument für die Erhebung unter den Jugendlichen ist der Fragebogen des Robert-Koch-Institutes zum geplanten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey.

In den einzelnen Einrichtungen wird der Verlauf zusätzlich täglich dokumentiert hinsichtlich Teilnehmerkreis, Beteiligung, Planung, Durchführung und »Nachbereitung« der Aktivitäten. Über die Teilnehmerlisten können wir also die Teilnahmehäufigkeit mit Veränderungen im Wissen und Verhalten in Verbindung bringen.

Als »Nebenprodukt« des Projektes wird es ein Praxishandbuch geben – wie implementieren wir ein Ernährungsprojekt in Einrichtungen der Sozialen Arbeit, was kommt an, wo können Probleme entstehen. Nach der Implementationsphase liegen folgende Ergebnisse vor: Die teilnehmenden Jugendlichen sind überwiegend deutlich sozial benachteiligt hinsichtlich

- Bildung (57 % der Jugendlichen haben einen niedrigen Bildungsstatus – Hauptschule oder weniger),
- Familiensituation (kinderreich: nur 4,5 % sind Einzelkinder, 34 % haben drei Geschwister oder mehr; 26 % der noch nicht im eigenen Haushalt lebenden Jugendlichen leben bei einem allein erziehenden Elternteil, bei den deutschen Jugendlichen sind dies 36 %) und
- Migrationsstatus (40 % der Jugendlichen sind nicht deutsch; davon ist die Hälfte türkischer Herkunft).

Die Zielgruppe der sozial benachteiligten männlichen Jugendlichen ist nicht nur sporadisch sondern kontinuierlich mit niedrigschwelligen Ernährungsangeboten zu erreichen (mittlere Teilnahme: 24 mal in 12 Wochen).

Die aktive Beteiligung ist hoch (10 mal Kochen bei 24 Teilnahmen), gerade weil das Angebot freiwillig ist und Spaß macht (erstes Motiv mit 63 % Nennungen).

Die auftretenden Probleme (Regeln, Grenzen) sind pädagogisch und werden pädagogisch bearbeitet.

Die Bedeutung der Ergebnisse liegt

- im Erschließen neuer Zugangswege zu »schwierigen« Zielgruppen über die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Sozialen Arbeit;
- in der Nutzung niedrigschwelliger Angebote für die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen und Handlungsoptionen und
- in der Möglichkeit, Erkenntnisse aus dem Bereich der Ernährung auf anderes gesundheitsbezogenes Verhalten zu übertragen.

Literatur bei den Verfasserinnen, Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Wihschenbrucherweg 84a, 21335 Lüneburg, Tel.: (041 31) 6 77-9 65, Fax: (041 31) 6 77-9 66, E-Mail: deneke@fhnon.de, interne: www.fhnon.de/zag

Unter der Frage »Was bedeutet Gesundheit und wie kann Gesundheit hergestellt werden?«, orientieren sich die Gesundheitsförderer an den Prinzipien der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In der Charta heißt es unter anderem: »Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.« Dies zeigt, dass Kindertagesstätten ein wesentliches Arbeitsfeld für Gesundheitsförderung sind.

Den Kindertageseinrichtungen als erste Ebene des Bildungssystems kommt eine besondere Bedeutung zu. Zum einen werden hier Kinder in einem Alter erreicht, in dem negative gesundheitsschädigende Eigenschaften noch nicht aufgetreten bzw. noch nicht verfestigt sind und zum anderen kann hier am ehesten auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von Kindern aller sozialer Lagen eingegangen und ein gesundheitsförderlicher Lebensraum geschaffen werden.

Da viele gesundheitliche Probleme ihren Ursprung in der Kindheit haben, ist es um so wichtiger, dass so früh wie möglich damit begonnen wird, Gesundheit positiv zu beeinflussen. Dies kann gelingen, wenn die Beteiligten, z. B. pädagogische Fachkräfte, Eltern und Kinder befähigt werden, Gesundheitspotenziale zu erschließen und vorhandene Strukturen gesundheitsgerecht zu verändern. Eine langfristige und nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beteiligten läßt sich dabei insbesondere unter Berücksichtigung des Setting-Ansatzes erreichen.

Der Handlungsleitfaden der gesetzlichen Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V greift z. B. den Settingbegriff Kindergarten auf, definiert diesen aber nur sehr ungenau und legt den Schwerpunkt auf die Vermittlung individueller Verhaltensänderungen. Zur Entwicklung eines gesunden Settings gehört aber mehr.

Bezogen auf die Kindertagesstätten bedeutet dies, dass bei der Gestaltung des Settings am Anfang eine realistische Einschätzung der Gesundheit der dort spielenden und arbeitenden Menschen notwendig ist, um die Zukunft für alle gesundheitsförderlich gestalten zu können. Das heißt, sowohl die allgemeine Lebenssituation von Kindern als auch die Arbeitsbedingungen der ErzieherInnen sind umfassend zu beleuchten.

Damit Kinder individuell gefördert werden können, ist es sinnvoll, ihr häusliches Umfeld mit zu berücksichtigen. Die Arbeit mit Kindern und für Kinder ist um so erfolgreicher, je besser die Vorstellungen, Bedürfnisse aber auch Ängste und Unsicherheiten der Eltern wahrgenommen werden. Zwischen ErzieherInnen und Eltern bedarf es eines Dialogs in gegenseitiger Akzeptanz, um miteinander die gesunde Entwicklung der Kinder begleiten zu können.

Gesundheitsberichte der Krankenkassen bestätigen, dass ErzieherInnen im Gesamtvergleich des öffentlichen Dienstes überdurchschnittlich hohe Ausfallzeiten aufweisen. Eine Untersuchung des Institutes für Arbeitswissenschaften der Gesamtschule Kassel und der Unfallkasse Hessen ergab, dass in den Bereichen Lärm, Körperhaltung und psychische Faktoren erhebliche Belastungen vorhanden sind. So ermittelten z. B. die Lärmmessungen einen Wert von über 80dB(A). Dies ist lauter als eine Schlagbohrmaschine und kann somit langfristig zu Gesundheitsbeeinträchtigungen führen.

Die Körperhaltungen der ErzieherInnen orientieren sich in den meisten Fällen, sowohl im Sitzen als auch im Stehen, an den kindlichen

Größen. Nur etwa 35 % aller sitzenden und ca. 50 % aller stehenden Tätigkeiten erfolgen in einer normalen Körperhaltung. Im Bereich der psychischen Belastungen werden als Hauptursache Zeitdruck, häufige Arbeitsunterbrechungen und personelle Unterbesetzung aufgeführt.

Wenn eine Kindertagesstätte gesund werden will, müssen diejenigen, die täglich in ihr arbeiten und sie gestalten, erst danach fragen, wo sie krankt. Voraussetzung ist eine umfassende Bedürfnis- und Erwartungsanalyse unter Beteiligung aller relevanten Personengruppen in- und außerhalb der Kindertagesstätte. Mit Hilfe der vorangegangenen Analysen können auf die Einrichtung zugeschnittene Gesundheitsfaktoren Orientierungshilfe für die Kindertagesstätte bieten. Gesundheitsfaktoren beschreiben Merkmale des Kindergarten-Alltags, die Gesundheit und Wohlbefinden im Arbeits- und Lebensraum einer Kindertagesstätte unmittelbar fördern, ermöglichen und erhalten, z. B.:

- Gestaltung der Umgebung wie z. B. gute Lichtverhältnisse, Lärmreduktion, gutes Raumklima, Pflege, Schutz und Fürsorge;
- Schaffung bedürfnisgerechter Ernährungs- und Bewegungsangebote, Verbesserung der qualitativen und quantitativen adäquaten Bewegungsräume (drinnen und draußen), Beachtung ergonomischer Gesichtspunkte;
- Schaffung von Spiel-, Lern- und Arbeitszufriedenheit, Kommunikation und Partizipation, wie z. B. Bereitschaft zur Teamarbeit, Konflikte bewältigen und Problemlösung;
- Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte wie z. B. Mädchen- und Jungenförderung;
- Bereitschaft zur Öffnung/Vernetzung der Einrichtung, Kooperation mit kommunalen PartnerInnen bzw. verschiedener gemeindenaher Verbände, Vereine und Institutionen.

Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Kindertagesstätte geht es aber auch um die Identität einer Einrichtung und darum, mit welchen grundlegenden Strategien solch eine Identitätsvorstellung im Elementarbereich verwirklicht werden kann. Dabei geht es um das Selbstverständnis als gesundheitsfördernde Einrichtung, um die dazugehörigen Grundeinstellungen oder Leitbilder. Ziel sollte es sein, Gesundheitsförderung in den Arbeits-, Lern- und Erlebnisraum einer Kindertagesstätte sowie die Entwicklung, Erprobung und Evaluation von pädagogischen Konzepten und regionale Kooperationsformen zu integrieren.

Ansprechpartnerin in der Landesvereinigung: Angelika Maasberg, siehe Impressum

Wie werden eigentlich pflegende Angehörige bei ihrer Arbeit unterstützt? Wie unterscheiden sich die Dienstleistungsangebote für pflegende Angehörige in Europa und was können wir voneinander lernen? Wie greifen Regierungen in Europa das Thema ›häusliche Pflege‹ auf und wie glauben sie, den demographischen Herausforderungen gerecht zu werden? Kann man sich neue Ansätze der Zusammenarbeit zwischen privaten und öffentlichen Anbietern vorstellen, und wie sollte die Kooperation mit den Aufsichtsbehörden und Interessenverbänden gestaltet werden?

Zusätzlich zu diesen sich auf die strukturelle Versorgung beziehenden Fragen, gibt es Lernpotentiale in fachlicher Hinsicht: Sind die Dienstleistungen für pflegende Angehörige effizient und haben sie nachhaltig positive Effekte für deren Lebensqualität? Wie können wir die potentiell negativen Auswirkungen auf Lebensqualität und Gesundheit von pflegenden Angehörigen, die durch ihre Arbeit entstehen, reduzieren? Welche Ansätze existieren diesbezüglich in Europa und welche Erfahrungen haben die Betroffenen mit ihnen gemacht? Welche Kriterien und benchmarks für die Evaluation sind angemessen?

Auf diese Fragenfülle gibt es derzeit nur eine ehrliche Antwort, die sich Gerontologinnen, Sozialarbeiter, Ärztinnen, Krankenpfleger, Sozial- und Gesundheitsdezernentinnen und, last but not least, Gesundheitswissenschaftler darauf eingestehen müssen: Wir wissen es nicht genau.

Dabei wird jetzt bereits 80 % der gesamten Pflege von Angehörigen durchgeführt, von denen die Mehrzahl weder die Möglichkeit hatte, eine Ausbildung darin zu machen oder aber auch professionelle Verarbeitungsstrategien zu entwickeln. Gleichzeitig wird in Europa eine im Prinzip begrüßenswerte Politik verfolgt, die es ermöglicht, dass ältere, pflegebedürftige Menschen so lange als möglich in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben können. Deshalb besteht Grund genug dafür, sich mit Hilfe eines Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung auch dem Thema ›Häusliches Umfeld‹ zu widmen. Denn wenn wir die Fragen auch in naher Zukunft noch nicht beantworten können, die oben aufgeworfen wurden, dann können wir davon ausgehen, dass die pflegenden Angehörigen von heute die zu Pflegenden von morgen sind.

Ich möchte anregen, dass folgende Überlegungen bei der Ausrichtung der Public Health Arbeit für pflegende Angehörige in einem Setting des ›häuslichen Umfeldes‹ Berücksichtigung finden:

1) Bislang sind die Sozial- und Gesundheitsdienste in Europa zu einem Großteil auf Krankheitsversorgung und Krisenmanagement ausgerichtet und nicht darauf, wie die eigentliche Bedürfnislage der älteren Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen wirklich ist. Dies führt zu signifikanten Ineffizienzen der Systeme.

2) Pflegende Angehörige: das sind zum Großteil Frauen. Deshalb sollten die generellen Belastungen, die für viele Frauen durch Beruf, Familie und Pflege entstehen, ebenfalls in das Aufgabenspektrum des ›Settings‹ einbezogen werden.

3) Ein Ziel eines solchen ›Settings‹ sollte es sein, Chancenungleichheiten im Zugang zu Gesundheit zu reduzieren. Gesundheits- und Sozialdienste sollten darauf ausgerichtet sein, diejenigen am ehesten zu erreichen, die die Dienste am nötigsten brauchen. Eine europäische Übersicht darüber könnte dann helfen, aus Einzelprojekten

mainstream zu machen. Vor allem gilt es, die komplexen Interaktionen zwischen Armut, chronischer Erkrankung und Möglichkeiten der pflegerischen Unterstützung im häuslichen Kontext heraus zu arbeiten. Hierbei wird ein Schwerpunkt bei der Unterstützung pflegender Angehöriger zu setzen sein.

4) Obwohl im allgemeinen davon ausgegangen wird, dass medizintechnologische und therapeutische Entwicklungen direkt dem leidenden Kranken zugute kommen, so ist es doch unwahrscheinlich, dass die derzeitigen Gruppen von pflegenden Angehörigen und älteren Menschen direkt und sofort davon profitieren. Deshalb ist die Einbindung der Betroffenen, deren Meinung und konkrete Bedürfnisse für die Ausrichtung der Pflege im häuslichen Umfeld von entscheidender Bedeutung. Ein Setting sollte sich deshalb ebenfalls mit den aufkommenden Problemen beschäftigen, die durch ›einzelsektorales‹ Denken – beispielsweise bei der Ressourcenallokation – auftreten.

5) Pflege war immer schon auch Sache von Angehörigen. Im Zuge einer Rationierungsdebatte gewinnt häusliche Pflege an Bedeutung. Man sollte aber vorsichtig sein, diese Tatsache an sich als positiv zu bewerten. Denn frühzeitige postoperative Entlassungen und chronische Pathologien brauchen oft Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der pflegenden Angehörigen, die diese nicht zwangsläufig haben. Die Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten, die wir in vielen Ländern sehen, macht die Dinge nicht unbedingt leichter.

6) Die Entwicklung der Medizintechnologie und der biomedizinischen Wissenschaften erlaubt es, dass einige der bislang im stationären Bereich ausgeführten Dienste nun dem ambulanten Bereich oder aber auch dem häuslichen Umfeld übertragen werden können. Auch dies kann natürlich effizient nicht ohne die dafür notwendige Unterstützung geschehen. Deshalb sollten finanzielle Ressourcen und Personalallokationen mit den PatientInnen wandern.

Im Bezug auf diesen Wandel vom Krankenhaus zur häuslichen Pflege hat die WHO deshalb ein Projekt ins Leben gerufen. InteressentInnen finden Informationen auf der WHO- Internetseite:

www.es.euro.who.int/areas_of_work/hhc/frameset_hhc.htm

Dr. Rüdiger Krech, Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Leiter Gesundes Altern, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Dänemark.

Im Unterschied zur Schule, dem Betrieb oder dem Krankenhaus gehört die Familie zu den seit Jahrzehnten vernachlässigten Settings der Gesundheitsforschung und -förderung. Letzteres hat vor allem damit zu tun, dass postmoderne Leistungsgesellschaften, die Familie als den Hort der Privatheit und Geborgenheit aus historischen – in Deutschland besonders guten – Gründen vor Akten staatlicher und anderweitig legitimer Einflussnahmen zu schützen versuchen. Öffentliches Interesse erregt sie nur, wenn Jugendkriminalitäts- oder Jugendgesundheitsstatistiken oder, wie jüngst, das Abschneiden deutscher SchülerInnen im internationalen Vergleich signalisieren, dass mit der Leistungsfähigkeit wichtiger Sozialisationsagenturen, unter ihnen der Familie, etwas nicht stimmen könnte. Aber selbst dann werden Gesellschaften nicht in angemessener Weise aktiv. Getreu dem aus der katholischen Soziallehre übernommenen Subsidiaritätsprinzip (Vorrang der Selbst- gegenüber der Fremdhilfe) reagieren bzw. reagieren sie erst, wenn die militär-, wirtschafts- oder friedenspolitischen Gewährleistungsverpflichtungen des Staates nicht mehr erfüllt werden können oder Familien und andere Bedürftige den Behörden gegenüber den Nachweis erbracht haben, dass sie sich selbst nicht mehr zu helfen vermögen. Auf diese Weise geraten immer wieder nur Familien mit gefährdeten oder bereits erkrankten Mitgliedern in den sozial-therapeutischen Blick, nicht aber belastete und dennoch funktionierende Familien, die augenblicklich von einer systematischen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungs politik am meisten profitieren würden.

Die soziale und gesundheitliche Lage eben dieser Mehrheitsfamilien in Deutschland und Europa ist dadurch gekennzeichnet, dass sie immer anspruchsvollere Reproduktions- und Sozialisationsleistungen mit immer weniger personellen und finanziellen Ressourcen verrichten müssen. Seit längerem rückläufige Geburtenzahlen, das ansteigende Alter der Erstgebärenden, zunehmende Scheidungs- und Wiederverheiratsaktivitäten und die Zunahme alternativer Lebensformen (z.B. Alleinerziehende, Stieffamilien, zusammenlebende Paare verschiedenen und gleichen Geschlechts mit Kindern, Vielkinderfamilien), scheinen anzuzeigen, dass sich Kinderpflege und -erziehung und elterliche, insbesondere berufliche Selbstverwirklichung in den Formen der bürgerlichen, vom Staat besonders subventionierten Klein- oder Kernfamilie immer schwieriger realisieren lassen.

Aufgrund der Erkenntnisse der leider noch lückenhaften internationalen Krankheitsentstehungsforschung können wir davon ausgehen, dass es nicht nur die im Lebenszyklus einer Familie auftretenden Regelbelastungen sind, die Familiensysteme zerstören und deren Mitglieder dekompensieren lassen. Zusätzlich können Faktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation, geringe Bildung, aber auch einschneidende Lebensereignisse wie z.B. Geburt, Tod, Krankheit, Behinderung oder Scheidung unter Umständen destabilisierend und desorganisierend wirken. Zu ihrer Bewältigung benötigen die Betroffenen ausreichende Konflikt- und Problemlösungskompetenzen und soziale Unterstützung.

Umgekehrt liefert die Gesundheitsforschung nicht nur Hinweise darauf, dass die Verfügung über ausreichende und gesellschaftlich legitimierte Problembewältigungskompetenzen und soziale Unterstützung mit der Funktionsfähigkeit von Familien und der Gesundheit ihrer Mitglieder, selbst unter hochgradig stressenden Bedingungen, positiv korreliert. Sie belegt auch, dass die frühzeitige Vermittlung von kommunikativen Kompetenzen – vor allem solcher, die dem Aufbau einer belastungsresistenten Gesamtpersönlichkeit

und der Verbesserung der Fähigkeiten bei der Nutzung fremder Hilfen dienen – der Entstehung familiärer Funktionsstörungen und familienökologisch bedingter Verhaltensrisiken bei Eltern und Kindern entgegenwirkt.

Der Erfolg derartiger Interventionen hängt, wie wir aus der Förderungsarbeit mit anderen Settings bereits wissen, davon ab, dass sie wenigstens drei Kriterien erfüllen. Es muss geklärt werden, welchen Destabilisierungs- und Erkrankungsrisiken Familien und deren Mitglieder gegenwärtig ausgesetzt sind, was sie daran hindert, die ihnen eigenen Potenziale gesundheitsdienlich einzusetzen, und was getan werden kann, um sie darin zu bestärken. Das Kriterium der Bedarfsorientierung erfüllen Gesundheitsförderungsmaßnahmen nur, wenn sie an der unmittelbaren Lebensumwelt der Familien orientiert bleiben und sich strategisch (d.h. in ihren Inhalten, Zielen und Methoden) damit bescheiden, existierende Probleme mit tatsächlich verfügbaren personellen, infrastrukturellen und finanziellen Mitteln zu lösen. Von Nachhaltigkeit, dem dritten Kriterium, sprechen wir im Sinne der Weltgesundheitsorganisation, wenn es gelingt, die sachangemessene und bedarfsorientierte Zusammenarbeit von Familien, Schulen, Betrieben und anderen Diensteanbietern einer überschaubaren Region über die befristete Laufzeit von Interventionsprojekten hinaus aufrecht und aktionsfähig zu halten.

Aller bisherigen Erkenntnisse eingedenk sollten GesundheitsplanerInnen allen Familien einer Gesellschaft eine auf den familiären Lebenszyklus abgestimmte modulare Interventionsprogrammatis anbieten. Deren generelles Ziel sollte es sein, die Problemerkundungs- und die Selbsthilfepotenziale von Familien zu verbessern. Die Maßnahmen müssten mit einem durch Familien, Schulen und andere geeignete Dienstleister einer Region getragenen Informations- und Selbsterfahrungsmodul beginnen, welches Jugendliche auf das Zusammenleben von Männern und Frauen, insbesondere auf die kommunikativ kompetente und beziehungerhaltende Lösung der dabei auftretenden Konflikte vorbereitet. An junge Paare wäre ein zweites Modul unter Einbeziehung regionaler Beratungseinrichtungen, Familienbildungsstätten, Volkshochschulen usw. zu richten, welches Erstere befähigt, kompetent und konstruktiv mit den einschneidenden Veränderungen umzugehen, die die Geburt und die gemeinsame Betreuung von Kindern mit sich bringt. Sogenannte Risikofamilien mit absehbaren Destabilisierungstendenzen könnten durch ein drittes Modul mit Inhalten der Kompetenzbildung und durch passgenaue soziale Unterstützung zusätzlich gefördert werden. Ein viertes Modul schließlich sollte sich um die Reorganisationsfähigkeit der Restfamilie nach dem Auszug der Kinder und dem Ausscheiden aus dem Berufsleben und, ein Fünftes, um das Überleben der EhepartnerInnen unter den Bedingungen von Alter und chronischer Krankheit kümmern. Leider muss festgestellt werden, dass zzt. noch die meisten ideologischen, finanz-, familien-, bildungs- und infrastrukturpolitischen Voraussetzungen fehlen, um ein solches, sowohl sozial- als auch versorgungspolitisch richtiges Gesundheitsförderungskonzept in und mit Familien versorgungspolitische Wirklichkeit werden zu lassen.

Literaturhinweis siehe Mediothek, Prof. Dr. Peter-Ernst Schnabel, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, PF 10 01 31, 33501 Bielefeld, Tel.: (05 21) 1 06-38 77, E-Mail: peter-ernst.Schnabel@uni-bielefeld.de

Familien unterliegen dem beschleunigten gesellschaftlichen Wandel, dem zunehmenden Anpassungsdruck an die tiefgreifenden Strukturveränderungen in Gesellschaft und Wirtschaft und dem Einfluss dieser Veränderungen auf ihr Zusammenleben. Es ergeben sich neuartige Freiräume, Zwänge und auch die Notwendigkeit, sich untereinander stets neu zu verständigen und Konflikte auszuhandeln.

Gewandelt hat sich auch das traditionelle Familienmodell. Ehe, Familie und Partnerschaft sind heute keine allgemeingültigen Optionen mehr. Nichteheliche Lebensgemeinschaften, Alleinerziehende, Pflegefamilien und gleichgeschlechtliche Partnerschaften mit Kindern gehören in beiden Teilen Deutschlands inzwischen zum Familienalltag und werden weitaus mehr als früher toleriert. ExpertInnen sprechen von einer weitgehenden »Entkopplung von Ehe und Elternschaft«, die sich auch in der Zunahme kinderloser Paare oder nicht-ehelicher Geburten zeigt.

Doch trotz der weiten Verbreitung pluraler Lebensformen ist die überwiegende Mehrzahl der Menschen verheiratet und die Mehrzahl der Kinder wächst bei ihren leiblichen und in erster Ehe verheirateten Eltern auf. Nach wie vor gehören voreheliche und eheliche Lebensgemeinschaften zu den bevorzugten Partnerschaftsmodellen.

Lebensnahe und konkrete Gesundheitsförderung für Familien muss die Veränderungen im Alltag von Familie und Gesellschaft aufgreifen und adäquate Lösungen entwickeln, die sich als passend für die vielfältigen Familienformen und besonderen Lebenslagen erweisen und sich an ihrer Toleranz gegenüber dieser Vielfalt messen lassen. Da der einzelne Mensch ebenso wenig wie die einzelne Familie auf einer Insel lebt, sondern von seiner sozialen Umwelt und ihrer Infrastruktur abhängig ist, müssen primärpräventive Maßnahmen diese einbeziehen und nach Möglichkeit (langlebige) Koalitionen suchen. In benachbarten Disziplinen und Sektoren lassen sich dazu diverse Anleihen machen und Koalitionen schließen. Denn die immer lauter werdenden Forderungen nach Verbesserung der Primärprävention im Setting Familie sind berechtigt, vor allem weil in keiner anderen sozialen Gruppe so viel Gesundheitswissen vermittelt wird bzw. werden kann, aber sie sind nicht neu. Gerade im benachbarten Sozialsektor wurden in der Vergangenheit exzellente Ansätze entwickelt, die wegen fehlender öffentlicher finanzieller Unterstützung oft frühzeitig begraben werden mussten oder nur mit reduziertem Personal weitergeführt werden konnten. Dazu gehören u.a. verschiedene Ansätze der Sozialpädagogischen Familienhilfe, die je nach regionalen Gegebenheiten und Trägerorganisation Modelle zugehöriger Sozialarbeit entwickelt haben, die gesundheitsfördernde Maßnahmen auf physischer (Ernährung oder Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen), psychischer (Elterngruppen oder systemische Familienberatung) und sozialer Ebene (Integration innerhalb des Gemeinwesens etc.) miteinander kombiniert haben. Wegen der Kürzung öffentlicher Mittel mussten im Flächenstaat Niedersachsen erfolgreich arbeitende Modelle eingestellt werden oder konnten nur eingeschränkt fortgeführt werden, was bedeutet, dass diese Hilfen kaum entsprechend ihrer ursprünglichen präventiv familienunterstützenden Orientierung im Vorfeld sich verfestigender Risikolagen eingesetzt werden können. Dazu gehören auch gemeinwesenorientierte Projekte, die mit Kindern und Jugendlichen im Stadtteil oder in ländlichen Regionen arbeiten, über ihre niedrigschwiligen Angebote auch die Eltern erreichen und in die Angebote einbeziehen können, und immer auch Gesundheitswissen vermitteln, ohne allerdings bisher einen direkten Bezug zur Gesundheit herzustellen. Erst

die zunehmende Realisierung der körperlichen, seelischen und sozialen Komponenten des Gesundheitsbegriffs laut WHO und deren Übertragung in den Arbeitsalltag bringt die enge Verwandtschaft von Gesundheits- und Sozialbereich zunehmend mehr ins öffentliche Bewusstsein und schärft den Blick für die übergreifende Relevanz und das Potential der Aktivitäten in beiden Sektoren. Eine engere Zusammenarbeit könnte insbesondere für die Gesundheitsförderung im Setting Familie auf fundierte Kenntnisse bestehender Konzepte aus Forschung und Praxis zurückgreifen.

Familienforschung im gesundheitspsychologischen Kontext hat bereits detaillierte Ergebnisse, u.a. im Bereich familiärer Stressbewältigung und Gesundheit, erbracht, die für gesundheitsfördernde Aktivitäten genutzt werden können. Ähnliches gilt für die aufstrebende Familienpsychologie, die bereits klare Grundsätze und Leitlinien für die Prävention in diesem Setting vorgegeben hat. Danach soll Prävention folgenden Zielen dienen: Hilfe zur Selbsthilfe vermitteln, die Übernahme individueller Verantwortung der Eltern betonen und generell Problemlösestrategien für zukünftige Probleme vermitteln. Die präventiven Maßnahmen sollten so gestaltet sein, dass sie die bekannten Risikofaktoren kindlicher Entwicklungsstörungen (wie Armut, Arbeitslosigkeit, psychische Erkrankung eines Elternteils, vernachlässigendes Familienmilieu, Einsamkeit der Mutter oder genetische Belastungen, Frühgeburt, ein schwieriges Temperament etc.) berücksichtigen, wissenschaftlich überprüft sind, ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis haben, für viele Eltern mit geringer Zugangsschwelle erreichbar sind, die vorhandenen elterlichen Ressourcen nutzen, Mütter und Väter und den kindlichen Entwicklungsprozess ansprechen. Ergänzend kann eine ähnliche Liste aufgestellt werden, die sich auf die Beziehungs- und Kommunikationsebene des Elternpaares richtet und Angebote zur Problembewältigungskompetenzsteigerung und -erweiterung macht. Ausgearbeitete Programme liegen dazu ebenso vor, wie die theoretische Fundierung des Konzepts der bereits genannten Sozialpädagogischen Familienhilfe, die sich stark am Konzept des Empowerments orientiert, sie müssen nur angewendet und, vor allem, finanziert werden.

Häufiges und lautes Klagen über angeblich mangelnde soziale Kompetenzen in den nachwachsenden Generationen und Schuldzuweisungen an Eltern, die ihre Erziehungsverantwortung nicht ausreichend wahrgenommen haben, können nicht darüber hinwegtäuschen, dass in einem bereits seit Jahren andauernden Prozess neoliberaler Strömungen radikal Mittel für die Familienberatung und -bildung, die sich immer auch gesundheitsfördernd ausgewirkt haben, mit dem Hinweis auf zunehmende Eigenverantwortung und Abkehr von der Behandlung des Einzelfalles gekürzt worden sind, ohne dass bisher ausreichender Ersatz geschaffen wurde.

Ansprechpartnerin in der Landesvereinigung: Dr. Antje Richter, siehe Impressum

»Die Ungleichheit der Geschlechter ist eine epidemiologische Tatsache« (WHO 1994) und Gewalt im Geschlechterverhältnis ist ein sich häufig lebensgeschichtlich wiederholendes und sehr verbreitetes Gesundheitsrisiko für Frauen. Nach wissenschaftlichen Schätzungen erlebt jede vierte Frau zumindest einmal in ihrem Leben Gewalt durch ihren Lebenspartner. Bislang gab es für sie vielfach nur einen Ausweg: Die Flucht – entweder zu Freundinnen und Verwandten oder in ein Frauenhaus.

Ab dem 1.1.2002 gibt es das ›Gesetz zur Verbesserung des zivilgerichtlichen Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen sowie zur Erleichterung der Überlassung der Ehwohnung bei Trennung‹ – kurz: Gewaltschutzgesetz (GewSchG), das es vielen Frauen ermöglichen wird, in der eigenen Wohnung zu bleiben (www.217.160.60.235/BGBL/bgb11f/b101067f.pdf [Leseversion]). Nicht das Opfer der Gewalttaten, sondern der Gewalttäter hat die Wohnung zu verlassen. Das Gewaltschutzgesetz greift schon bislang bestehende rechtliche Möglichkeiten auf und verbessert den Rechtsschutz erheblich. Die zentralen Regelungen sind:

Wegweisung aus der Wohnung (§ 2 GewSchG):

Opfer von Gewalttaten, die mit dem Täter in einem gemeinsamen Haushalt leben, haben den Anspruch darauf, die Wohnung allein zu nutzen. Die Regelung gilt auch für nicht-eheliche Lebensgemeinschaften und unabhängig davon, wer Mieter oder Eigentümer der Wohnung ist. Letzteres ist nur für die Dauer der Zuweisung wichtig: Ist das Opfer Alleinmieterin oder Eigentümerin, kann diese Regelung auf Dauer gelten. Hat auch der Täter Rechte an der Wohnung, beträgt die Zuweisung in der Regel sechs Monate. Am Mietvertrag selbst ändert sich nicht. Es wird nur geregelt, wer die Wohnung nutzen darf. Um den Anspruch geltend machen zu können, muss das Opfer von Gewalt betroffen sein; dies beinhaltet Körperverletzungen, Gesundheitsbeschädigungen und Freiheitsberaubungen. Unter bestimmten Voraussetzungen reicht es auch aus, wenn diese Taten noch nicht verwirklicht wurden, sondern ›nur‹ mit ihnen gedroht wurde.

Schutzanordnungen (§ 1 GewSchG):

Opfer von Gewalt können darüber hinaus Schutzanordnungen beantragen. Dies sind bspw. Betretungs-, Näherungs- und Aufenthaltsverbote. Damit können einerseits Wohnungszuweisungen abgesichert werden, indem dem Täter zum Beispiel die Rückkehr in die Wohnung untersagt wird. Aber auch dann, wenn Täter und Opfer (schon) getrennt leben, können diese Anordnungen getroffen werden. Dieser Schutz kommt auch für Opfer von sog. Stalking – also Verfolgungen und Belästigungen – in Betracht. Es wird damit dem Umstand Rechnung getragen, dass Stalking vielfach nach einer Trennung von Tätern häuslicher Gewalt auftritt.

Zuweisung der Ehwohnung bei Trennung (§ 1361b BGB):

Auch die Zuweisung der Ehwohnung für Verheiratete, die sich scheiden lassen wollen, ist vereinfacht worden. Entsprechend der Regelung des GewSchG muss das weitere Zusammenleben mit dem Ehemann nicht mehr eine schwere, sondern nur noch eine unbillige Härte darstellen.

Weitere wichtige Regelungen sind darüber hinaus:

- Wer gegen eine Schutzanordnung verstößt, macht sich strafbar.
- Das zuständige Gericht ist für alle, die in einem gemeinsamen Haushalt leben – unabhängig vom Familienstand – das Familiengericht.

- Alle Anordnungen können in einem Eilverfahren bei Gericht geltend gemacht werden. Es wird dann eine vorläufige Regelung getroffen; auf eine Anhörung des Gewalttäters kann dabei verzichtet werden.

Wichtig ist: Das Gewaltschutzgesetz ist ein zivilrechtliches Gesetz. Es setzt voraus, dass das Opfer der Gewalttaten sich selbst an ein Gericht wendet, um einen entsprechenden Anspruch durchzusetzen. Es muss auch entsprechende Beweismittel vorlegen. Hierzu können die Dokumentation eines polizeilichen Einsatzes oder ärztliche Atteste genutzt werden.

Für einen kurzfristigen schnellen Schutz sofort nach einer Gewalttat ist das Zivilrecht nicht geeignet. Stattdessen greift hier das Polizei- oder Gefahrenabwehrrecht ein: Die niedersächsische Polizei kann daher ab Januar 2002 bei dem Vorliegen von Gewalt im häuslichen Bereich einen Platzverweis aus Wohnungen für einen Zeitraum von in der Regel sieben Tagen aussprechen und damit den Täter zunächst einmal der Wohnung verweisen. Für das Opfer besteht in dieser Zeit die Möglichkeit zu entscheiden, ob es eine ›zivilgerichtliche Verlängerung‹ möchte: Dann kann ein Antrag nach dem GewSchG bei dem örtlichen Familiengericht gestellt werden. Aber auch dann, wenn der Täter zunächst in die Wohnung zurückkehrt, ist der Weg zum Familiengericht nicht verstellt. Drei Monate nach der letzten Tat muss dem Täter allerdings schriftlich das Verlangen auf Alleinnutzung der Wohnung mitgeteilt worden sein.

Das Gewaltschutzgesetz wird in Niedersachsen noch mit vielen weiteren Maßnahmen begleitet. Diese finden sich im ›Aktionsplan des Landes Niedersachsen zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich‹ (www.niedersachsen.de/MS_aktionsplan.htm). Dieses ressortübergreifende Aktionsprogramm sieht beispielsweise die Erprobung der Arbeit von speziellen Beratungs- und Interventionsstellen für die von Gewalt Betroffenen vor – die sog. BISS gegen häusliche Gewalt –, um den Opfern kurz nach der Tat eine Information über die rechtlichen Möglichkeiten und zugleich eine psychosoziale Unterstützung anbieten zu können (www.niedersachsen.de/file/EckpunkteBISS.pdf).

In jedem Regierungsbezirk in Niedersachsen entstehen eine oder zwei BISS in unterschiedlicher Trägerschaft: PARITÄTISCHER Niedersachsen e. V. – für die Stadt Salzgitter und die Landkreise Wolfenbüttel und Peine; Regionales Entwicklungskonzept Weserbergland – für Hameln-Pyrmont, Holzminden und Schaumburg; Frauen helfen Frauen e.V. Lüneburg – für die Landkreise Lüneburg, Lüchow-Danenberg und Uelzen; Frauenhaus Verden – für den Raum Verden und Nienburg; Deutsches Rotes Kreuz Aurich – für die Stadt Emden sowie die Landkreise Aurich, Leer und Wittmund; Sozialdienst katholischer Frauen Nordhorn – für die Landkreise Grafschaft Bentheim und Emsland. Auf die Ausschreibung des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales hatten sich niedersachsenweit 23 Projekte beworben.

Das Land Niedersachsen fördert zurzeit 41 Frauenhäuser, 30 Gewaltberatungsstellen und drei Mädchenhäuser. Damit stellt das Land ein breites Netz an Zuflucht und Beratung für misshandelte Frauen und ihre Kinder zur Verfügung. Dieses Netz hat auch nach dem Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes weiterhin seine Funktion.

Dr. Gesa Schirmmacher, Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Ref. 202, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20-29 95,

E-Mail: gesa.schirmmacher@mfas.niedersachsen.de

Die Verhütung von Kinderunfällen gehört zu den wichtigsten Herausforderungen an familienbezogene Präventionsarbeit. Denn Unfälle im Kindesalter sind bei uns – wie in allen Industrienationen – der größte Risikofaktor für die Gesundheit von Kindern. Inzwischen sterben in Deutschland nach dem ersten Lebensjahr mehr Kinder an den Folgen von Unfällen (599 im Jahr 1999) als an Krebs (339) und Infektionskrankheiten (76) zusammen. Über 30 % aller Todesfälle im Kindesalter sind auf Unfälle zurückzuführen.

Dabei spielt das häusliche Umfeld eine bedeutende Rolle: ein Drittel der etwa 1,9 Millionen Kinder, die nach einer Repräsentativbefragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 1996 in Deutschland verunglückten, erlitten diesen Unfall zu Hause oder in der Freizeit. Jedoch gibt es gerade für das Setting ›häuslicher Bereich‹ – im Gegensatz zu ›Schule‹ oder ›Straßenverkehr‹ – noch keine langjährige Kooperationsstruktur und Lobby für eine gezielte Prävention. Diese Lücke möchte die Bundesarbeitsgemeinschaft Kindersicherheit (BAG) schließen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Kindersicherheit, ein Kooperationsbündnis von mittlerweile 34 Institutionen der Unfallprävention, wurde Ende 1997 auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Prävention insbesondere von Unfällen in Heim und Freizeit gegründet. Mit der BAG Kindersicherheit soll die Kooperation zwischen den Akteuren auf dem Gebiet der Unfallprävention verbessert werden und durch arbeitsteiliges und koordiniertes Vorgehen sollen bei der Durchführung von bestehenden und neuen Präventionsmaßnahmen Kinderunfälle reduziert werden.

Mit der Aktion ›Mehr Sicherheit für Kinder‹ werden folgende Ziele und Aufgaben verfolgt:

- anwaltschaftliche Vertretung der Belange von Kindern zur Unfallvermeidung bzw. Erhöhung der Sicherheit,
- Reduzierung von Ertrinkungs-, Sturz-, Vergiftungs-, Erstickungs- und Verbrühungsunfällen durch Sensibilisierung der Eltern und Betreuer/innen für entsprechende Gefahren,
- Verbesserung der Produktsicherheit,
- Anregung und fachliche Unterstützung regionaler Bündnisse zur Kindersicherheit,
- Reduzierung der Zahl und der Folgen von Unfällen durch frühzeitige Förderung der Bewegungssicherheit bei Kindern, insbesondere bei motorisch Retardierten,
- besondere Ansprache sozial benachteiligter Gruppen in der Bevölkerung.

In vier Arbeitsgruppen, die sich mit

- praktischen Maßnahmen der Unfallprävention,
- strategischen Maßnahmen der Unfallprävention (Bildung von regionalen Arbeitsgemeinschaften ›Unfallprävention‹),
- Epidemiologie, Evaluation und Gesundheitsberichterstattung und
- Produktsicherheit

befassen, wird die inhaltliche Arbeit der BAG gestaltet.

Erfahrungen aus den Vereinigten Staaten, Schweden und Österreich zeigen, dass die Zahl der Kinderunfälle bis zu 30 % gesenkt werden kann. Viele Unfälle im Kindes- und Jugendalter lassen sich auf den altersbedingten Entwicklungsstand der Heranwachsenden zurückführen. Weitere Ursachen können die Persönlichkeitsstruktur des Kindes, eine unsichere Umgebung, aber auch soziale Faktoren sein. So ist zum Beispiel das Unfallrisiko für Kinder aus sozial benachteiligten Familien deutlich erhöht. Die Prävention von Kinderunfällen zielt darauf ab, bei Eltern, Betreuungspersonen und Kindern ein Gefah-

renbewusstsein zu entwickeln (Education) sowie die Umwelt der Kinder durch Gesetze und Normen (Enforcement) und durch technische und bauliche Maßnahmen (Engineering) so sicher wie möglich zu gestalten.

Wettbewerb ›Kindersicherheit in Städten und Gemeinden‹

Besonders erfolgversprechend ist die Umsetzung der Unfallpräventionsprogramme auf regionaler bzw. lokaler Ebene. Im Jahr 2001 hat die BAG Kindersicherheit den Wettbewerb ›Kindersicherheit in Städten und Gemeinden‹ ausgeschrieben und damit Kommunen, Verbände, Vereine und Einzelpersonen dazu aufgerufen, sich mit modellhaften Lösungen zur Verbesserung der Kindersicherheit vor Ort zu bewerben. Die ausgezeichneten Projekte sind auf der Homepage der BAG Kindersicherheit unter www.kindersicherheit.de veröffentlicht und sollen anderen Städten und Gemeinden als Orientierung angeboten werden, wie Unfallpräventionsarbeit vor Ort umgesetzt werden kann.

Nationale Kindersicherheitstage

Unter dem Schwerpunkt ›Prävention von Sturzverletzungen‹ hat die BAG am 10.06.2000 den ersten Deutschen Kindersicherheitstag durchgeführt. An Aktions- und Informationsständen wurden Eltern und Kinder umfassend über die Möglichkeiten der Vorbeugung von Sturzverletzungen informiert. Für regionale Kindersicherheitstage hat die BAG eine ›Safe Kids-Aktionsbox‹ mit Organisationshilfen und Infomaterialien angeboten. Begleitend erfolgte eine kontinuierliche Pressearbeit mit ausgesprochen positiver Medienresonanz. Im Jahr 2001 wurde unter dem Motto Gefahr aufspüren – ›Unfälle vermeiden; Risiko Feuer und Wasser‹ der nationale Kindersicherheitstag zum zweiten Mal organisiert. Neben einer zentralen Pressekonferenz in Berlin wurden eine Vielzahl regionaler Veranstaltungen – so zum Beispiel in Kindergärten und in einem Ulmer Einkaufszentrum – durchgeführt. Eine Medienmappe für MultiplikatorInnen bietet Informationen, Spielideen und Projektanregungen, um ›Unfälle durch Feuer und Wasser‹ zu vermeiden.

Auch im Jahr 2002 wird am 10. Juni wieder der Deutsche Kindersicherheitstag stattfinden. Unter dem Motto ›Ich sehe was, was Du nicht siehst – Unfallgefahren zu Hause erkennen und beseitigen‹ werden unterschiedliche Aktionen für Kinder und Eltern organisiert. Für MultiplikatorInnen entwickelt die BAG Kindersicherheit eine Aktionsmappe, die neben Hintergrundinformationen und Informationsmaterial für Eltern umfangreiche Anregungen für Aktionen und Spiele für Kinder zur Vorbeugung von häuslichen Unfällen gibt. Die Aktionsmappe kann ab Mai bei der BAG Kindersicherheit gegen eine Schutzgebühr von 7 Euro angefordert werden. Zusätzlich wird eine Wanderausstellung, die Riesenküche, entwickelt, die ab dem 10.06. durch Deutschland tourt. Die Riesenküche gibt Erwachsenen die Möglichkeit, die Welt aus Kinderaugen zu betrachten und Unfallgefahren zu erkennen. Typische Unfallgefahren in der Küche sind z.B. das Herunterreißen von Kochtöpfen oder Pfannen vom Herd, Verbrennungen am Herd, rutschige Böden, Vergiften mit Reinigungsmitteln und Schnittverletzungen durch scharfe Gegenstände, insbesondere Messer.

Alle Informationen können ab Juni auch kostenlos von der Homepage der BAG Kindersicherheit unter www.kindersicherheit.de heruntergeladen werden.

Martina Abel & Inke Ruhe, Bundesarbeitsgemeinschaft Kindersicherheit, Heilsbachstraße 30, 53123 Bonn, Tel.: (02 28) 9 87 27-20, Fax: (02 28) 6 420 0 42, E-Mail: btg.is@bfge-3.de, Internet: www.kindersicherheit.de

Zu den Stigmen unserer als zivilisiert titulierten Gesellschaft gehört auch ›Gewalt‹, deren bio-psycho-soziale Auswirkungen betroffene Frauen den Weg in Arztpraxen und Krankenhäuser suchen lassen. Denn Gewalt macht krank! Das tatsächliche Ausmaß an Gewalterlebnissen gegen Frauen lässt sich allerdings nur vermuten, da ein Großteil der Betroffenen aus Scham- und Schuldgefühlen und aus Angst nicht über ihre Erlebnisse spricht. Dennoch sind für viele Gewaltopfer eine Ärztin oder ein Arzt erste oder wichtigste Kontaktperson, weshalb Sensibilisierung und ausreichende Schulung der im Gesundheitswesen mit diesem Problem konfrontierten MitarbeiterInnen ausgesprochen wichtig sind.

In einer allgemeinärztlichen Praxis suchen zum einen diejenigen Frauen Rat, die gezielt eine umfassende Untersuchung und Dokumentation für ein Attest zur Vorlage bei Polizei oder Staatsanwaltschaft erbitten und damit auch zu dem erlittenen Trauma stehen und ggf. für weitere Betreuung zugänglich sind. Zum anderen kommen Frauen, die nicht von selbst über ihre Gewalterfahrungen sprechen, bei denen es aber deutliche Hinweise auf Misshandlungen gibt. Letztere stellen die weitaus größere Gruppe dar.

Subtiles Nachfragen führt in einigen Fällen noch zum Gesprächswunsch, in den meisten Fällen jedoch zum Abwiegeln. Dennoch ist hiermit eine therapeutische Option nicht für immer verbaut. Patientinnen wie andere Betroffene in ihrem Umkreis können wahrnehmen, dass bei Wunsch ein/e Gesprächspartner/in für sie da ist. Ein weniger sensibilisierter Arzt/Ärztin kann auch froh über das Abwiegeln der Patientin sein, da er/sie sich dem Problem ›Gewalt‹ nicht gewachsen fühlt. Hier liegt vermutlich innerhalb der helfenden Professionen ein großes Problem: Ärztinnen und Ärzte sowie andere betroffene Berufsgruppen fühlen sich zeitlich wie emotional, vielleicht auch medizinisch, dem Problem ›Gewaltopfer Frau‹ nicht gewachsen.

Dafür sprechen auch bisherige Erfahrungen. Es gibt in Berlin das Modellprojekt SIGNAL, das am Benjamin Franklin Hospital Schulungen zur Sensibilisierung für das Thema Gewalt gegen Frauen anbietet. Das Pflegepersonal macht regen Gebrauch davon, die Ärztinnen und Ärzte nehmen das Angebot nur sehr zögerlich an. In Berlin-Hohenschönhausen hat das Bezirksamt eine Umfrage unter niedergelassenen MedizinerInnen durchgeführt, um deren Sicht auf das Problem häusliche Gewalt gegen Frauen sowie den Umgang damit in der täglichen Arbeit zu erheben. Wichtigstes Ergebnis war, dass diese Problematik meist nicht wahrgenommen wird.

In Niedersachsen will der Arbeitskreis ›häusliche Gewalt‹ bei der Ärztekammer, bestehend aus Vertreterinnen des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales, der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., der Medizinischen Hochschule Hannover, der Psychotherapeutenkammer und der Ärztekammer Niedersachsen betroffenen Frauen, aber auch Ärztinnen und Ärzten, für den Umgang mit der Problematik ›Gewalt gegen Frauen‹ Hilfsangebote machen. Neu hieran ist, dass Vertreterinnen aus Politik und medizinischen Berufen interdisziplinär gemeinsam aktiv werden. Ein struktureller Unterschied zu anderen Initiativen in diesem Bereich ist weiterhin, dass die Ärztekammer aktiv beteiligt ist.

Fazit der Arbeitsgruppe nach einem Jahr ist, dass verschiedene Wege parallel beschritten werden sollten. Das Thema ›Gewalt gegen Frauen‹ muss vor allem in die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung Eingang finden, um die Qualifikation dieser Berufsgruppe deutlich

zu erhöhen. Den Ausbildungsfragen bezüglich des Medizinstudiums widmen sich in dieser Arbeitsgruppe die Vertreterinnen der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie werden in Zukunft verstärkt entsprechende Kurse in die Lehrpläne einfließen lassen, insbesondere in die Fächer Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Sozialmedizin, Psychiatrie und Psychosomatik. Zudem soll sich auf Initiative des Ärztinnenausschusses der Ärztekammer Niedersachsen der Deutsche Ärztetag 2002 mit der Einbindung der Problematik in die Weiterbildungen befassen. Bezüglich der FachärztInnenweiterbildung bietet Niedersachsen im Rahmen des 240stündigen Theorie-Kurses zur Erlangung des Facharztes bzw. der Fachärztin für Allgemeinmedizin bereits entsprechende Inhalte an.

Bezüglich der Fortbildungswünsche der niedersächsischen Ärzteschaft, d.h. vor allem der FachärztInnen in Kliniken und Praxen wurde als erstes Arbeitspapier der Arbeitsgruppe an 30.000 Ärztinnen und Ärzte ein Fragebogen verschickt, um ihren Fortbildungsbedarf zum Thema Gewaltopfer zu erfragen und dementsprechende Angebote gestalten zu können. Die vorläufige Auswertung bestätigte 1.) den deutlichen Wunsch nach derartigen Fortbildungsveranstaltungen und 2.) den Wunsch nach Materialien, um den betroffenen Patientinnen Hilfen unter strafrechtlichen, medizinischen und psychotherapeutischen Aspekten zu bieten. Entsprechende Unterlagen werden auch als Arbeitshilfen für Klinik und Praxis gewünscht. In den nächsten Monaten wird die interdisziplinäre Arbeitsgruppe daher – ggf. auch nach dem Vorbild anderer in- und ausländischer Konzepte – derartige Arbeitsmaterialien für die betreffenden Fachgruppen (Ärzteschaft, Pflegeberufe, PsychotherapeutInnen) und geeignete Fortbildungskonzepte erarbeiten sowie für Patientinnen Informationsmaterial erstellen, das diese anonym oder auch mit Beratung an sich nehmen können. Als erste Materialie ist ein scheckkartengroßer Flyer für Patientinnen entwickelt worden mit jeweils auf die Region bezogene Telefonnummern, mit Hinweisen, wie der Arzt, die Ärztin behilflich sein kann, z.B. den Zusammenhang von gesundheitlichen Problemen und Gewalterfahrungen zu klären oder bei Verletzungen diese zu behandeln und gerichtsverwertbar zu dokumentieren. Weiterhin sind kurz und knapp Tipps zur Sicherheit der Frau und Hinweise auf Anzeichen für Gewalttätigkeit des Partners ausgeführt.

Wir hoffen, mit dieser Arbeit exemplarische Vorreiterinnen zu sein, um später unsere Arbeitsergebnisse anderen interessierten Gremien zur Verfügung stellen zu können.

Kontakt: Dr. med. Cornelia Goesmann, stellv. Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80-02, E-Mail: cornelia.goesmann@aekn.de

In den letzten Jahren wurde in Bezug auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor allem zweierlei diagnostiziert, dass

- unter ihnen die (vormals) typischen Erwachsenenkrankheiten zunehmen, die dem Stress der Leistungsgesellschaft geschuldet sind und
- die Lebenslage ›Armut‹ und damit verbundene Benachteiligungen auch die Gesundheit von immer mehr Kindern und Jugendlichen beeinträchtigen.

Vor allem die Sozial- und Gesundheitsberichterstattung hat gezeigt, dass materielle und soziale Armut immer auch Auswirkungen auf die Gesundheit eines Menschen hat. Personen, die in sozial benachteiligten und/oder materiell armen Verhältnissen leben, sind in mehrfacher Hinsicht gefährdet. Für Kinder aus unteren sozialen Schichten bedeutet das (a) eine deutlich höhere postnatale Säuglingssterblichkeit, (b) eine zweimal höhere Mortalitätsrate durch Unfälle und (c) eine höhere Anfälligkeit für chronische Erkrankungen.

Armut und Gesundheitsdefizite sind bereits ein Problem im frühen Kindesalter, wie die Ergebnisse der 1997–2000 durchgeführten ISS-Studie zu Lebenslagen und den Lebenschancen von (armen) Kindern und Jugendlichen belegen. Immerhin lebten am 31.12.2000 rd. 8,3 % aller unter Siebenjährigen, aber ›nur‹ 3,2 % aller BundesbürgerInnen von Sozialhilfe. Dabei darf nicht nur die materielle Lage des Haushaltes oder der Familie des Kindes in den Blick genommen werden, sondern auch und vor allem die konkrete Lebenssituation des Kindes. Die Leitfrage lautet: Was kommt (unter Armutsbedingungen) beim Kind an? Fünf Einzeldimensionen ermöglichen es dann, bezogen auf die kindlichen Lebensbedingungen den Spielraum der Entwicklungsmöglichkeiten und damit auch die Teilhabe- und Teilnahmemöglichkeiten des Kindes einzuschätzen. Gesundheitsaspekte bilden dabei eine der zentralen kindspezifischen Lebenslagedimensionen. Die Folgen von Armut sind stets komplex und mehrdimensional, sie zeigen sich durch Auffälligkeiten und Einschränkungen beim Kind jedoch individuell unterschiedlich in verschiedenen kindspezifischen Lebenslagedimensionen. In der ISS-Studie mit rund 900 sechsjährigen Kindern weisen beispielsweise 40 % der armen aber ›nur‹ 15 % der nicht-armen Kinder Defizite in der Grundversorgung auf. Die gesundheitliche Lage der Sechsjährigen ist bei 31 % der armen und bei 20 % der nicht-armen Kinder defizitär.

Die Auffälligkeiten im Gesundheitsbereich bei den sechsjährigen Kindern verteilen sich für die erhobenen Items wie folgt:

Item	Arme Kinder		Nicht-arme Kinder	
	abs.	in %	abs.	in %
Das Kind nährt noch ein.*	16	6,9	23	3,5
Das Kind ist in seiner körperlichen Entwicklung (v.a. Körpergröße) zurückgeblieben.*	24	10,4	35	5,4
Das Kind hat eine chronische Erkrankung.**	26	11,2	58	8,9
Das Kind ist häufig krank.*	34	14,7	58	8,8
Das Kind ist in Bezug auf seine Motorik auffällig.**	63	27,4	143	22,0

$p < 0,05$, ** nicht signifikant.

Quelle: ›Armut im Vorschulalter‹ 1999, Berechnungen des ISS.

Genauso beachtenswert ist das Ergebnis, dass gesundheitliche Defizite im frühen Kindesalter weniger aufgrund sozialstruktureller Unterschiede, sondern ganz erheblich von der konkreten familiären Lebenssituation abhängig sind.

- Die Datenanalyse ergab in Bezug auf gesundheitliche Auffälligkeiten – getrennt für arme und nicht-arme Kinder – für die Items Nationalität beziehungsweise Herkunft, Größe der Familie, Familientyp respektive Erwerbsstatus der Eltern keine signifikanten Unterschiede zwischen Kindern aus Ein-Eltern-Familien und Kindern aus ›vollständigen‹ Familien. Wohl finden sich geschlechtsbezogene Unterschiede: Jungen waren signifikant häufiger gesundheitlich auffällig als Mädchen, wobei wiederum arme im Vergleich zu nicht-armen Mädchen erheblich gefährdeter sind.
- Bei armen Kindern lassen sich dann gesundheitliche Auffälligkeiten feststellen, wenn von häuslichen Streitigkeiten berichtet wird. Ebenfalls häufiger gesundheitlich auffällig sind (arme und nicht-arme) Kinder, bei denen keine gemeinsamen familiären Aktivitäten am Wochenende stattfinden. Bei nicht-armen Kindern erweist sich die Übernahme elterlicher Betreuungsaufgaben durch ältere Geschwister noch als eine differenzierende Variable. Es deutet sich somit an, dass Überforderungen auf Seiten der Eltern beziehungsweise Konflikte im Elternhaus das Auftreten von gesundheitlichen Auffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen bei Kindern begünstigen.

Ebenso ist die gesundheitliche Lage der nicht-armen Kinder erheblich verbesserungswürdig, schließlich weist jedes fünfte nicht-arme Kind gesundheitliche Auffälligkeiten auf. Dies aber belegt, dass bereits eine große Zahl von Vorschulkindern erhebliche defizitäre Gesundheitsbefunde hat. Warum wurde oder wird das von den zuständigen Gesundheitsinstitutionen bisher nicht gesehen oder aufgefangen?

Fragen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung von (armen) Kindern muss künftig innerhalb der öffentlichen Sozialisationsinstitutionen eine ganz andere Bedeutung zukommen als bisher. Insbesondere die Kompensation fehlender elterlicher Versorgung und eine systematische Förderung von positivem Gesundheitsverhalten bei Kindern und Eltern sind die zentralen Herausforderungen. Hier kommt den Kindertageseinrichtungen (Kitas) und Schulen eine besondere Rolle zu.

Vor allem Kitas können durch eine möglichst früh einsetzende individuelle Förderung der Kinder aber auch deren Eltern bereits bestehende Defizite beim Kind auffangen und durch gezielte Angebote kompensieren. Die ISS-Ergebnisse weisen die positive Wirkung der Kita-Arbeit auf die kindliche Lebenslage nach. Beispielsweise zeigten nur 16 % aller Kinder, die ab dem Krippenalter eine Kita besuchten, psychosoziale Auffälligkeiten, dagegen waren 52,5 % aller Kinder, die erst ab dem 5. Lebensjahr in eine Kita kamen, psychosozial auffällig. Eine ähnliche Signifikanz findet sich im Gesundheitsbereich. Was fehlt, um die positive Wirkung der Kita-Arbeit gezielt zu nutzen, sind entsprechende Rahmenbedingungen in den Kitas sowie fehlende – theoretisch und praktisch erprobte – Präventionsansätze. Hier ist sehr viel erfolgversprechende Arbeit zu leisten!

Gerda Holz, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Am Stockborn 5–7, 60439 Frankfurt a.M., Tel.: (0 69) 9 57 89-0 E-Mail: gerda.holz@iss-ffm.de, internet: www.iss-ffm.de

Das blamable Ergebnis für Deutschland im Rahmen des internationalen Schulvergleichs PISA (Programme of International Students Assessment), katapultiert das Thema frühkindliche Bildung und den etwas altmodisch anmutenden Begriff ›Kindergarten‹ plötzlich ins Blickfeld der Öffentlichkeit. Unter den PraktikerInnen und ExpertInnen (z. B. das jüngste Gutachten des ›Sachverständigenrats Bildung‹ bei der Hans-Böckler-Stiftung) ist die Forderung nach einer hochwertigen qualifizierten Bildung in den ersten Lebensjahren – auch auf der Grundlage vielfältigster neuer Erkenntnisse der frühkindlichen Entwicklung – unumstritten.

In diesem Kontext steht das Projekt ›Lust Auf Ein Ruhiges Miteinander‹ der Hochschule Magdeburg-Stendal für Kindereinrichtungen der Stadt Magdeburg. Das eineinhalbjährige Projekt, das durch sechs Studierende getragen wird, hatte seinen Ausgangspunkt in der Magdeburger Fachtagung ›Kinder-Umwelt-Gesundheit in den neuen Bundesländern‹ vom November 2000, die eine Auftaktveranstaltung im Rahmen des europäischen Aktionsprogramms ›Umwelt und Gesundheit‹ darstellte. Auf dem bisherigen Kenntnisstand hat sich die Notwendigkeit gezeigt, konkrete Maßnahmen zur ökologischen Gesundheitsförderung für Kinder zu entwickeln, durchzuführen und auszuwerten.

Lärm kann die Gesundheit auf vielfältigste Art und Weise beeinträchtigen und wird als gesundheitsrelevante Größe im Vergleich zu anderen Risikofaktoren aus der Umwelt zumeist unterschätzt. Angefangen von lärmzeugendem Kinderspielzeug bis hin zum Verkehrslärm wird das kindliche Gehör fast ununterbrochen verschiedensten Geräuschen ausgesetzt. Die Belästigung durch Lärm ist die von den Deutschen am häufigsten wahrgenommene Form der Umweltbelastung und darüber hinaus eines der zentralsten Themenfelder im Diskurs von ›Umwelt und Gesundheit‹.

Vorschulkinder waren bisher in das Thema Lärm nicht mit einbezogen, da hier spezielle methodische und didaktische Kenntnisse sowie Entwicklungsarbeit erforderlich sind. Ansatzpunkt des Projekts ist, Kinder frühzeitig für ›Laut‹ und ›Leise‹ und deren Auswirkungen zu sensibilisieren. Hierdurch könnte ein Grundstein für ein späteres Verständnis und entsprechende Verhaltensweisen gegenüber unerwünschten Geräuschen gelegt werden. Lärm ist aber auch Ausdruck von Spaß und Lebensfreude der Kinder. Lärmprävention soll nicht dazu dienen, Kinder ›ruhig zu stellen‹.

Im Vorfeld haben die ProjektteilnehmerInnen die verschiedensten Institutionen und Gruppen der Stadt Magdeburg und des Landes Sachsen-Anhalt über das Projekt informiert und auch Unterstützung erhalten (z. B. Sozialministerium, Umweltministerium, Landesvereinigung für Gesundheit, Bürgermeister, Kinderbeauftragte, Jugend-, Umwelt- und Gesundheitsamt, Selbsthilfegruppe der Tinnitus-Liga, Hörgeräte-Akkustiker, Krankenkassen, Umweltverbände).

Der internationale ›Tag gegen Lärm‹, der am 24. April zum fünften Mal in Deutschland (www.tag-gegen-laerm.de) durchgeführt wird, dient unserem Projekt als Stichtag für Aktionen in Kindereinrichtungen. An diesem Aktionstag werden, durch die Kompetenz der ErzieherInnen von Kindereinrichtungen spielerisch Kenntnisse über die Problematik ›Lärm‹ vermittelt.

Zur Vorbereitung und Absprache mit den ErzieherInnen findet eine darauf ausgerichtete Informationsveranstaltung an der Hochschule statt, die neben einer Spielsammlung auch Informationsmaterial zur

Verteilung an Eltern bereithält. Darüber hinaus werden die ErzieherInnen über die neuesten Erkenntnisse ihrer ›Belastung durch Kinderlärm‹ und deren vielfältige Steuerungsmöglichkeiten informiert. Überraschend war die große Resonanz: Für diese Veranstaltung hat sich ein Viertel der ca. 120 öffentlichen und freien Träger von Kindereinrichtungen der Stadt Magdeburg angemeldet. Wir sind gespannt, ob wir über einen hoffentlich erfolgreichen ›Tag gegen Lärm‹ hinaus dadurch das Setting Kindergarten in Zukunft förderungswürdig nach § 20 SGB V bei den hiesigen Krankenkassen machen können, damit das Projekt ›LAERM‹ bzw. auch die zahlreichen anderen Themenfelder von Kinder-Umwelt-Gesundheit bereits in den Kindereinrichtungen zur kindgerechten Bildungsarbeit beitragen.

Literatur beim Verfasser. Unter www.kinderumweltgesundheit.de finden sich viele der hier angesprochenen Themenfelder. Es besteht hier die Möglichkeit, über weitere Projekte zu berichten. Thomas Hartmann, Hochschule Magdeburg-Stendal, Studiengang Gesundheitsförderung und -management, Tel. (03 91) 8 86 44 56

Viola Ehrhardt Thüringer Modellprojekt ›Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten‹

Durch die gesellschaftspolitischen Veränderungen in Thüringen hat sich sowohl die Situation der Kinder in den Familien als auch der Umfang der pädagogischen Betreuung in den Kindertagesstätten und Schulen erheblich geändert.

Die rasante Entwicklung in Wissenschaft und Technik und die daraus resultierende Leistungsorientierung unserer Gesellschaft lassen oft kaum noch Raum für eine selbstbestimmte positive Entwicklung von Kindern. Gleichzeitig wirkt der hohe Leistungsdruck, den selbst Kinder erfahren, einer gesundheitsfördernden Lebensweise entgegen. Aus diesen Gründen wird das Thema Gesundheitsförderung immer relevanter. Es stellt, bereits beginnend im Vor- und Grundschulalter, eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung einer gesunden Lebensweise dar. Dabei hat die Vermittlung von Werten und Normen gerade im Vorschulalter prägenden Charakter.

Damit das Thema Gesundheit in Kindertagesstätten Verbreitung findet, wurde 1996 in einer gemeinsamen Beratung der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. mit der Thüringischen Krebsgesellschaft die Idee für das Projekt zur Gesundheitsförderung und Krebsprävention im Vorschulbereich initiiert. Ziel des Projektes ist es, eine gesunde Lebensweise als durchgängiges Prinzip in den gesamten Lebensraum von Kindern zu integrieren. Die vorhandenen Beziehungen und das Gruppenerleben spielen hierbei eine wichtige Rolle. Von besonderer Bedeutung ist auch, dass die Eltern in die Projektarbeit einbezogen werden, um genauso wie ErzieherInnen eine Vorbildfunktion zu erfüllen bzw. die inhaltliche Arbeit zu vertiefen. Die Zielgruppen des Projektes sind Kinder aus Thüringer Kindertagesstätten, interessierte Eltern und pädagogische Fachkräfte der Einrichtungen. Die Projektziele von ›Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten‹ sind:

- Vermittlung einer gesunden Lebensweise
- Förderung einer positiven und gesunden Entwicklung
- Vermittlung spielerischer Lernerfahrungen zum Thema Gesundheit
- Einbettung einer gesundheitsorientierten Lebensweise in den gesamten Tagesablauf der Kindertagesstätte

- Vermittlung von Anregungen für die beteiligten ErzieherInnen und interessierte Eltern

Inhaltlich setzt sich das Projekt aus sieben ›Bausteinen‹ zusammen:

1. ›Ernährung, Umwelt, Zahngesundheit in Kindertagesstätten‹;
2. ›Bewegung, Spiel und Sport‹;
3. ›Was Hänschen nicht lernt, ...‹ – Suchtprävention in der Kindertagesstätte;
4. ›Hauen ist doof ...‹ – gewaltfrei und lustvoll miteinander leben;
5. ›Der kleine Unterschied‹ – Sexualpädagogik im Kindergarten;
6. ›Erste Hilfe – Fit für den Notfall‹;
7. ›move it – Mobilitätstraining zur Kindersicherheit‹.

Zu Beginn der Projektlaufzeit erfolgte eine Ausschreibung der Angebote in den entsprechenden Regionen. Die PädagogInnen der Kindertagesstätten können sich, ihrer eigenen pädagogischen Schwerpunktsetzung und ihren Bedürfnissen entsprechend, für einen oder mehrere Themenbausteine entscheiden. Im Sinne der Ganzheitlichkeit ist es jedoch von Vorteil, wenn eine Kindertagesstätte alle ›Bausteine‹ wählt. Pro Thema wird 4 mal eine Veranstaltung (45–60 Min.) in der Kindertagesstätte angeboten. Die Verantwortung für Vor- und Nachbereitung tragen die ErzieherInnen gemeinsam mit den Eltern. Eine Projektevaluation wird von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. durchgeführt. Die finanzielle Absicherung des Projektes erfolgt durch die Bereitstellung von Projektmitteln der Landeskrankenkassen, so dass jährlich über Art und Umfang der Projektrealisierung neu entschieden werden muss.

Die Kindertagesstätten zeigten eine positive Resonanz auf das Projektangebot. Zur Umsetzung der o. g. ›Bausteine‹ sollte die optimale Gruppengröße von 12–15 Kinder nicht überschritten werden. Die Teilnahme der Kinder sollte möglichst konstant gehalten werden. Günstig für den Projektverlauf ist die Teilnahme derselben ErzieherInnen innerhalb eines Bausteins. Dies ist für die Beobachtung bzw. die daraus resultierenden Unterstützungsmöglichkeiten für die Kinder sehr sinnvoll und dient gleichzeitig zur Weiterbildung der ErzieherInnen innerhalb des Arbeitsprozesses.

Seit 2001 wird das Projekt in der Region des Ilm-Kreises umgesetzt. Voraussichtlicher Abschluss wird im Frühjahr 2002 sein. Die Vorbereitungsphase für die nächste und damit dritte Projektumsetzung im Saale-Holzland-Kreis läuft momentan.

Damit auch andere Einrichtungen von den Projekterfahrungen profitieren können, sind begleitende Arbeitsmaterialien/Handmaterial sowie ein Medienpaket (Handmaterial, Videomitschnitt und Musik-kassette) für die weitere Umsetzung der Themen in den Kindereinrichtungen erstellt worden. Die Eltern und ErzieherInnen einer Einrichtung haben nach Projektabschluss ihr pädagogisches Konzept dahingehend verändert, dass sich die Einrichtung zum ›Kindergarten der Gesunden Lebensweise‹ profiliert. Die Dokumentation und Arbeitsmaterialien werden bundesweit angeboten und sind über die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. zu beziehen.

Viola Ehrhardt, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.,
Carl-August-Allee 9, 99423 Weimar, Tel.: (0 36 43) 5 922 3

Im Rahmen der gesetzlichen Förderung von Einrichtungen zur VerbraucherInnen- und PatientInnenberatung wird die Landesvereinigung für Gesundheit eine Datenbank der in Niedersachsen bekannten Initiativen und Einrichtungen zur PatientInnenunterstützung aufbauen. Ratsuchende werden sich später über das Internet und eine Telefonsprechstunde einen Überblick verschaffen können, wer in Niedersachsen in Gesundheitsfragen folgende Leistungen anbietet:

- Information
- Beratung
- Beschwerdemanagement
- Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen.

Ziel ist es, einen unabhängigen Überblick über die Angebote aufzubauen und aktuell vorzuhalten.

Hierzu wird an uns bekannte Einrichtungen und Initiativen ein Fragebogen verschickt. Um die Ist-Analyse zu vervollständigen, sind wir auf die Mitarbeit auch von uns nicht bekannten Initiativen angewiesen. Wer sich angesprochen fühlt und seinen Beitrag zu mehr Transparenz leisten möchte, kann bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. den Fragebogen anfordern. (bb)

Ansprechpartnerin: Bärbel Bächlein, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2,
30165 Hannover, Tel.: (05 11) 3 500 0 52, Fax: (05 11) 3 505 5 95, E-Mail: lv-gesundheit.nds.@t-online.de

Tagungsbericht **Armut und Gewalt – Wie können Kinder und Jugendliche aus unterversorgten Familien in ihren Ressourcen gestärkt werden?**

Kinder aus Armutsfamilien haben ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko, sowohl im Hinblick auf körperliche wie auch auf seelische Störungen. Sie sind in Sonderschulen, Heimen, Kinder- und Jugendpsychiatrien und -strafanstalten deutlich überrepräsentiert. Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass für Störungen der sozial-emotionalen Entwicklung fast ausschließlich psychosoziale Belastungen verantwortlich sind, zu denen Armut als wesentlicher Faktor zu rechnen ist.

Armut führt allerdings nicht automatisch zu Gewaltakzeptanz oder Gewalttätigkeit. Ein großer Teil der armen Jungen und Mädchen lehnt Gewalt ab und sucht andere Lösungen. Trotz hoher Belastungen gelingt es ihnen, den Anforderungen von Schule und Umwelt zu genügen und das Gewaltisiko zu verringern. Dazu müssen sie auf personale und soziale Ressourcen zurückgreifen, die ihnen die Bewältigung der Belastungen ermöglichen.

Erklärtes Ziel der Tagung war, den Zusammenhang von Risiko- und Schutzfaktoren stärker zu beleuchten und Handlungsvorschläge für die Praxis von Sozial- und Gesundheitssektor zu entwickeln. Die ReferentInnen näherten sich dem Thema aus unterschiedlichen Perspektiven.

Dr. Michael Kögler, Winnicott Institut Hannover, verdeutlichte in seinem Beitrag, dass insbesondere in den Bereichen Gesundheit und Soziales, Kinder einer Benachteiligungsspirale mit schwerwiegenden Folgen unterliegen. Nur ein Wechsel von der herkömmlichen Komm-Struktur zu einer Hin-Orientierung professioneller Helfer in Einrichtungen wie Kindergärten und Schulen, kann seiner Ansicht nach diesen fatalen Prozess unterbrechen.

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, nannte in ihrem Vortrag Beispiele für das Belastungserleben von armen Kindern und Jugendlichen und geschlechtsspezifische Versuche der Belastungsbewältigung. Aus einer Analyse verschiedener Studien zu Armutserleben und -bewältigung wurden stützende und stabilisierende Faktoren extrahiert, die im günstigen Fall schützend als personale oder soziale Ressourcen wirken können. Ergänzt durch Modellbeispiele wurde auf die Bedeutung unterstützender Strukturen in Familie, Schule/außerhäuslicher Kinderbetreuung und Freizeit zum Ausgleich armutsbedingter Defizite und Problemlagen hingewiesen, die

im näheren und weiteren Umfeld Auswirkungen von Armut erheblich mindern können.

Dr. Manfred Laucht, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, stellte die aktuellen Ergebnisse der Mannheimer prospektiven Längsschnittstudie zu Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung vor, mit der eine Kohorte von 362 Kindern (darunter mehr als dreihundert sog. »Risikokinder«) in ihrer individuellen und familiären Entwicklung von der Geburt bis ins Jugendalter begleitet wird.

Die Längsschnittforschung an Risikokindern hat eindrücklich gezeigt, dass die nachteiligen Folgen früher Risikobelastungen als Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bis ins Erwachsenenalter fortbestehen können. Zugleich wurde aber auch deutlich, dass sich individuelle Reaktionen auf Belastungen durch eine außerordentliche Heterogenität auszeichnen. Die Untersuchungsergebnisse bis zum Alter von elf Jahren machen deutlich, dass die Entwicklungsprognose vor allem davon abhängt, wie Risiko- und Schutzfaktoren des Kindes und seiner sozialen Umgebung zusammen wirken. Sie unterstreichen darüber hinaus die große Bedeutung individueller Kompetenzen für die Prävention von Verhaltensstörungen.

Prof. Dr. Günther Opp, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, nahm in seinem Beitrag Stellung zu der Herausforderung, mit der Schulen in diesem Zusammenhang zunehmend konfrontiert sind, für die sie sich aber nicht traditionell zuständig fühlen. Die Frage, ob Schule diesen modernen Herausforderungen an Erziehung gerecht werden kann oder damit unweigerlich eine De-Professionalisierung der Lehrkräfte verbunden ist, wurde einer kritischen Analyse unterzogen. Wie weit die Schule ihre SchülerInnen auch in einem erzieherischen Sinne stärken und insbesondere in den Dimensionen LehrerInnen, SchülerInnen, Schule ressourcenstärkend wirken kann, bleibt nach seiner Darstellung abzusehen. In drei Workshops zu Familie, Schule, Freizeit wurden diverse Praxisbeispiele aus den Settings Familie, Schule und Verein vorgestellt, die ressourcenstärkend wirken können. (ar)

Tagungsbericht **PatientInnenrechte und Bürgerbeteiligung**

Der aktuelle Stand und mögliche Perspektiven der Umsetzung individueller und kollektiver PatientInnenrechte wurde in Bremen am 7. und 8. Dezember 2001 von rund 100 Fachleuten diskutiert. Das Institut für Gesundheits- und Medizinrecht an der Universität Bremen hatte hierzu eingeladen in Fortführung der bereits länger geführten Diskussion über eine Charta der PatientInnenrechte.

Am Vormittag des ersten Veranstaltungstages standen rechtspolitische Themen auf der Agenda. So nahm nach den Vorträgen die Diskussion um eine PatientInnencharta vs. PatientInnenrechte einen großen Raum ein. Strittig war dabei vor allem, in wieweit Selbstverpflichtung erfolgreich sein kann. Muss nicht der Gesetzgeber immer drohend im Hintergrund stehen? Wie steht es um die Überschaubarkeit der Aufgaben bzw. Beteiligten? Als negatives Beispiel wurde die Umweltpolitik mit dem Dualen System Deutschland und der Selbstverpflichtung der Verpackungsindustrie angeführt. Dem wurde das Argument entgegengesetzt, dass »Recht nur der Abwicklung enttäuschter Erwartungen diene.«

Bei der am Nachmittag geführten inhaltlichen Auseinandersetzung über Optionen von Beteiligungsmodellen sowie der Legitimation von VertreterInnen fanden sich die Schlagworte »Verfahrensbeteiligung«, »Beratungsbeteiligung« und »Entscheidungsbeteiligung« wieder. Oder mit anderen Worten: wer ist wann, wie und wo zu beteiligen. Dies gilt für die Anzahl bzw. den prozentualen Anteil der VertreterInnen von PatientInnen in den Gremien, für die Repräsentativität der Gruppenzugehörigen oder eben den Verbindlichkeitsgrad der von ihnen mitgetroffenen Entscheidungen. Dazu kommt die oftmals nicht vorhandene Verbändestruktur auf Seiten der VertreterInnen von PatientInnen. Oftmals tragen die InteressenvertreterInnen die Kosten eines erfolgreichen Lobbyings selbst, weil keine Finanzierung über gefestigte Strukturen möglich ist.

In der Abschlussdiskussion wurde seitens der TeilnehmerInnen offen bemängelt, dass von den per Wahlen bestellten VertreterInnen von PatientInnen, nämlich den SelbstverwalterInnen in den Krankenkassen, überhaupt keine Tagungsbeteiligung vorlag. Vielleicht auch ein Hinweis darauf, dass zwischen den traditionellen und neuen Beteiligungsformen keine Verbindungslinien bestehen. Oder wie ein Teilnehmer es formulierte: »Verwaltungsrate sind unattraktiv und ein Seniorenprogramm.« (bb)

A

Aktuelles

Bürgergesellschaft und Sozialstaat

Welche Ansatzpunkte zur Stärkung der Bürgergesellschaft gibt es in Deutschland? Wie kann man Bürgergesellschaft und Sozialstaat zusammendenken? Diesen Fragen gingen die rund 100 TeilnehmerInnen auf einer Tagung der Heinrich Böll Stiftung am 15. und 16. Februar in Berlin nach.

In seinem Einführungsreferat betonte Prof. Herfried Münkler, dass der Staat eine ermöglichende Infrastruktur für ein aktives bürgerschaftliches Handeln schaffen müsse. Die BürgerInnen wiederum müssten vor allem eine ›Differenzierungskompetenz‹ entwickeln, um in ihrem Engagement Prozesse professioneller Differenzierung und gesellschaftlicher Segregation kompensieren zu können. Neben diesem hohen Kompetenzzumutungen an die BürgerInnen müsse es für bürgerschaftliches Engagement auch eine Art ›freiwillige Selbstverpflichtung‹ bzw. ›verpflichtende Freiwilligkeit‹ geben, sonst bleibe es rein ornamental.

In acht Workshops wurden im weiteren Problemanalysen zu zentralen Bereichen des sozialen Systems formuliert und Politikvorschläge entwickelt und diskutiert, wie bürgerschaftliches Handeln als Zusammenspiel zwischen Staat, Gesellschaft und BürgerInnen gestärkt werden kann. In vier Blöcken standen den TeilnehmerInnen zeitgleich zwei Workshops zu den Feldern Unternehmensengagement, Gesundheitssystem, soziale Sicherung, Kinder, Kultur, Stadtentwicklung, Arbeit und Parteien-/Medien-demokratie zur Wahl.

Die Politikvorschläge in den Workshops wurden mitunter kontrovers diskutiert, etwa die Forderung von Prof. Bernhard Badura, es müsse eine ›dritte Bank‹ im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen geben, mit der PatientInnen an den Entscheidungen dieses Gremiums beteiligt sind. Christoph Kranich von der Verbraucherzentrale Hamburg sah hier die Gefahr, dass Ärzte die PatientInnenvertretung für die Durchsetzung ihrer Interessen instrumentalisieren könnten. Auch das von Prof. Gert G. Wagner (DIW) vorgestellte Modell der Ausgabe von Gutscheinen zur Kinderbetreuung an Eltern wurde von einigen TeilnehmerInnen kritisiert. Das Modell sieht zur Verbesserung des Angebots von Kindertagesstätten die Festlegung unabhängiger Qualitätskriterien für die Standards in Kitas vor. Zugelassen werden auch gewerbliche Anbieter, die diese Kriterien erfüllen. Die Eltern lösen die Gutscheine bei der Einrichtung ihrer Wahl ein; auf diese

Weise würden die Angebote schlechter Anbieter nicht mehr nachgefragt. Hier wurde eingewandt, es handle sich um ein sehr umständliches System, das die Selbstregulierungskräfte des Marktes überschätzt.

In den Workshops wie auch beim abschließenden ›Round Table‹ mit VertreterInnen aus Politik und Verbänden herrschte ein Konsens unter vielen ReferentInnen und TeilnehmerInnen, dass Bürgergesellschaft heute für keine der Parteien ein Thema von essentiellern Belang ist. Ein mehr an Bürgergesellschaft schein von vielen gesellschaftlichen Interessengruppen nicht gewünscht. Wo lässt sich also ansetzen? Dr. Adrian Reinert (Stiftung Mitarbeit in Bonn) zufolge werden gesellschaftliche Veränderungen in Richtung einer aktiven Bürgerbeteiligung von den Subkulturen getragen, auf deren Entwicklung sich die Tagung vielfach richtete. In Schulen, der Stadtteilarbeit, in Selbsthilfegruppen bietet sich BürgerInnen Gestaltungsspielraum für bürgerschaftliches Engagement. Reinert betonte, dass auch Gerechtigkeitsfragen fundamental für die Weiterentwicklung der Bürgergesellschaft seien: Wer sozial benachteiligt ist und die Gesellschaft als ungerecht empfindet, wird sich kaum für ihr Gemeinwesen einsetzen. (kl)

Ulrich Schwabe, Mandy Waberer Servicepoint ›Gesundheitsförderndes Krankenhaus‹ in Sachsen-Anhalt

In Krankenhäusern in Deutschland hat sich in den letzten Jahren ein Wandel vollzogen. Sie durchlaufen tiefgreifende strukturelle Veränderungen, die große Herausforderungen mit sich bringen. Eine Möglichkeit, diesen Herausforderungen zu begegnen, ist eine Krankenhausentwicklung durch Gesundheitsförderung.

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser setzen auf die Mitwirkung und Mitentscheidung der MitarbeiterInnen und PatientInnen, auf gesunde Arbeitsbedingungen sowie auf interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung. Wichtig dabei ist, dass die gesundheitsfördernden Maßnahmen in die Tagesroutinen einfließen und durch das interne Qualitätsmanagement einer ständigen Überprüfung unterliegen.

In Sachsen-Anhalt gibt es seit 1995 zwei erfolgreiche Modellversuche, Krankenhäuser humaner und wirtschaftlicher zu gestalten.

In den Jahren 1998 und 1999 erfüllten das Klinikum ›Dorothea Christiane Erxleben‹ in Quedlinburg und das Städtische Klinikum Magdeburg die Kriterien zur Aufnahme in das deutsche und internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser.

Über das Modellprojekt ›Gesundheitsförderndes Krankenhaus‹ zwischen der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. und dem Städtischen Klinikum Magdeburg wurde in den Medien und auf Fachkonferenzen berichtet und auch dadurch das Interesse anderer Krankenhäuser geweckt. Im Jahr 1999 entschloss sich die Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Angebote für die steigende Nachfrage zu entwickeln. So entstand die Idee des Servicepoints ›Gesundheitsförderndes Krankenhaus‹.

Im Servicepoint bietet die Landesvereinigung in Kooperation mit anderen PartnerInnen ein breites Spektrum von Maßnahmen an, um Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt über Gesundheitsförderung zu profilieren. Ziel des Angebots ist es, durch professionelle Hilfe selbstbestimmte Krankenhausentwicklung anzuregen. Leistungen werden u.a. in Form von persönlicher und telefonischer Beratung, der Planung und Durchführung von Veranstaltungen, Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen bzw. der Verbindung zum deutschen und internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser angeboten.

Da Krankenhäuser einen unterschiedlichen Bedarf an Maßnahmen zur Profilierung eines gesundheitsfördernden Krankenhauses aufweisen, müssen die Angebote des Servicepoints den Strukturentwicklungen im jeweiligen Krankenhaus Rechnung tragen. Genutzt werden die Leistungen des Servicepoints zur Zeit durch mehrere Krankenhäuser aus Sachsen-Anhalt, auf deren Anforderungen gezielt eingegangen wird.

Trägerin des Servicepoints ›Gesundheitsförderndes Krankenhaus‹ ist die Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., gefördert wird er von der AOK Sachsen-Anhalt und der Unfallkasse Sachsen-Anhalt. Die beteiligten Förderinstitutionen stellen im Servicepoint auch eigene Leistungen zur Verfügung.

*Ansprechpartner: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Dr. Ulrich Schwabe,
Mandy Waberer, Bandwikerstr. 12, 39114 Magdeburg,
Tel.: (03 91) 8 36 41 11, Fax: (03 91) 8 36 41 10,
E-Mail: LVG@regiocom.net*

Unter diesem Titel fand am 18. und 19. Februar 2002 in Witten eine Fachtagung statt, zu der die Heinrich-Böll-Stiftung NRW, das Institut für Pflegewissenschaften der Universität Witten-Herdecke und die Evangelische Akademie Iserlohn eingeladen hatten. In ihrem Eingangsreferat zum Thema ›Neue Qualitätsanforderungen in der Pflege‹ forderte Christel Bienstein, Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten-Herdecke, einen radikalen Perspektivenwechsel in der Pflege. Neben neuen Wegen in der Ausbildung sei vor allem die Erarbeitung von Schlüsselkompetenzen wie z. B. PatientInneninformation und -beratung, Angehörigenarbeit, interkulturelles Wissen und Netzwerkkompetenzen nötig.

Dr. Horst Bongardt, Gesamthochschule Wuppertal, wies in seinem Vortrag ›BürgerInnen-Beteiligung/PatientInnen-Beteiligung – ein Erfolgsmodell?‹ darauf hin, dass die Forderung nach einer Beteiligung von PatientInnen im Gesundheitssystem zwar sehr aktuell sei, das Thema aber derzeit stark aus der Sicht der MedizinerInnen diskutiert werde. Modelle zur Umsetzung von PatientInnenbeteiligung sind z. B. Ombudsleute, PatientInnenfürsprecherInnen oder auch der Aufbau von Netzwerken wie Gesundheits- und Pflegekonferenzen. Am Beispiel von Zukunftswerkstätten, Mediation und Planungszellen stellte Bongardt verschiedene Verfahrensweisen aus dem politischen Beteiligungsbereich vor, die sich auch für das Thema PatientInnen-Beteiligung eignen. Hier werde PatientInnen-Beteiligung als Chance für alle PatientInnen verstanden, in die Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen mit einbezogen zu werden. In der anschließenden Diskussion wurde kritisch angemerkt, dass die genannten Gremien i. d. R. nicht entscheidungsbefugt seien und dadurch viele der entwickelten Ideen nicht umgesetzt würden. In Pflegekonferenzen seien außerdem die Gruppe der PatientInnen und Angehörigen sowie die VertreterInnen der Selbsthilfe deutlich unterrepräsentiert.

Im weiteren Verlauf der Tagung wurden Vorschläge für eine verbesserte PatientInnenbildung formuliert und verschiedene Praxisprojekte vorgestellt, wie z. B. das family-nurse-Konzept der WHO oder die von der Verbraucher-Zentrale NRW getragene Pflegeberatungsstelle im Landkreis Unna. Nach dem Landespflegegesetz sind alle Landkreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen verpflichtet, unabhängige Beratungsstellen einzurichten, die über die Land schaftsverbände finanziert werden.

In seinem Referat ›Der Netzwerk-Gedanke in der Pflege‹ gab Andreas Büscher, Universität Witten-Herdecke, eine Einführung in die Netzwerktheorie und stellte dann beispielhaft ein telematikgestütztes Netzwerk zur Unterstützung von PatientInnen vor. Anschließend wurden in drei Arbeitsgruppen Überlegungen zur Entwicklung eines ortsgebundenen Netzwerkes angestellt. In der Abschlussdiskussion wurde vorgeschlagen, ein Internet-Forum einzurichten, um über bestehende Projekte, Ideen, Arbeits- und Vernetzungsvorhaben zu berichten. (ib)

Kongress ›Zukunft Ernährung‹ – Niedersachsen stellt Weichen für die Zukunft der Ernährung

Mit dem Kongress ›Zukunft Ernährung‹ am 30. und 31. Mai 2002 in Oldenburg setzt die Niedersächsische Landesregierung die Auseinandersetzung mit zentralen Fragen zukünftigen politischen Handelns im Rahmen der Kongressreihe Zukunft Niedersachsen fort.

›Zukunft Ernährung‹ soll im Dialog mit Praktikern, Wissenschaftlern und Visionären aus aller Welt Chancen und Risiken von der Erzeugung über die Verarbeitung und die Ladentheke bis hin zu den Kauf- und Ernährungsgewohnheiten als Ganzes diskutieren und Wege in die Zukunft der Ernährung weisen.

Die jüngsten Krisen und der Vertrauensverlust bei den Verbrauchern durch BSE und Maul- und Klauenseuche sollen für uns ein Anstoß sein, Erkenntnisse, Erfahrungen und Entwicklungschancen in der Landwirtschaft und in der Lebensmittelverarbeitung zur Verbesserung unserer Gesundheit miteinander zu verknüpfen. Es sollen auf dem Kongress Empfehlungen der Regierungskommission ›Zukunft der Landwirtschaft – Verbraucherorientierung‹ aufgegriffen und übergreifende gemeinsame Konzepte mit der Gesundheits- und Ernährungsforschung sowie der Verbraucherinformation und Gesundheitsbildung erarbeitet werden. ›Zukunft Ernährung‹ bietet ein Forum für die Erfahrungen und Erkenntnisse der Wissenschaft über die Zusammenhänge von Gesundheit, Lebensmittelproduktion und Ernährung. Der Kongress soll ebenso ein Forum sein für neue Ideen und Anstöße in der Prävention und Gesundheitsbildung.

Der Kongress wird durch Ministerpräsident Sigmar Gabriel eröffnet. Referenten des Eröffnungsplenums sind u. a. Professor Theo Gottwald, Vorstand der Schweisfurth-Stiftung und Dr. Claus Hipp, Vorstand der Hipp Werke. In drei Workshops sollen neueste Erkenntnisse aus der Gesundheits- und Ernährungsforschung, Ernährungsberatung und Prävention sowie zu Qualität und Sicherheit in den Lebensmittelproduktion vorgestellt und diskutiert werden. Über 30 Referentinnen und Referenten wollen Perspektiven erarbeiten für eine bessere Zusammenarbeit in der Forschung, in der Erziehung für eine gesündere Ernährung in Schulen oder bei besonderen Zielgruppen sowie für Qualität und Sicherheit in der landwirtschaftlichen Produktion und Lebensmittelverarbeitung.

Die begleitende Ausstellung soll Anregungen und Information über aktuelle Konzepte in der Landwirtschaft, Lebensmittelproduktion, Ernährung geben sowie eine Übersicht über nachhaltige Produktionsweisen, gesündere Ernährung und Beratungsmöglichkeiten. Besucherinnen und Besucher werden Informationen und Empfehlungen rund um Verbraucher- oder Gesundheitsberatung, für die Ernährung im eigenen Haushalt oder in Großküchen oder Ernährungsbildung für bestimmte Bevölkerungsgruppen geboten.

Aktuelle Informationen zum Kongress ›Zukunft Ernährung‹ und das ausführliche Programm gibt es unter www.zukunft.niedersachsen.de

Rio plus 10

2002 ist es zehn Jahre her, seit die UN-Konferenz für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro stattfand und die Agenda 21 als Aktionsprogramm für das 21. Jahrhundert verabschiedete. Aus diesem Anlass wird der Newsletter *impulse* in seinen Ausgaben des Jahres 2002 eine Sonderseite zu Rio plus 10 einrichten und über die Geschehnisse berichten. Zu Beginn wird die historische Entwicklung bis 1992 in Erinnerung gerufen und ein Ausblick auf die Aktivitäten in diesem Jahr gegeben.

Wie alles anfang

»Das Leitbild Sustainable Development und die Agenda 21 können als vorläufiges Ergebnis eines langjährigen Diskussionsprozesses zum Thema Umwelt und Entwicklung angesehen werden.« (Manfred Born). Als mitentscheidenden Auslöser für diese Diskussion benennt er Umweltkatastrophen in den industrialisierten Ländern des Nordens, wie z. B. winterlichen Smog in London, Quecksilbervergiftungen in Japan, große Ölpest durch Tankerunglücke, die in den 50er und 60er Jahren stattfanden.

Einen besonderen Aufschwung bekam die Diskussion um internationalen Umweltschutz durch die vom Club of Rome in Auftrag gegebene Studie »Die Grenzen des Wachstums«. Darin wurde ein ökologischer Kollaps in weniger als 100 Jahren prognostiziert. Dadurch wurde offensichtlich, wie sehr die Umweltprobleme einer Globalisierung unterlagen.

1972 fand in Stockholm die erste internationale Konferenz der Vereinten Nationen über die menschliche Umwelt statt. Ziel der Industrieländer war, die industrielle Umweltverschmutzung zu begrenzen und Maßnahmen zum Schutze von Ökosystemen zu vereinbaren. Die Prioritätenliste der Entwicklungsländer sah demgegenüber ganz anders aus. Die Bekämpfung von Armut, die Versorgung mit sauberem Trinkwasser, der Aufbau von Schul- und Berufsbildungssystemen sollten durch rasche und billige »nachholende« Industrialisierung erreicht werden. Umweltschutzfragen genossen dabei kaum Priorität.

Als Erfolg der Stockholm-Konferenz konnte angesehen werden, dass die Entwicklungsländer überzeugt werden konnten, dass es sich bei Dürren, Überschwemmungen und unzureichenden hygienischen Bedingungen auch um Umweltprobleme handele. Es resultierte aus dieser Diskussion die Formel: »poverty is the biggest polluter«. Zudem

wurden 1972 die Abholzung tropischer Regenwälder, die Meeresverschmutzung, das Waldsterben und der Treibhauseffekt neu als Umweltprobleme identifiziert.

Anfang der 70er Jahre drängte der Ölpreisschock das Umweltthema ganz an den Rand. Der Bariloche-Report »Grenzen des Elends« bezog in dieser Zeit klar eine Gegenposition zum Club of Rome. Die Diskussion ging in eine andere Richtung. Nicht das ökonomische Wachstum, sondern der maßlose Konsum der Industrieländer führe zu dieser misslichen Lage. Technologiegläubig wurde als Lösung formuliert, dass die Industrieländer den Konsum einschränkten. Das wirtschaftliche Wachstum, das in den Entwicklungsländern angestrebt wurde, wurde für technisch kontrollierbar gehalten.

1982 fand die Nachfolgekonferenz in Nairobi statt. Ernüchterung machte sich breit. Alle Aktionsprogramme und angekündigten Umweltstrategien verfehlten ihre Wirkung. Die Maßgabe der Langfristigkeit kam mehr und mehr in den Blickpunkt. 1983 wurde die Sonderkommission »Weltkommission für Umwelt und Entwicklung« von der Generalversammlung der UN eingesetzt. 1987 wurde der Abschlussbericht »Our common future« veröffentlicht, auch als Brundtland-Bericht bekannt geworden.

Der Brundtland-Bericht stellte fest, dass die globale Umweltkrise Realität ist und die ganze Menschheit bedroht. Als Gründe für die Umweltkrise wurden Armut, wachstumsbedingter Ressourcenverbrauch und die Wirtschaftskrise des Südens ausgemacht. Um die Probleme der Armut und der Umwelt- und Ressourcenzerstörung gleichzeitig lösen zu können, wurde eine neue Qualität von Wachstum gefordert.

Mit dem Brundtland-Bericht avancierte »nachhaltige Entwicklung« oder »sustainable development« zum Schlüsselbegriff und Leitbild der 90er Jahre. Unter sustainable development wird eine dauerhafte, nachhaltige Entwicklung verstanden, die den Bedürfnissen der heutigen Generation Rechnung trägt, ohne zukünftige Generationen darin zu gefährden, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen und ihren eigenen Lebensstil zu wählen.

Der Brundtland-Bericht gab den Anstoß, eine zweite internationale Umweltkonferenz (UNCED) 1992 in Rio de Janeiro abzuhalten. Von allen dort verabschiedeten Dokumenten am bekanntesten geworden ist der Aktions-

plan für nachhaltige Entwicklung, die sog. Agenda 21 mit 40 Einzelpunkten. Die Verabredung war, innerhalb der nächsten zehn Jahre, also bis 2002, diese Ziele im nationalen und internationalen Rahmen konkret umzusetzen.

Die Kommission für nachhaltige Entwicklung

Auf der Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung 1992 wurde in Rio de Janeiro die Commission on Sustainable Development (CSD) gegründet. Seit 1993 tagt die CSD einmal jährlich für zwei Wochen im UN-Hauptquartier in New York. Sie hat die Aufgabe, die nationale und internationale Umsetzung der Rio-Beschlüsse, insbesondere der Agenda 21, zu überwachen.

Formal ist die CSD eine von neun Fachkommissionen des Wirtschafts- und Sozialrates der Vereinten Nationen (ECOSOC), ähnlich wie die Menschenrechtskommission. Die ECOSOC untersteht der UN-Generalsammlung und hat kaum eigene Entscheidungskompetenzen. Die CSD spricht ihre Empfehlungen für den weiteren Umsetzungsprozess auf der Grundlage der nationalen Berichte der Regierungen sowie der Berichte von Nichtregierungsorganisationen (NGOs) aus, die damit eine verhältnismäßig weitreichende Beteiligungsmöglichkeit erhalten.

Die Rio-Konventionen Klima, Biodiversität und Desertifikation haben jeweils extra Sekretariate und eigene jährliche Verhandlungsprozesse.

Rio + 10 in Johannesburg

Vom 26. August bis 4. September 2002 findet in Johannesburg in Südafrika der Weltgipfel für nachhaltige Entwicklung statt. Zu der Konferenz werden rund 40.000 TeilnehmerInnen erwartet, darunter Staatschefs von 192 Staaten und 6.000 offizielle Delegierte. Von internationalen Nichtregierungsorganisationen wird parallel ein »Gipfel der Zivilgesellschaft« organisiert, zu dem bis zu 65.000 BesucherInnen erwartet werden.

Nähere Informationen unter www.worldsummit2002.de

Der Stadtteil Fedderwardergroden, ein sozialer Brennpunkt der Stadt Wilhelmshaven

Die Kindertagesstätte Regenbogen der Ev.-luth. Friedenskirche liegt im Stadtteil Fedderwardergroden, im Norden der Stadt Wilhelmshaven. Die Bevölkerung ist gekennzeichnet durch hohe Arbeitslosigkeit, etwa ein Drittel sozialschwache, von Sozialhilfe abhängige Familien, Alleinerziehende und Familien mit häufig wechselnden Bezugspersonen, SpätaussiedlerInnen mit vielfältigen Problemen, Familien, die ihren alltäglichen Aufgaben der Lebensbewältigung nur schwer und unzureichend nachkommen können.

Hier treffen also Menschen mit so verschiedenen und problematischen Familienkonstellationen aufeinander, wie sie in der Sozialwissenschaft als charakteristisch für den schwächeren Teil unserer modernen Gesellschaft beschrieben werden.

Im Kindergartenbereich gehört u.a. dazu, dass längst nicht alle Kinder ein warmes Mittagessen bekommen, dass nur einem Teil von ihnen ein Frühstück eingepackt wird oder dass manchmal Eltern am Ende des Monats kaum noch genug Geld haben, um Brot zu kaufen. Nach den Untersuchungsergebnissen des Jugendzahnärztlichen Dienstes liegt die Zahngesundheit der Kinder dieses Stadtteils am unteren Ende der Rangliste. Im Durchschnitt hat jedes Kind drei von Karies befallene Zähne, häufig anzutreffen sind die vor dem Zahnwechsel zerfressenen Milchzähne, manche haben vor der Kindergartenzeit noch keine Zahnbürste gesehen.

Die Ev.-luth. Kindertagesstätte Regenbogen

In der KiTa-Regenbogen werden in vier Regel- und in einer Integrationsgruppe 118 Kinder betreut: halbtags mit und ohne Mittagessen und ganztags. 13 Pädagoginnen und 6 Hauswirtschaftskräfte sorgen für einen kundenorientierten Dienstleistungsbetrieb. In der hauseigenen Küche werden täglich ca. 130 Mahlzeiten hergestellt, für 70 Kinder unserer Einrichtung, der Rest für zwei andere Kindertagesstätten in der näheren Umgebung.

1996/97 wurde fast eine Million DM in das seit 1966 bestehende KiTa-Gebäude investiert, einschließlich einer modern eingerichteten Großküche. Damit einher ging ein Wechsel der Mitarbeiterinnen und ein neues Küchen- bzw. Ernährungskonzept. Den Familien des Stadtteils sollte das Angebot einer an neuesten ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen ausgerichteten Kost gemacht werden.

Der Weg der Umsetzung

Zwei weitere Kindertagesstätten als neue KundInnen: Der Bestand der Großküche war und ist nur gesichert, wenn ca. 130 Mahlzeiten täglich verkauft werden. Zwei weitere Kindertagesstätten konnten gewonnen werden, ihre Mahlzeiten von uns zu beziehen.

Um eine gute Zusammenarbeit aufzubauen und Zufriedenheit herzustellen, wurden Gespräche mit den Leiterinnen und Mitarbeiterinnen geführt. Wie viele Kinder nehmen am Essen teil? Welche Probleme könnten auftreten? Was wird gewünscht, und zwar sowohl von Kindern als auch von Eltern und Mitarbeiterinnen? Regelmäßig wurde nachgefragt und die Zufriedenheit mit der Verpflegung erhoben. Wunschspeisepläne konnten abgegeben werden, ebenso wurden Bedarfe nach besonderen Diäten berücksichtigt. Seit Beginn des Jahres versorgen wir einmal wöchentlich auch die Grundschule des Stadtteils mit Mittagessen. Finanziert wird das Projekt über Spenden mit dem Ziel, Schulkindern in diesem sozialen Brennpunkt eine warme Mahlzeit anzubieten.

Fortbildung: Die Hauswirtschaftsleiterin nahm an Fortbildungsveranstaltungen teil. Sie setzte sich dezidiert mit Erkenntnissen der modernen Ernährung für Kindergartenkinder auseinander. Ihr grundsätzliches Engagement für vollwertige, gesunde Ernährung und ihre Bereitschaft sich fortzubilden, waren von großem Nutzen. BIPS, das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, wurde zu einer kontinuierlichen Informationsquelle, ebenso das ›Bremerkindergartenkochbuch‹ und viele andere Publikationen. Ziel der Maßnahmen war es, sprachfähig zu werden, detailliert Auskunft geben zu können über die Zusammensetzung der Nahrung, über Hintergründe der Speiseplangestaltung. Bei uns wird eine optimale Mischkost angeboten, in der alle notwendigen Nährstoffe in einem für Kindergartenkinder richtigen Verhältnis vertreten sind. Lustige phantasievolle Namen für Gerichte taten das ihre, die Akzeptanz zu erhöhen. Piratentorten, Hasenteller, Omas süße Nudel, aber auch Grünkohlaufauf, Kaiserreis und ganz oft frisches Obst wecken Neugierde.

Aufklärung/Kommunikation: Regelmäßig bieten wir Informationsmaterial und Gespräche an. Bei Festen in der KiTa z.B. verdeutlichen Würfelzuckerberge den Zuckergehalt von Gummibärchen, Ketschup oder Fruchtzwergerl und Ölfläschchen den Fettgehalt von Kartoffelchips. Rezepte und Informationsschriften liegen aus, die Hauswirtschaf-

terin ist als Gesprächspartnerin präsent für Informationen, Kritik, Anregung und Lob. Mütter fragen immer häufiger in der Küche nach, wie denn dieses oder jenes Gericht gekocht wird – und sie bekommen Auskunft, wenn nicht sofort, so doch am nächsten Tag.

Frühstück: Auch das tägliche Frühstück der Kindergartenkinder hat sich verändert. Eine Elternbefragung gab das O.K. zu einer stärkeren Einflussnahme. Schon lange war es uns Pädagoginnen ein Anliegen, hier etwas zu tun, aber ohne erhobene Zeigefinger und ohne Besserwisserei. Den Start gab das Sponsoring einer Krankenkasse und einer Bäckerei. Jetzt gibt es jeden Dienstag ein gesundes Frühstück, das vom Kindergarten angeboten und, ganz wichtig, auch finanziert wird. Im Jahr 2002 unterstützt die Ev.-luth. Friedenskirche als Trägerin der Kindertagesstätte dieses Projekt mit 1.000 Euro. Darin wird die Wertschätzung dieser Arbeit für Gemeinde und Stadtteil sichtbar.

Kompromisse: Die Erfahrung zeigt, dass manchmal Kompromisse notwendig sind, um ein Ziel zu erreichen. Die Wünsche von Kindern entsprechen nicht immer ernährungsphysiologischen Erkenntnissen. So gab und gibt es heute noch ab und zu mal Ketschup und manche Speisen werden noch gesüßt. Nur über Kompromisse haben wir es erreicht, die Kinder auch an ungewohnte Speisen heranzuführen, die ihrer Gesundheit und ihrem Wachstum gut tun. Dabei war und ist das Vorbildverhalten der Mitarbeiterinnen ein wichtiger Baustein zur Motivation der Kinder. Langsam aber kontinuierlich stieg die Akzeptanz der Gerichte und damit der Küche und Mitarbeiterinnen. Unsere Küche ist heute ein wichtiges Qualitätskriterium unsere Einrichtung.

Beate Greulich, Diplompädagogin, Leiterin der Ev.-luth. Kindertagesstätte Regenbogen, Preußenstr. 45 a, 26388 Wilhelmshaven, E-Mail: friedenskirche@kirche-am-meer.de

Netze spinnen, Kreise ziehen. Das Modellprojekt Frauengesundheitszentrum Leibnitz ›Die Spinne und das Netz‹, Österreich, 1997–2000

Frauen, die Angehörige zu Hause pflegen, üben diese Tätigkeit oft alleine und ohne Kontaktmöglichkeiten aus. Sie sind rund um die Uhr beansprucht und dadurch sehr isoliert. Ihre Lebenssituation ändert sich durch die Pflegetätigkeit radikal. Sie müssen ihre Beziehung zur gepflegten Person neu definieren. Zur gleichen Zeit werden sie zur Managerin im Kontakt mit einer Reihe von Professionellen wie Krankenschwestern, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen und Krankenkasse. Diese Frauen haben wenig Möglichkeit, die eigene Arbeit zu steuern. Vielfach führt dies zu einer sehr anstrengenden Lebenssituation. Sie haben oft zusätzlich zur Pflege Kinder und Haushalt, Landwirtschaft und nicht selten eine teil- oder stundenweise Arbeit in der Nachbarschaft zu verrichten. So verwundert es nicht, dass pflegende Angehörige, die sich durch die Pflege belastet fühlten, nach einer amerikanischen Studie ein um 63% erhöhtes Sterblichkeitsrisiko hatten. Die Pflegearbeit wird trotzdem nicht als eine Arbeit gesehen oder gar anerkannt.

Eine Vernetzung dieser Frauen, die ihre eigenen Interessen vertreten müssen, ist nur mit genauer Kenntnis der lokalen Strukturen und einem gemeindeorientierten Ansatz anzuregen und zu begleiten.

Bevor wir im Bezirk Leibnitz unsere Arbeit begannen, war dafür noch wenig Sensibilität der professionellen AnbieterInnen vorhanden. Als nicht zu unterschätzende Hürden stellten sich die Konkurrenz der verschiedenen Trägervereine untereinander und die Haltung der im Spital arbeitenden Berufsgruppen gegenüber der Hauskrankenpflege und den niedergelassenen ÄrztInnen heraus. Eine geschlechtsspezifische Vorgehensweise und damit ein zielgruppenorientierter Ansatz, den das Modellprojekt ›Die Spinne und das Netz‹ vertrat, war ihnen wenig vertraut.

Das Frauengesundheitszentrum Leibnitz ›Die Spinne und das Netz‹ war ein Projekt des Frauengesundheitszentrum Graz. Zu seiner Zielgruppe als niedrigschwellige Anlaufstelle gehörten pflegende Angehörige und professionell Tätige im Bereich Pflege im Bezirk Leibnitz, Steiermark. FinanzgeberInnen waren das Land, die Stadt, der Sozialhilfverband und der Bund.

Projektziele und Aktivitäten

- Gesundheitsförderung von Frauen, die am Laienarbeitsplatz ›Familie‹ Angehörige pflegen
- Empowerment: Stärkung und Entwicklung

des Wissens, der Methodik und des Selbstwertgefühls der Angehörigen

- Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit: die unsichtbare Arbeit pflegender Angehöriger sichtbar machen und auch dadurch die Position der Frauen stärken
- Bestandsaufnahme der Angebote: Zusammenarbeit mit allen Organisationen, relevanten Gruppen, engagierten Individuen und Diensten
- Förderung und Unterstützung der BürgerInnen zur gemeindenahen Partizipation: Beteiligung von Personen, die es bisher nicht gewohnt waren, in regionalen Arbeitskreisen zu kooperieren
- Mitarbeit an der sektorübergreifenden Reorganisation der Gesundheits- und Sozialdienste: Transparenz und Übersichtlichkeit im Bereich der Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege
- Zugangsmöglichkeit und bedarfsgerechte Entwicklung (Bottom-Up-Ansatz): frauengerechte und bedarfsgerechte Weiterentwicklung des vorhandenen Angebotes durch die Arbeit in den regionalen Arbeitskreisen

Aktivitäten, die wir in Partizipation im Bezirk Leibnitz entwickelt haben, sind z. B. eine Pflegehotline, eine Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige, ein Tauschring, das Café Spinne als ein niedrigschwelliger Treffpunkt, die Herausgabe einer Zeitschrift, Fortbildungen im Pflegebereich, eine interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft ›Qualitätszirkel Pflege‹ mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege bedarfs- und frauengerechter zu entwickeln sowie ein Strukturarbeitskreis ›Pflegegeld‹.

Was haben wir erreicht?

Ein frauenspezifisches Gesundheitsförderungsprojekt konnte erfolgreich im ländlichen Raum durchgeführt werden. Die Situation der pflegenden Angehörigen wurde zu einem Thema. Frauen sprachen verstärkt über ihre Lebenssituation und überlegten sich (oft mit dem Partner zusammen), wie eine häusliche Pflege zu organisieren wäre. Pflegende Frauen traten in die Öffentlichkeit und berichteten selbst den Medien, wie ihre Situation aussieht und was sie sich wünschen. Durch den Abbau der Trägergrenzen ist die Zusammenarbeit im Bezirk verbessert worden. Wir haben Brücken zwischen stationärem und ambulantem Bereich durch die AG Entlassungsmanagement gebaut. Wir regten die Steiermärkische Krankenanstalten Gesellschaft GmbH (KAGES) an, steiermarkweit eine Arbeitsgemeinschaft ›Koordinierte Entlassung‹ zu starten. Das Landes-

krankenhaus Wagna wurde durch die AG ›Koordinierte Entlassung‹ zum Modellspital für die ländlichen Spitäler in der Steiermark. Die Wiederaufnahmeraten im Landeskrankenhaus Wagna sind zu den niedrigsten steiermarkweit geworden. Die Trägervereine im Bereich der mobilen pflegerischen und sozialen Dienste entwickelten und erweiterten ihre Angebote für pflegende Angehörige. Durch die Teilnahme an drei EU-Projekten war das Projekt international eingebunden. Mit dem Abschluss des Projektes wurden die meisten der Aktivitäten des Zentrums nach einer transparenten Kriterienliste an vorhandene Träger im Bezirk übergeben. Damit wurde eine nachhaltige Entwicklung gesichert. Eine Weiterführung des Projektes war trotz intensivster Lobbyarbeit wegen mangelnder Finanzierung nicht möglich. Eine wirkliche Interessenvertretung für pflegende Angehörige ist nach unseren Erfahrungen allerdings durch ein von sonstigen Trägern der Hauskrankenpflege und Familienhilfe unabhängige NGO zu gewährleisten.

*Literatur bei den Verfasserinnen. Nähere Informationen:
Frauengesundheitszentrum Graz, Brockmannngasse 48,
A-8010 Graz, Internet: www.fgz.co.at,
E-Mail: frauen.gesundheit@fgz.co.at.*

Umsetzung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

Der Landkreis Hildesheim hat in 2001 die Situation der Schwangerschaftskonfliktberatung und Sexualaufklärung in Stadt und Landkreis Hildesheim untersucht und als Bericht veröffentlicht. Die Untersuchung umfasste eine Beschreibung der Ist-Situation (Wer bietet im Landkreis Hildesheim Leistungen nach dem SchKG an? Wie werden diese Angebote frequentiert und finanziert?) und eine Ermittlung der Bedarfe (Wie groß ist der Bedarf an Leistungen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz im Landkreis Hildesheim?) sowie eine Analyse und ggf. Handlungsvorschläge (Reichen die vorhandenen Angebote aus, um den Bedarf zu decken? Ist eine Finanzierung mit den aktuellen Landesfördermitteln möglich? Welche Änderungen sind ggf. erforderlich?). Neben dem Bericht ist weiterhin ein umfangreicher Anlagenteil erhältlich, in dem die Untersuchungsmethoden, das Vorgehen, die Rohdaten und die Ergebnisse noch detaillierter dargestellt sind.

Der Bericht ist gegen eine Schutzgebühr in Höhe von 4 Euro zuzüglich Porto unter folgender Adresse zu beziehen: Landkreis Hildesheim, Fachdienst Gesundheit, Ulrich Wöhler, Ludolfinger Straße 2, 31137 Hildesheim, Tel.: (0 51 21) 30 97 69, Fax: (0 51 21) 30 97 98, E-Mail: Ulrich.Woehler@LandkreisHildesheim.de

Neue Veröffentlichungen der Landesvereinigung

»Merkt denn keiner was?« – Wie erleben Kinder Armut und wie gehen Schulen und andere Einrichtungen mit armen Kindern um?

Dokumentation einer Kooperationsveranstaltung der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, der Evangelischen Stadtakademie Hannover und des Deutschen Kinderschutzbundes LV Niedersachsen vom 18.10.2001 in Hannover zu Erscheinungsformen und Folgen von Armut im Kindes- und Jugendalter mit Vorschlägen für Prävention und Intervention.

Hrsg.: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., 49 Seiten DIN A 5, Tagungsdokumentation für 2,50 Euro + Versandkosten

Gesundheitsinformationen für jung und alt? Wie können die Informationsbedürfnisse älterer Menschen befriedigt werden?

Dokumentation einer Kooperationsveranstaltung der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und des BKK Landesverbandes Niedersachsen-Bremen vom 25.10.2001 in Hannover.

Hrsg.: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., 107 Seiten DIN A 4, 2,60 Euro + Versandkosten

Sexualitäten

Das von Sylvia Groth und Éva Rásky vorgelegte Buch dokumentiert eine im Sommersemester 2000 an der Karl-Franzens-Universität Graz gehaltene Ringvorlesung. Unterschiedliche Zugänge und Sichtweisen aus Theorie und Praxis stellen ein breites Spektrum des Themas dar. Die Sexualität von älteren Frauen in Österreich, ein bisher vernachlässigtes Thema, wird detailliert beschrieben. Wie Legenden, Mythen und Vorurteile bei Frauen und Männern die sexuelle Kommunikation und die Erlebnisfähigkeit trotz weitgehender Liberalisierung der Sexualität beeinträchtigen, wird dargestellt. Kulturwissenschaftliche Überlegungen zum Körper von älter werdenden Frauen zeigen Wege auf, die es alten Frauen ermöglichen, ihre sexuellen Bedürfnisse anzuerkennen.

Die vielfältigen Bedürfnisse und Erwartungen von Frauen an FrauenärztInnen werden beleuchtet, die Abwertung von lesbischen Frauen in den Medien ist genauso Thema wie die Bedeutung der Klitoris als Lustorgan der Frau. Der Reader ist eine Fundgrube zum Thema Sexualitäten, abgerundet von der Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte.

Sylvia Groth, Éva Rásky (Hrsg.): Sexualitäten. Interdisziplinäre Beiträge zu Frauen und Sexualität. Studien Verlag, Innsbruck, Wien, München, 2001, 181 S., ISBN 3-7065-1500-8, E-Mail: order@studienverlag.at, homepage: www.studienverlag.at, 18 Euro

GEK-Arzneimittel-Report

Die Gemünder Ersatzkasse hat ihre Arzneimitteldaten der Jahre 1999 und 2000 analysiert, um Wirtschaftlichkeitsreserven bei qualitätsgerechter Versorgung auf die Spur zu kommen. Die GEK, fünftgrößte Ersatzkasse mit über 1,4 Mio. Versicherten, hat mit dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen eine interessante Analyse vorgelegt, die u. a. Arzneimittel für Kinder sowie den geschlechtsspezifischen Arzneimittelverbrauch thematisiert. Durch die Untersuchung werden Arzneimittelverordnungen transparenter gemacht und Einsparpotentiale herausgearbeitet. Der Report hat einen umfangreichen Tabellenteil.

Gerd Glaeske, Katrin Jahnsen: GEK-Arzneimittel-Report 2001. GEK Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 20, Asgard-Verlag, 180 S., 2001, ISBN 3-537-44020-0; hrsg. von der GEK, Gottlieb-Daimler-Str. 19, 73529 Schwäbisch Gmünd, Tel.: (0 71 71) 8 01-0, www.gek.de, 9,90 Euro

Sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Frauen

Eine Informationsmappe zum Thema Sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Frauen hat die Bundesnetzungsstelle autonomer Frauennotrufe herausgegeben. Die Themenmappe dient einem Ein- und Überblick über das Ausmaß, die Hintergründe und Folgen verschiedener Formen sexualisierter Gewalt sowie Möglichkeiten der Prävention, Intervention und Gegenwehr. 15 verschiedene Formen der Gewalt werden beschrieben, darunter Stalking, sexuelle Belästigung am Telefon, sexuelle Übergriffe und Machtmissbrauch in Therapie und Beratung, sexualisierte Gewalt im Internet, rituelle Gewalt, Gewalt gegen Lesben, gegen behinderte Frauen und Migrantinnen. Neben der Darstellung dieser Gewaltformen sind die Folgen für die Betroffenen, rechtliche Grundlagen sowie Hinweise für den Umgang damit auf Seiten der Betroffenen und der Umwelt aufgeführt. Ebenso wird die Präventionsarbeit der Frauennotrufe beschrieben und eine bundesweite Adressenliste der Frauennotrufe angefügt.

Sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Frauen, eine Informationsmappe, zu bestellen bei der Bundesnetzungsstelle autonomer Frauennotrufe (BaF), Knooper Weg 32, 24103 Kiel, Tel.: (04 31) 987 72 90, E-Mail: BaF@frauennotrufe.de, www.frauennotrufe.de

Mammographie-Screening

Im Rahmen des Modellprojektes des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen »Mammographie-Screening« ist für die Frauen in der Modellregion Bremen eine Broschüre entstanden, die auf 13 Seiten über das Programm zur Früherkennung von Brustkrebs informiert. Frau erfährt, warum dieses Screening-Programm aufgelegt wurde, wie die Untersuchung abläuft, was bei einem positiven Befund geschieht, welche Qualitätsstandards eingehalten werden, wie hoch die Strahlenbelastung ist und wie der Datenschutz eingehalten wird. Die Aufmachung ist angenehm neutral. Einmalig an dieser Broschüre ist, dass auch kritische Töne Eingang gefunden haben. So werden die Grenzen des Screenings und mögliche Nachteile der Teilnahme am Screening besprochen und festgestellt, dass die Mammographie keine vollkommene Sicherheit bietet. Adressen und Telefonnummern für weitere Informationen runden die Broschüre ab.

Information zum Mammographie-Screening, Broschüre, 14 Seiten, zu beziehen über das Info-Telefon des Mammographie-Screenings Bremen: (04 21) 7 92 75 22, E-Mail: info@mammascreeing-bremen.de, Internet: www.mammascreeing-bremen.de.

Familie und Gesundheit

In einem Überblick über die wichtigsten Problemfelder familiären Zusammenlebens aus Sicht der System-, Sozialisations- und Lebenszyklusanalyse und einer kurzen Darstellung der wirtschaftlichen und sozialen Lage der Familie fasst der Autor Ergebnisse der gegenwärtigen Familienforschung unter Bezugnahme auf diverse Quellen zusammen und benennt mehrere Typen von ›Risikofamilien‹. Wechselbeziehungen zwischen Familienleben und Krankheitsentstehung werden in diesem Teil des Buches ebenso thematisiert wie Gesundheitspotenziale familiären Zusammenlebens. In einem konzeptionellen Teil wird in einer Trendanalyse die Familie als Gegenstand der Gesundheitsförderung dargestellt. Unter der Überschrift Familie und Kommunikation werden außerdem Ansatzpunkte einer Kommunikationstheorie familienbezogener Gesundheitsförderung benannt. Im anwendungsorientierten Teil nennt der Autor Qualitätskriterien für eine wirksame Gesundheitsförderung in und mit Familien und ergänzt diese Auflistung durch ein Interventionskonzept in sechs dem Lebenszyklus von Familien angenäherten Modulen der Gesundheitsförderung.

Peter Ernst Schnabel, Familie und Gesundheit, Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung, Juventa Verlag Weinheim und München 2001, ISBN 3-7799-1561-8, 24 Euro

Möbel für gesundes Wohnen

Eine neue Broschüre des Umweltbundesamtes, gemeinsam mit der Deutschen Gütegemeinschaft für Möbel e.V. erarbeitet, gibt Auskunft über Umwelt- und Gesundheitsfragen zum Thema Möbel. Bei Verbrauchern liegt neben Funktionalität und Design vor allem gesundes Wohnen und Naturverbundenheit im Trend. Raubbau an der Natur durch den Einsatz von Hölzern aus nicht-nachhaltiger Forstwirtschaft werden ebenso abgelehnt, wie Schadstoffe, die in die Wohnumwelt ausgasen. Ökologisch unbedenkliche und emissionsarme Möbel sind gefragt. Bei der konkreten Auswahl hat es der Verbraucher allerdings schwer. Die Broschüre ›Möbel für gesundes Wohnen? Wie denn? Wo denn? Was denn?‹ beschreibt den ökologischen Lebensweg der Produkte und stellt den ›Blauen Engel‹ für emissionsarme Möbel und das ›Goldene M‹ als Gütesiegel der Deutschen Gütegemeinschaft Möbel vor.

Mit der neuen 16-seitigen Broschüre erhalten die Verbraucher eine Orientierungshilfe, auf welche Merkmale sie beim Einkauf von öko-

logisch unbedenklichen Möbeln achten sollten. Neben unterschiedlichen Material- und Verarbeitungsarten werden auch Schadstoffe und ihre möglichen Wirkungen auf die Gesundheit erläutert.

Die Veröffentlichung ›Möbel für gesundes Wohnen? Wie denn? Wo denn? Was denn?‹ ist kostenlos erhältlich beim Umweltbundesamt, ZAD, Postfach 33 0022, 14191 Berlin, Fax: (0 30) 89 03-29 12. Sie kann auch über das Internet bestellt werden unter www.umweltbundesamt.de

Rechtliche Betreuung von MigrantInnen

In diesem von Ramazan Salman und Ulrich Wöhler herausgegebenen Band wird das bislang noch kaum beachtete Feld der rechtlichen Betreuung von MigrantInnen betreten. Zunächst werden im ersten Kapitel die Ausgangslage, Rahmenbedingungen und Aufgaben transkultureller Betreuungsarbeit geschildert. Das zweite Kapitel stellt bewährte Praxiskonzepte und neue innovative Ansätze in der Betreuungsarbeit mit MigrantInnen vor. Abschließend werden im dritten Kapitel Analysen, Visionen und Folgerungen für ein transkulturelles Betreuungs-wesen formuliert. Durch ihren engen Bezug zur Praxis ist die Publikation für AkteurInnen des Betreuungswesens, der Sozialversorgung und des Gesundheitswesens ein nützliches Arbeitsmittel und trägt dazu bei, die Kommunen und politischen EntscheidungsträgerInnen auf die zunehmende Bedeutung der Problematik rechtlicher Betreuung von MigrantInnen aufmerksam zu machen. Der Band dokumentiert die Beiträge der gleichnamigen Fachtagung, die am 28. Juni 2001 in Hannover stattgefunden hat.

Ramazan Salman, Ulrich Wöhler (Hrsg.): Rechtliche Betreuung von Migranten. Stand, Konzeption und Grundlegung transkultureller Betreuungsarbeit, Institut für transkulturelle Betreuung e.V., 2001, 102 Seiten, ISBN 3-9808103-0-5, 6 Euro zzgl. Versandkosten

Multimedia in der Pflege

In diesem von Ulrich Dreiner, Matthias Grünewald und Peter F. Meurer herausgegebenen Band werden die Beiträge der gleichnamigen Fachtagung vom 9. März 2001 dokumentiert. Neben vielfältigen Beispielen für eine praxisnahe Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie im Berufsfeld der Kranken- und Altenpflege werden prämierte Projekte des Förderpreises vorgestellt, der anlässlich der Tagung ausgelobt

wurde. Zu den Inhalten gehört die Vorstellung eines EDV-gestützten Netzwerks für ältere Menschen, die Nutzung des Internets in der Pflege, Möglichkeiten der Klassifikation von Pflegeresultaten, die Evaluation rechnergestützter Pflegedokumentation, computergestütztes Lernen in der Krankenpflegeausbildung, Möglichkeiten und Grenzen des multimedialen Online-Teachings und europäische Perspektiven von ›Nursing Informatics‹. Damit informiert der Tagungsband nicht nur über den aktuellen Entwicklungsstand, sondern auch über technische Trends, die den pflegerischen Berufsalltag langfristig verändern werden.

Ulrich Dreiner, Matthias Grünewald, Peter F. Meurer (Hrsg.): Multimedia in der Pflege, Beiträge zur Fachtagung am 9. März 2001, Schlütersche GmbH & Co. KG, Hannover, ISBN 3-87706-637-2, 15,90 Euro

Demenzerkrankungen bei MigrantInnen

Mit der demographischen Entwicklung wird auch die Zahl demenzkranker Menschen in den europäischen Ländern deutlich ansteigen. Derzeit fehlen in den einzelnen Ländern gesicherte Erkenntnisse über Daten und Fakten zum Ausmaß von Demenzerkrankungen speziell unter MigrantInnen sowie zu den Besonderheiten der pflegerischen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe. In dem von Adrienne Huismann, Uwe Raven und Andreas Geiger herausgegebenen Forschungsbericht, der Beiträge in englischer, französischer und deutscher Sprache enthält, wird eine Abschätzung der Verbreitung von Demenzerkrankungen bei älteren MigrantInnen in Europa vorgenommen und die Lage der Betroffenen sowie deren pflegenden Angehörigen in den Ländern Österreich, Belgien, Dänemark, Frankreich, Deutschland, Italien, Niederlande, Schottland und Schweden aufgezeigt. Es werden Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation von demenzkranken MigrantInnen diskutiert und die Konzeption eines Handbuchs zur Gestaltung von geeigneten Informationsmaterialien vorgestellt.

Adrienne Huismann, Uwe Raven, Andreas Geiger (Eds.): Demenzerkrankungen bei Migranten in der EU. Verbreitung, Versorgungssituation und Empfehlungen, Verlag Hans Jacobs, Lage 2000, ISBN 3-932136-55-1, ca. 20,40 Euro



Internet-Adressen

www.bvgesundheits.de/Themen/themen.html

Um den ›Runden Tisch‹ im Gesundheitswesen ist es ruhiger geworden. Man kann sich zwar auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit farbige Bilder der Beteiligten und des Tagungsortes Schloss Ziethen anschauen, doch eine ausführliche Dokumentation ist leider nicht hinterlegt. Dies holt die Internetseite der Bundesvereinigung für Gesundheit nach. Bei ihr sind der Wortlaut der Empfehlungen des ›Runden Tisches‹ zur Prävention sowie die Kurzfassung und der vollständige Zwischenbericht eingestellt.
Kontakt: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Heilsbachstr. 30, 53123 Bonn, Tel.: (02 28) 9 87 27-0, Fax: (02 28) 6 4 200 24, E-Mail: bfge.bonn@t-online.de

www.dkfz.de/rauchfrei2002

Bereits am 13. Februar 2002 hat die bundesweite Nichtraucherkampagne begonnen. Raucherinnen und Raucher, die mindestens vier Wochen lang (1. bis 29. Mai 2002) nachweislich nicht rauchen, können bis zu 10.000 Euro gewinnen. Ausgeloste Gewinner müssen mit einem Urintest nachweisen, dass sie im Mai 2002 nicht geraucht haben. Neu ist, dass auch Jugendliche unter 18 Jahren am Wettbewerb teilnehmen können.
Kontakt: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg, Tel.: (0 62 21) 42-30 07, Fax: (0 62 21) 42-30 20, E-Mail: Rauchfrei2002@dkfz.de

www.eundc.de

Die Stiftung SPI des Sozialpädagogischen Institutes in Berlin ist Trägerin der sogenannten Regiestelle des Bundesmodellprogramms E&C. In dem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projekt stehen die Entwicklung und Chancen von benachteiligten Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten und strukturschwachen ländlichen Regionen im Zentrum. Die Internetseite bietet eine gute Übersicht über die regionalen AnsprechpartnerInnen, die auch die einzelnen QuartiersmanagerInnen als die Akteure vor Ort benennt.
Kontakt: Stiftung SPI, Regiestelle E&C, Nazarethkirchstr. 51, 13347 Berlin, Tel.: (0 30) 4 57 98 60, Fax: (0 30) 45 7 986 50, E-Mail: regiestelle@eundc.de, Internet: www.stiftung-spi.de

www.johannesburgsummit.org

Die Vereinten Nationen bieten auf ihrer offiziellen Internetseite eine Fülle an Hintergrundinformationen und offiziellen UN-Dokumenten an. Die englischsprachige Internetadresse ist besonders für thematische ›EinsteigerInnen‹ interessant. Ein Glossar zu den Grundinformationen über den Weltgipfel klärt über das wieso, weshalb und warum der Veranstaltung auf.
Kontakt: Johannesburg Summit Secretariat, Division for Sustainable Development, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Two United Nations Plaza, DC2-2220, New York, NY 10017, E-Mail: dsd@un.org

www.step-hannover.de

Die STEP gGmbH ist eine Tochtergesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Niedersachsen e.V. STEP hat sich als größte Drogenhilfeträgerin in der Region Hannover als Projektträgerin für die bundesweit kontrollierte Therapiestudie, die in 7 Städten in Deutschland durchgeführt werden soll, zur Verfügung gestellt. Die

Homepage bietet Informationsmöglichkeiten zu Drogen sowie Alkohol und Medikamenten. Speziell für ›Pillenfreaks‹ gibt es eine ›Raver's Corner‹. Hier wird über Aktionen, Drogenfragen und das Vermeiden schlechter Pillen aufgeklärt.

Kontakt: STEP gGmbH, Lemförderstr. 2-4, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 9 89 31-0 E-Mail: info@step-hannover.de

www.weltbevoelkerung.de

Seit Februar 2002 hat die Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW) unter der neuen Internetadresse ihr Informationsangebot überarbeitet und erweitert. Im Bereich ›Infothek‹ wurde das Informationsangebot der DSW neu gebündelt und speziell für InternetnutzerInnen aufbereitet. Hier finden sich eine Fülle an aktuellen Informationen zu Weltbevölkerungsfragen. Der ›Themenpark‹ bietet einen Einstieg in das Thema Weltbevölkerung und nachhaltige Entwicklung: Fakten, neueste Daten und weiterführende Links sind aufgegliedert nach verschiedenen Themenbereichen. Die ›Länderdatenbank‹ liefert statt zuvor sechs nun fünfzehn unterschiedliche soziale und demografische Indikatoren für mehr als 180 Länder und einzelne Regionen der Welt.

Kontakt: Deutsche Stiftung Weltbevölkerung, Göttinger Chaussee 115, 30459 Hannover, Tel.: (05 11) 94 37 30, Fax: (05 11) 2 34 50 51, E-Mail: info@dsw-hannover.de

www.weltgesundheitsstag.de

Bei der Bundesvereinigung für Gesundheit ist das Projektbüro ›Weltgesundheitsstag‹ angesiedelt. Das Motto für 2002 lautet: ›Gesund leben – in Bewegung bleiben‹. Der Jahrestag wird am 05. April 2002 bei einer zentralen Veranstaltung in Leipzig gefeiert. Neben dem aktuellen Programm können auf der Internetseite auch die Themen der vergangenen Weltgesundheitsstage sowie deren Dokumentation nachgesehen werden.

Kontakt: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Heilsbachstr. 30, 53123 Bonn, Tel.: (02 28) 9 87 27-0, Fax: (02 28) 6 4 200 24, E-Mail: bfge.bonn@t-online.de

www.weltgipfel2002.de

Die gemeinsame Webseite des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit und des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung verfügt über eine sehr ausführliche Infothek und ein umfangreiches Themenarchiv. So kann man u. a. die nationalen Vorbereitungen für ›Rio + 10‹ der Länder Nepal und Namibia durch eine Linkverbindung abrufen. Speziell für den Weltgipfel wurde ein ›interaktiver Weltgipfel‹ konzipiert, auf dem man z. B. seinen eigenen ›ökologischen Fußabdruck‹ messen kann. Wer sein Gedächtnis auffrischen will, sollte sich am ›Zeitstrahl 2002‹ versuchen. Zu verschiedenen vorgegebenen Jahreszahlen müssen wichtige politische Vereinbarungen und Ereignisse zugeordnet werden.

Kontakt: GTZ-Pilotvorhaben Rioplus, Tulpenfeld 2, 53113 Bonn, Tel.: (02 28) 9 853 3 28, E-Mail: jan-peter.schemmel@gtz-rioplus.de

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover,
Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: 3 50 55 95,
e-mail: LV-Gesundheit.Nds@T-online.de
Internet: www.gesundheit-nds.de

ISSN: 1438-6666

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

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

Beiträge: Martina Abel, Hilke Bruns, Christiane
Deneke, Viola Ehrhardt, Dr. med. Cornelia
Goesmann, Beate Greulich, Sylvia Groth, Thomas
Hartmann, Petra Hofrichter, Gerda Holz,
Prof. Dr. Hans Günther Homfeldt, Dr. Rüdiger Krech,
Eva Lennquist, Angelika Maasberg, Éva Rásky,
Dr. Antje Richter, Inke Ruhe, Dr. Gesa Schirrmacher,
Prof. Dr. Peter-Ernst Schnabel,
Maga. Regina Steinhauser, Maike Weerts.

Redaktionsschluß Ausgabe Nr. 35: 10.05.2002
Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium
für Frauen, Arbeit und Soziales;

Auflage: 5.000

Gestaltung: Jörg Wesner

Druck: Interdruck Berger

Erscheinungsweise: 4x jährlich, im Quartal

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

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



Veranstaltungen der LVG

Verwirrt – Verschoben – Abgeschoben? Demenz – Eine Zukunftsaufgabe! 16.04.2002, 9.30–17.30 Uhr, Wilhelmshaven

In Deutschland leben bereits heute zwischen 800.000 und 1,2 Millionen Demenzerkrankte. Die Bundesregierung rechnet bis zum Jahr 2010 mit einem Anstieg auf über 1,7 Millionen Demenz-Patienten. Die Diagnose Demenz bedeutet für die Betroffenen und Angehörigen gleichermaßen einen tiefen Einschnitt in ihr Leben. Die Pflege und Betreuung dieses Patientenkontingents stellt außerordentlich hohe Anforderungen an die Pflegenden. Die Fachtagung soll einen Beitrag dazu leisten, verschiedene Ansätze zur Verbesserung der Betreuung Demenzerkrankter aufzuzeigen und Perspektiven für ihre zukünftige Umsetzung zu diskutieren. Die Veranstaltung findet in Kooperation mit der Altenhilfe/Betreuungsstelle und der Abteilung Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes der Stadt Wilhelmshaven sowie dem Pauline-Ahlsdorff-Haus/Arbeiterwohlfahrt statt. Anmeldungen bis zum 10. April unter:
Tel.: (0 44 21) 16-1150, Fax: (0 44 21) 16-17 23 oder
E-Mail: annett.jochens@stadt.wilhelmshaven.de

Weltnichtrauchertag: Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen unter dem Motto: ›Be smart don't start!‹

31.05.2002, 13.30–16.00 Uhr, Hannover

Die Veranstaltung soll dazu beitragen, das Thema ›Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen – Motivationsunterstützung für Kinder und Jugendliche‹ in der Öffentlichkeit zu thematisieren. Eingeladen sind Lehrkräfte, Eltern, SchülerInnen sowie VertreterInnen aus den Arbeitsfeldern Jugend, Gesundheit, Bildung, Kommunalpolitik und alle Interessierte, die z.B. Modelle zur Förderung des Nichtrauchens in Schulen unterstützen wollen.

Soziale Lage und Bildung,

04.06.2002, 9.45–16.30 Uhr, Hannover

Ein Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit ist bereits vielfach belegt worden: Finanzielle Armut und ein niedriges Bildungsniveau stellen ein gesundheitliches Risiko für die Betroffenen dar. Die Bildungsbeteiligung der nachrückenden Generationen ist jedoch durch die besonders unter Kindern und Jugendlichen ver-

breitete Armut sehr gefährdet. Die Tagung wird Konzepte aufgreifen, die eine stärkere Bildungsbeteiligung unterer sozialer Lagen fördern und dabei auch auf gesundheitsfördernde Präventionsmaßnahmen zurückgreifen.

Gesund alt werden – Prävention und

Gesundheitsförderung im Alter, 20./21.06.2002, Celle

Die gemeinsam mit dem Norddeutschen Forschungsverbund Public durchgeführte Tagung ›Gesund alt werden – Prävention und Gesundheitsförderung im Alter‹ soll Ansätze und Strategien zur Optimierung der Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte, insbesondere im höheren Alter, aufzeigen. Anhand europäischer und nationaler Beispiele werden Anregungen zu einer Förderung der Selbständigkeit im Alter und zur Reduktion von Krankheiten und Gesundheitsstörungen gegeben. Die gemeinsame Verabschiedung einer Agenda soll die Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung im Alter unterstützen. Die Tagung findet in Kooperation mit der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung statt.

Stillförderung und zeitgemäße Stillberatung – Stillen ist mehr als nur Ernährung! 08.–09.08.2002, Hannover

Stillen ist die natürlichste Ernährungsform für einen bestimmten Lebensabschnitt. Sie ist umweltgerecht und schont ebenso die ökonomischen und besonders die ökologischen Ressourcen und wirkt erwiesenermaßen dem Auftreten von Krankheiten entgegen. Die Fortbildung wird sich unter anderem mit den Schwerpunktthemen Stillfreundliches Krankenhaus, Einrichten einer Stillambulanz, neueste Erkenntnisse zum Stillen und dem Umgang mit Stillstörungen befassen. Die Weiterbildung ist ausgerichtet für Kinderkrankenschwestern, Kinderkrankenschwäger, Hebammen, Frauenärztinnen/-ärzte, Kinderärztinnen/-ärzte sowie auf Fachkräfte, die mit dieser Thematik in Berührung kommen. Für die Anerkennung zum ›Stillfreundlichen Krankenhaus‹ können die zu absolvierenden Unterrichtsstunden durch diese Fortbildung angerechnet werden.

Niedersachsen

Therapie und Arbeit II – Netzwerke zur sozialen und beruflichen Integration Suchtkranker, 17.04.2002, Hannover, Kontakt: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Podbielskistr. 162, 30177 Hannover, Tel.: (0511) 6262-0, Fax: 62626622

Gesundheit von Migrantinnen und Migranten – Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen und Herausforderungen an das Gesundheitssystem, 19.–20.04.2002, Bielefeld, Kontakt: Dr. med. Carla Heil, MPH, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Tel.: (0521) 1 0 663 10, E-Mail: cheil@uni-bielefeld.de

Das neue SGB IX – Bisherige und neue Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, 06.05.2002, Königslutter, Kontakt: Psychiatrie Akademie, Vor dem Kaiserdom 10, 38154 Königslutter, Tel.: (0 53 53) 90-16 80, Fax: (053 53) 90-10 99

Netzwerk Pflege – Altenpflege 2002, 14.–16.05.2002, Hannover, Kontakt: Vincentz Verlag, Veranstaltungsdienste, Postfach 62 47, 30062 Hannover, Tel.: (0511) 99 10-1 75, Fax: (0511) 99 10-199, E-Mail: veranstaltungen@vincentz.de

Einführung in das Qualitätsmanagement – Begriffe, Modelle, Prozesse und Bausteine für die Praxis, 15.05.2002, Hannover, Kontakt: Zentrale Einrichtung Weiterbildung der Evangelischen Fachhochschule Hannover, Blumhardtstraße 2, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 53 01-0, Fax: (05 11) 53 01-195

Jugend und Alkohol – Fortbildung für Kinder- und Jugendmediziner, 05.06.2002, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Nds., Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 834 9 54, E-Mail: ljs-jugendschutz.nds@t-online.de

Stark gegen Gewalt, 05.06.2002, Hannover, Kontakt: Andrea Buskotte, Landesstelle Jugendschutz Nds., Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 834 9 54, E-Mail: ljs-jugendschutz.nds@t-online.de

Göttinger Tage der Altenarbeit – Europäische Wege zu neuer Praxis, 10.–12.06.2002, Göttingen, Kontakt: Freie Altenarbeit Göttingen e.V., Am Goldgraben 14, 37073 Göttingen, Tel.: (05 51) 4 36 06, Fax: (05 51) 54 19 14, Email: FreieAltenarbeitGoettingen@t-online.de

Pflegeleitbild, eine Chance für die Pflegenden, 25.06.2002, Hannover, Kontakt: Institut für Fort- und Weiterbildung, Lister Kirchweg 45, 30163 Hannover, Tel.: (05 11) 39 00 18 11, Fax: (05 11) 39 00 18 12, E-Mail: hannover@dbfk.de

Bundesweit

Weltgesundheitstag 2002 – Gesund leben – in Bewegung bleiben, 05.04.2002, Leipzig, Kontakt: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Heilsbachstraße 30, 53123 Bonn, Tel.: (0228) 9 87 27-0, Fax: (02 28) 6 420 2 4

13. Bundestagung ›Vernetzung – getragen oder gefangen? Hilfen zur Erziehung im Sozialraum, 11.–13.04.2002, Berlin, Kontakt: IGfH, Schaumainkai 101-103, 60596 Frankfurt/Main, Tel.: (0 69) 63 3986-0, Fax: (0 69) 63 3986-25, E-Mail: tagungen@igfh.de

Interkulturelle Öffnung – Erfahrungen, Perspektiven und Bilanzierungen kultursensibler sozialer Arbeit, 17.04.2002, Berlin, Kontakt: Katholische Fachhochschule Berlin, Referat Weiterbildung und Entwicklung, Köpenicker Allee 39-57, 10318 Berlin, E-Mail: weiterbildung@kfb-berlin.de

Anspruch und Wirklichkeit von Pflegeprozess, Pflegeplanung und Pflegedokumentation in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, 23.04.2002, Frankfurt a.M., Kontakt: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frau Marion Geißler, Am Stockborn 1-3, 60439 Frankfurt a. Main, Tel.: (0 69) 9 58 07-202, Fax: (0 69) 9 58 07-3 81, E-Mail: Geissler@deutscher-verein.de

Lust – Last – Frust, Sexualität in der Beratung, 09.–11.05.2002, Bad Herrenalb, Kontakt: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V., Neumarkter Straße 84 c, 81673 München, Tel.: (0 89) 4 36 10 91, Fax: (0 89) 4 31 12 66, E-Mail: dajeb@aol.com

›Integration psychisch kranker Menschen in Arbeit – Perspektiven zur Überwindung von Barrieren, 13.–14.05.2002, Berlin, Kontakt: Aktion Psychisch Kranke, Brungsgasse 4-6, 53117 Bonn, Tel.: (02 28) 67 67 40, Fax: (02 28) 67 67 42, E-Mail: apk@psychiatrie.de

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Systemvergleich: USA – Deutschland; Disease Management, 15.–17.05.2002, Berlin, Kontakt: Kongressbüro Kirstin Batschi, Palisadenstraße 48, 10243 Berlin, Tel.: (0 30) 42 02-81 84, Fax: (0 30) 42 02-81 90

Impulse – Messe für aktives Älterwerden, 24.–26.05.2002, Dortmund, Kontakt: Messe Westfalenhallen Dortmund GmbH, Rheinlanddamm 200, 44139 Dortmund, Tel.: (02 31) 12 04-5 21, Fax: (02 31) 12 04-6 78, E-Mail: messe@westfalenhallen.de

3. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin, 04.–06.06.2002, München, Kontakt: Verlag moderne Industrie AG & Co. KG, Justus-von-Liebig-Straße 1, 86895 Landsberg, Tel.: (0 81 91) 1 25-0, Fax: (0 81 91) 1 25-4 04 oder -600

Europa SUCHT Integration, Kompetenzen europäischer Drogenhilfe, 05.–07.06.2002, Niederrhausen, Kontakt: Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V., Odeonstraße 14, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 83 33, Fax: (05 11) 1 83 2 6, E-Mail: FDRHannover@aol.com

Suchtprävention und Drogenpolitik in Bund, Ländern und Gemeinden, 10.–12.06.2002, Berlin, Kontakt: Deutsches Institut für Urbanistik, Ernst-Reuter-Haus, Straße des 17. Juni 112, 10623 Berlin, Tel.: (0 30) 3 90 01-25 8 oder - 2 59, Fax: (03 0) 3 90 01-10 0, E-Mail: alber@difu.de

15. Kongress ›Qualität ist, wenn ...‹ – Qualitätsentwicklung in der Suchtbehandlung, 12.–14.06.2002, Heidelberg, Kontakt: Fachverband Sucht e.V., GCAA, Walramstraße 3, 53175 Bonn, Tel.: (02 28) 26 15 55, Fax: (02 28) 21 5 88 5 oder (02 28) 2 4 20 99 9, E-Mail: sucht@sucht.de

›Traumkörper – Körpertraum(a): vom Schlangheitswahn zur Essstörung, 13.–14.06.2002, Kassel, Kontakt: Bundesfachverband Essstörungen, Goethestraße 31, 34119 Kassel, Tel.: (05 61) 71 34 93

International

16. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, 26.–31.05.2002, Wien, Kontakt: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Adalbert-Stifter-Straße 65, 1200 Wien, Österreich, Tel.: (004 31) 33 11 15 37, Fax: (004 31) 33 11 14 69, E-Mail: safety2002@auva.sozvers.at

1. Internationales Forum zum Reha-Management, 27.–29.05.2002, Vancouver – Canada, Kontakt: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), 53754 Sankt Augustin, Tel.: (0 22 41) 2 31-11 20, Fax: 0 22 41/93 42-1 21, E-Mail: Mehrhoff@HVBG.de

3. International Congress on Women, Work and Health, 02.–05.06.2002, Stockholm, Kontakt: c/o Stockholm Convention Bureau, Box 69 11, SE-102 39 Stockholm, Schweden, Tel.: (004 68) 54 65 15 00, E-Mail: www@stocon.se

Antwort

bitte ausfüllen und schicken oder faxen an die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Fax: (05 11) 3 5 05 595

Ich möchte ...

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

Name

Institution

Anschrift

Tel./Fax

Ich/Wir sind vorwiegend tätig im

- Gesundheitswesen Bildungsbereich Sozialbereich

Anregungen, Kritik, Wünsche

Sonstiges