

## Gesundheit in den Medien/ Medien der Gesundheits- förderung

### Editorial

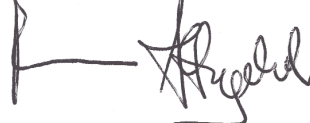
Initiieren vorabendliche Arztserien mehr gesundheitsbewusstes Verhalten als Präventionswerbespots und Broschüren? Über welches Medium lassen sich welche Inhalte am besten vermitteln? Ist Deutschland gesundheitskommunikationstechnisch eher ein Entwicklungsland? All das sind Fragestellungen, die wir in diesem Themenschwerpunkt ›Gesundheit in den Medien/Medien der Gesundheitsförderung‹ aufgreifen.

In der Gesundheitsförderungs- und Präventionsarbeit werden nach wie vor Druckerzeugnisse überschätzt. Was man schwarz auf weiß oder bunt auf Hochglanzpapier besitzt, kann man zwar getrost nach Hause tragen, aber welche Verhaltensänderungen in Richtung mehr Gesundheit dadurch eingeleitet werden, ist nach wie vor offen. Gerade bildungsferne Schichten profitieren kaum von solcher Gesundheitskommunikation. Im angelsächsischen Sprachraum bestehen weniger Berührungspunkte zu kommerziellen Medienproduktionen oder zur schnellen Übernahme dort entwickelter Strategien. Dieser Newsletter, natürlich auch auf Papier aber auch im Netz, versteht sich als Beitrag zur notwendigen offeneren Diskussion.

Im aktuellen Teil dieses Newsletters finden Sie u. a. einen Bericht über die verabschiedeten Gesundheitsziele in Niedersachsen und das neue Informationsbüro für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen. Außerdem berichten wir über andere aktuelle Entwicklungen und Tagungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung. Das Heft enthält in der Mediothek umfangreiche Hinweise zu Neuerscheinungen, Internettipps und Tagungshinweise. Die Schwerpunkte der nächsten Ausgaben lauten Generationenperspektive in der Gesundheitsförderung (Redaktionsschluss 08.08.2003) und Bildung und Gesundheit/PISA und die Folgen (Redaktionsschluss 07.11.2003).

Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit Artikelvorschlägen, Beiträgen, Projektvorstellungen, Medienangeboten, Veröffentlichungshinweisen, Tagungsberichten oder Terminankündigungen zu beteiligen.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

## Inhalt

	Seite
■ Gesundheitskommunikation durch Medien	... 2
■ Gesundheitskommunikation: Ein (nicht mehr ganz so) neues Forschungsfeld	... 3
■ Gesundheitspolitik und Medien	... 4
■ Gesundheit und Medien	... 5
■ Die heile Welt des Fernsehens	... 6
■ Alkohol im Fernsehen – ständig präsent, aber selten Thema	... 7
■ Was spricht Männer an?	... 8
■ Anforderungen an das Gesundheitswesen bei häuslicher Gewalt	... 9
■ Neue Gesundheitssendung im WDR-Hörfunk: WDR 5 LebensArt	... 9
■ 20 Jahre Stiftung Leben und Umwelt	... 10
■ Freiwilligen-Projekte online geschaltet	... 10
■ Daten für Taten – Taten für Daten?	... 10
■ Niedersächsische Zentralveranstaltung zum EJMB	... 11
■ Disease-Management-Programme	... 11
■ Smarte SchülerInnen motivieren zum Nichtraucher	... 11
■ Gesundheitsziele für Niedersachsen verabschiedet	... 12
■ Vom Lotsen zur Info	... 13
■ Seniorenernährung	... 13
■ Informationsbüro für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen	... 13
■ Gesunde Städte – haben sie eine Zukunft?	... 14
■ Per Mausclick – Individuelles Gesundheitsprogramm im LK Osterholz	... 14
■ Aktives Ideen- und Beschwerdemanagement in Krankenhäusern	... 15
■ Osnabrücker Fibromyalgieprojekt	... 16
■ Disability Studies – Vom Defizit zum Kennzeichen	... 17

Health Communication – bzw. hierzulande Gesundheitskommunikation – basiert auf zwei Säulen: Gesundheitsinformationen werden entweder aus persönlichen Gesprächen mit ÄrztInnen oder dem privaten Umfeld generiert, oder BürgerInnen versorgen sich über Medien mit entsprechenden Informationen – laut aktuellem »Eurobarometer« immerhin 37 Prozent. Am häufigsten konsultieren EU-BürgerInnen bei Fragen zu Gesundheit und Krankheit ÄrztInnen oder ApothekerInnen. Als zusätzliche Informationsquelle sind Presse, Rundfunk und Internet jedoch für fast alle Befragten unverzichtbar. Aber: Wie sind diese Informationen gestaltet, welche Qualität haben sie und welchen Beitrag leisten sie zur Gesundheitsförderung?

### Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld

Während sich WissenschaftlerInnen im angloamerikanischen Raum bereits seit Jahrzehnten damit befassen, wie Gesundheitsthemen effektiv kommuniziert werden können, findet inzwischen auch hierzulande eine Auseinandersetzung mit derartigen Fragen statt. Dies äußert sich beispielsweise in der Gründung spezieller Studiengänge oder in zunehmenden Publikationsaktivitäten in der Gesundheits- und Kommunikationswissenschaft (z. B. Jazbinsek, 2000, Hurrelmann & Leppin, 2001). Häufig stehen persönliche Kommunikationsbeziehungen wie etwa das Arzt-Patientenverhältnis im Mittelpunkt des Interesses. Dabei wird in den meisten Fällen die Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der konkreten und unmittelbaren Gesundheitsförderung und -erziehung betrachtet. So fassen Kreps & Thornton (1992) »Health communication« auf als »[...] an area of study concerned with human interaction in the health care process.«

### Gesundheitskommunikation als öffentliche Kommunikation

Es reicht jedoch nicht aus, sich auf zwischenmenschliche Kommunikation und den unmittelbaren Gesundheitsförderungsaspekt zu konzentrieren. Denn im Kern ist Health Communication als ein Teilgebiet von »Public Health«, also der Wissenschaft und Praxis der Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung durch bevölkerungsbezogene Maßnahmen aufzufassen. Gesundheitskommunikation hat auch das Ziel, die Wechselwirkung zwischen öffentlicher Meinung und öffentlicher Gesundheit zu thematisieren. Im Mittelpunkt steht also die Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen an breite Bevölkerungsgruppen. Ohne Massenmedien ist dies undenkbar, denn nur diese gewähren potenziell jeder/m BürgerIn den Zugang zu entsprechenden Informationen. Medien stellen folglich eine Plattform öffentlichen Meinungsaustausches dar. Sie definieren gesellschaftlich relevante Probleme, ordnen sie in angemessene Kontexte ein und bieten dem Publikum Interpretationen und Deutungen der Probleme sowie Partizipationsmöglichkeiten am öffentlichen Diskurs.

### Vermittlungsfunktion der Massenmedien

Erst über die Medien nimmt die Bevölkerung die Relevanz bestimmter Gesundheitsprobleme wie z. B. AIDS, Krebs oder eine Gefährdung durch verseuchte Lebensmittel wahr. Woher hätte man sonst erfahren, dass es SARS gibt, welche Symptome damit verbunden sind und welche Präventionsmaßnahmen wirksam sind? Medial vermittelte Kommunikation greift dabei auf unterschiedlichen Ebenen: Nicht nur der/die Einzelne ist auf die Vermittlungsleistung der Medien angewiesen, sondern auch Kollektive wie Gesundheitsorganisationen, Wohlfahrtsverbände, gesundheitspolitische Institutionen oder Unternehmen. Ohne die Medien sind bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht zu erreichen. Eine Garantie für öffentliche Aufmerksamkeit gibt es jedoch nicht. Denn MediennutzerInnen selektieren Inhalte

situationsabhängig nach ihren individuellen Vorlieben und Bedürfnissen und deuten die Informationen aus ihrer Perspektive so, dass sich ein stimmiges Bild der eigenen Lebensumwelt ergibt.

### Normative Ansprüche

In den meisten Fällen wird Gesundheitskommunikation mit einem normativen Anspruch verknüpft. Das Ziel: Gesundheitsaufklärung, -prävention oder -förderung zu bewirken bzw. Krankheiten zu behandeln oder zumindest das Bewusstsein für gesundheitsbezogene Themen zu sensibilisieren. Kommunikation wird dabei ausschließlich als Mittel zum Zweck begriffen. Jedoch führen Medieninhalte nicht nur zu den von den UrheberInnen intendierten, sondern ebenso zu nicht-intendierten Wirkungen. Die Gesundheit kann dabei sowohl positiv als auch negativ beeinflusst werden. Man stelle sich beispielsweise einen Beitrag im Fernsehen vor, der eigentlich aufklären oder sogar abschrecken soll, indem der dramatische Verlauf einer an Bulimie leidenden Frau dargestellt wird. Eine junge Zuschauerin mag hieraus jedoch für sich ableiten, wie man trotz immenser Nahrungsaufnahme nicht dick wird und wird selbstinduziertes Erbrechen künftig als mögliche Lösung ihrer Probleme erachten.

### Gesundheitskommunikation als Unterhaltung

Sich auf Medieninhalte zu konzentrieren, die explizit auf eine aufklärende oder gesundheitsfördernde Wirkung ausgerichtet sind, ist aus einem weiteren Grund unzureichend: Menschen wenden sich diesen Inhalten erfahrungsgemäß erst dann zu und suchen aktiv nach Informationen, wenn akute Gesundheitsprobleme auftreten. Die Informationen erreichen Betroffene dabei erst in einer kurativen Phase. Im Hinblick auf die Vermittlung präventiv nutzbaren Wissens liegt das Potenzial vielmehr in solchen Bereichen, in denen Gesundheitsthemen beiläufig thematisiert werden. Auf diese Art werden auch jene Menschen erreicht, die nicht aktiv nach Gesundheitsinformationen suchen. Zudem können die meist in einen alltagsbezogenen Kontext eingebetteten Medieninhalte wesentlich besser eingeordnet, verarbeitet und in das eigene Leben integriert werden. Gesundheitsbezogene Vorstellungen beziehen manche daher vielleicht eher aus Daily Soaps wie »Gute Zeiten – Schlechte Zeiten« oder Arztserien als etwa aus Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Fiktionale und unterhaltende Medieninhalte, die – wenn auch nur beiläufig – Gesundheit, Medizin oder Krankheit thematisieren, sollten daher als gleichermaßen relevanter Bereich medialer Gesundheitskommunikation aufgefasst werden.

### Unterschiedliche Medien – unterschiedliche Publika – unterschiedliche Nutzungsweisen

Pauschal lässt sich die Rolle der Medien bei der Vermittlung gesundheitsrelevanten Wissens nicht beantworten. Medien bieten sich aufgrund ihrer typischen Angebotsformen für bestimmte Nutzungsweisen besser an als andere. So ist das Fernsehen als klassisches Unterhaltungsmedium geeignet, andere Funktionen zu erfüllen und damit auch andere Wirkungen hervorzurufen als typische Informationsmedien wie das Internet oder Tageszeitungen. Ein/e ZeitungsleserIn beispielsweise sucht meist aktuelle Informationen und wird einen Artikel zu einem Gesundheitsthema je nach Interesse auswählen oder diesen schlichtweg ignorieren und überspringen. Beim Internet ist das aktive Suchen nach konkreten Informationen noch stärker ausgeprägt. Wer eine bestimmte Homepage aufruft, weiß in der Regel auch, wonach er sucht. Gesundheitsinformationen erreichen hier folglich primär diejenigen, die bereits am Thema interessiert sind. Ist ein solches Interesse erst gegeben, sind die Chancen, dass es

Das Fach ›Health Communication‹ kann – zumindest in den USA – inzwischen auf eine 30-jährige Tradition zurückblicken. Ihren Ausgang genommen hat diese u. a. in der Erforschung von Kommunikationsprozessen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, vor allem aber in den großen Community-Präventionsstudien der siebziger Jahre. In der Folgezeit kam es in den USA mit einer intensivierten Forschungsaktivität auch zu Strukturbildungen, in Form von Etablierung einschlägiger Studiengänge, von Fachjournals oder Schwerpunktbildungen in der Forschungsförderung (Signitzer, 2001). In Europa, vor allem auch in Deutschland steckt dieser Prozess dagegen noch in den Anfängen.

Ein Hauptdefizit in den USA wie in Europa ist bis heute die mangelnde theoretische Fundierung des Gebietes. Insofern das Fach von Beginn an durch eine starke Anwendungsorientierung gekennzeichnet und auf Bedürfnisse der Praxis zugeschnitten war, ist die grundlagenwissenschaftliche Basis eher schwach entwickelt, was sich nicht zuletzt in einer mangelnden Integration der beiden Teilbereiche ›Gesundheit‹ und ›Kommunikation‹ und fehlender Kohärenz bzw. fachsystematischer Strukturierung niederschlägt. Erschwert wird eine solche kohärente theoretische Fundierung sicherlich auch durch die – aus anderer Perspektive durchaus positive – Interdisziplinarität des Gebietes, in dem Kommunikations- und GesundheitswissenschaftlerInnen, PsychologInnen, SoziologInnen, MedizinerInnen, PflegewissenschaftlerInnen, PharmazeutInnen und diverse andere Professionen tätig sind.

### Definitionen und Themengebiete von Health Communication

Gesundheitskommunikation definiert sich als jede Art von Kommunikation, die sich mit Gesundheit beschäftigt, (Rogers, 1996), als menschliche Interaktion im Prozess der Gesundheitsversorgung (Kreps & Thornton, 1992) oder auch als ›Vermittlung und Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister und Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind, und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind‹ (Hurrelmann & Leppin, 2001, S. 11).

Das extrem breite Anwendungsfeld, das sich hieraus ergibt, lässt sich mit Hilfe einer Reihe formaler Klassifikationskriterien, wie unterschiedlichen Kommunikationsebenen, sozialen Kontexten oder Kommunikationswegen charakterisieren. So werden im Bereich der Kommunikationsebenen meist interpersonale Kommunikation, Gruppen- und Organisationskommunikation sowie gesellschaftliche Kommunikation unterschieden. Interpersonale Kommunikation beschäftigt sich vor allem mit dyadischer Gesundheitserziehung und therapeutischen Interaktionen, wie der Arzt-Patient-Beziehung. Bei der Gruppen-Gesundheitskommunikation geht es um Kommunikationsprozesse in formellen und informellen sozialen Kontexten, seien es z. B. Familien oder Schulklassen, Selbsthilfegruppen oder Teams von GesundheitsexpertInnen. Forschung zu Kommunikationsprozessen in Organisationen untersucht die Rolle von Kommunikation im Rahmen der Prozesssteuerung und Koordination von Organisationen und Institutionen. Thematisiert wird dabei z. B., wie in Versorgungseinrichtungen relevante Informationen über Gesundheit und Krankheit verbreitet werden, um eine effektive Versorgung zu gewährleisten. Auf der gesellschaftlichen Ebene geht es darum, welche Bedeutung die Themen haben und wie über sie kommuniziert wird.

zu einem Wissenszuwachs oder sogar zu Verhaltensänderungen – und damit möglicherweise zu einer Gesundheitsförderung – kommt, durchaus hoch einzuschätzen.

Als Medium der Gesundheitskommunikation kommt dem Fernsehen eine besondere Rolle zu. Abgesehen von speziellen Gesundheitsmagazinen werden Gesundheit und Krankheit ständig in verschiedensten – oft unterhaltsamen – Sendungen wie Boulevardmagazinen, Spielfilmen, aber auch in Nachrichten thematisiert. Die Themen werden dabei meist alltagsnah und auf teils unauffällige Art in entsprechende inhaltliche Kontexte integriert. Gesundheitsbezogene Informationen werden dadurch mit höherer Wahrscheinlichkeit wahrgenommen und weniger häufig bewusst gemieden als es bei den Zeitungen oder dem Internet der Fall ist. Weniger effektiv muss dies dabei keineswegs sein. Hinzu kommt, dass das Fernsehen von nahezu allen Bevölkerungsschichten genutzt wird, die Selektivität eingeschränkt ist und damit alle – auch die Desinteressierten – angesprochen werden können. Beim Internet ist dies anders. Noch immer sind die User eher männlich und höher gebildet. Und höher Gebildete haben meist per se ein stärker ausgeprägtes Interesse und Wissen bezüglich gesunder Verhaltensweisen und Krankheitsprävention. Ähnlich wie das Internet ist auch die Tageszeitung einem solchen strukturellen Problem ausgesetzt, da es hier besonders an jungen LeserInnen mangelt. Grundsätzlich gilt, dass Gesundheitskommunikation immer so aufgemacht und ›verpackt‹ sein sollte, dass sie von denjenigen beachtet und verstanden werden kann, die auch angesprochen werden sollen. Die Botschaft muss hierzu entsprechend in den geeigneten Medioumfeldern platziert sein.

Zusammenfassend: Alle, die sich mit Gesundheitskommunikation befassen, sollten die Vielfalt an Medien, ihre unterschiedlichen Inhalte, Funktionen und Nutzungsweisen in ihre Überlegungen einbeziehen. Es sollten daher nicht nur informatorisch-aufklärende Kommunikationsleistungen berücksichtigt werden, wie z. B. Fragen, ob Aufklärungskampagnen positive Effekte auf gesundheitsbezogenes Verhalten haben oder welche PR-Maßnahmen mit Erfolg gekrönt sind, oder ob MedizinjournalistInnen ihre Dolmetscherfunktion zwischen ExpertInnen und Laien erfüllen und Gesundheitsthemen angemessen darstellen. Ebenso wichtig ist, wie fiktionale Unterhaltungsformate gestaltet sind und wie sie sich auf die Realitätsvorstellungen der Menschen auswirken. Es sollte ein offenerer Zugang gewählt und die Frage gestellt werden, wie das komplexe Beziehungsgeflecht zwischen BürgerInnen und Medien im Hinblick auf Gesundheitsthemen gestaltet ist und welche vielfältigen Konsequenzen sich hieraus auch für eine effektive Gesundheitskommunikation ergeben.

Ebenso vielfältig wie die Kommunikationsebenen und sozialen Kontexte sind die Kommunikationswege. So kann der Austausch auf direktem Weg (»face to face«) zwischen Personen erfolgen oder er kann medial vermittelt sein, z. B. über Telefon, Fax, E-mail, Bildmaterial oder Filme. Geht es um die Vermittlung von Informationen an Bevölkerungsgruppen kommen in der Regel Massenkommunikationsmittel zur Anwendung. Zeitungen, Zeitschriften, Broschüren, Bücher, Radio, Fernsehen und seit einigen Jahren computergestützte Medien wie CD-ROMs oder das Internet werden eingesetzt, um Menschen über Gesundheitsrisiken oder Handlungsoptionen im Gesundheitssystem aufzuklären.

### Zukünftige Forschungsfragen

Die neuen Technologien wie das Internet oder die Gesundheitstelematik werden zukünftig eine zentrale Rolle spielen und bieten sowohl Chancen als auch Risiken. So erhalten GesundheitsexpertInnen Zugang zu einer deutlich verbesserten Informationsbasis (schnellere und flächendeckendere Verbreitung evidenzbasierter Erkenntnisse) und die Effizienz des Systems kann durch eine Verringerung von Schnittstellenproblematiken durch Vernetzung (integrierte Versorgungsketten, Disease Management) erhöht werden. Auf Seiten der KonsumentInnen liegen die Vorteile ebenfalls in der leichteren Verfügbarkeit von Informationen, aber auch in der deutlich verbesserten Möglichkeit individualisierter Information. Aber die neuen Medien bergen auch Probleme: Wird es z. B. gelingen, eine Qualitätssicherung zu gewährleisten, die es Laien ermöglicht, evidenzbasierte von nicht gesicherter oder unseriöser Information zu unterscheiden? Wie groß ist die Gefahr, dass durch Zugangsbarrieren zu den neuen Medien Chancenungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung sowohl zwischen als auch innerhalb von Gesellschaften eher vergrößert als verringert werden?

Fragen der Partizipation, der Konsumentenorientierung und Empowermentprozesse werden zukünftig insgesamt an Aufmerksamkeit gewinnen. Es wird nicht mehr nur darum gehen, Wissen zu vermitteln oder über gesundheitliche Risiken und Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären, sondern auch um eine verstärkte Zielgruppen- oder sogar Empfängerspezifizierung (»tailoring« von Gesundheitsbotschaften). Angegangen werden muss hierbei vor allem das Problem kultureller Minoritäten und sozial Benachteiligter, die bisher nur zu oft durch das Raster globaler Gesundheitsinformationen fallen. Darüber hinaus wird es jedoch verstärkt darum gehen, dass NutzerInnen und ExpertenInnen sich im Verlauf von Austauschprozessen über gesundheitliche Ziele und über die Mittel, mit denen diese erreicht werden sollen, verständigen und diese »aushandeln«. Um an Entscheidungen über Gesundheitsförderung und Therapie von Erkrankungen mitwirken zu können, müssen die NutzerInnen von Gesundheitsleistungen qualifiziert bzw. dabei unterstützt werden, das immer vielfältigere Angebot zu bewerten. Auf der anderen Seite gilt es bei der Qualifizierung von Leistungserbringern dem Training kommunikativer Kompetenzen eine wesentlich größere Rolle einzuräumen als dies bisher der Fall gewesen ist. Neben evidenzbasierten und individuell angepassten Informationen muss auf dem Gebiet der Gesundheitskommunikation zukünftig nicht nur mehr, sondern auch theoretisch fundierter geforscht werden.

*PD Dr. Anja Leppin, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften,  
PF 10 01 31, 33501 Bielefeld, Tel.: (05 21) 1 06-43 67, Fax: (05 21) 1 06-64 33,  
E-mail: anja.leppin@uni-bielefeld.de, Literatur bei der Verfasserin*

Die Schlagworte der Informationsgesellschaft - Kompetenz und Partizipation der NutzerInnen - werden inzwischen auch im Gesundheitswesen verstärkt angemahnt. Der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten (2000/2001) betont, dass diese Schlüsselqualifikationen einen wesentlichen Einfluss auf die »Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und die Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems ausüben«. Die ExpertInnen sind überzeugt, dass die Weitergabe bzw. der Erhalt von Informationen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems eine zentrale Voraussetzung von Partizipation und Nutzerkompetenz ist. Bisher aber - so resümiert der Sachverständigenrat - sei diese Information durchaus unzureichend.

Wenn aber tatsächlich gerade in der Informationsvermittlung die Chancen mit »systemprägender Wirkung« als so positiv geschildert werden - das System werde transparenter, Gesundheitsbewusstsein und Eigenverantwortung würden gestärkt, der Bedarf an Reformen schneller erkennbar, Reformen sich schließlich von unten nach oben entwickeln könnten - warum hapert es an der notwendigen Information, um die wünschenswerten Effekte zu erreichen?

### Woran es hakt

Generell spielt das Themengebiet Medizin/Gesundheit eine herausragende Rolle in den Medien. Innerhalb dieses weiten Spektrums wird allerdings über Gesundheitspolitik allgemein, über Maßnahmen etwa zur Kostendämpfung oder die Rolle der Krankenkassen eher selten berichtet. Der erfahrene Journalismusprofessor und Medizinberichterstatte Göpfert meint sogar, Kritik am Gesundheitsbetrieb werde viel zu selten geübt.

Zweifellos gehört die Gesundheitspolitik zu den komplexesten Materien, die nur wenige ExpertInnen durchdringen und verstehen. Unter dem Gesichtspunkt der Volkswohlfahrt sind große staatlich initiierte Systeme zur Fürsorge und Vorsorge entstanden, die für den Einzelnen kaum noch durchschaubar sind. Weil aber Gesundheitspolitik so weitreichende Folgen für alle hat - sie betrifft die Finanzen privater Haushalte und die Personalkosten von Unternehmen, löst vor allem aber Unsicherheit aus, welche Versorgung im Notfall noch von wem in Anspruch genommen werden darf - ist die journalistische Vermittlung unabdingbar. Schon weil diese Themen sich zur politischen Desinformation und Emotionalisierung bis hin zur Angstmacherei eignen. Medien sollen nicht nur »informieren«, sie müssen vor allem vermitteln und verständlich machen. Diese Aufgabe stößt in der Gesundheitspolitik jedoch auf besondere Schwierigkeiten.

Trotz allgemeiner Betroffenheit tauscht ein nur kleiner Expertenkreis von JournalistInnen und PolitikerInnen Informationen aus, die sich oft genug auf die Darstellung in Fachmedien beschränkt. Wenden sich Medien an das große Publikum, folgt die Berichterstattung bekannten Ritualen - wie bei anderen komplexen Themen auch: JournalistInnen greifen mit Vorliebe Themen auf, die stark konflikt-haltig sind und spitzen diese Konflikte eher noch zu. Die eigenständige Analyse tritt hinter die Präsentation der oft konträren Standpunkte der AkteurInnen und PolitikerInnen zurück. Nicht die Folgen für »Nutzer und Nutzerinnen« des Gesundheitssystems stehen im Mittelpunkt der Berichterstattung, sondern die Positionen der InteressenvertreterInnen, so das Mitglied des Sachverständigenrates Professor Schwartz (1999): »Wie sehr man sich im deutschen Gesundheitswesen daran gewöhnt hat, an den Bedürfnissen der Patienten vorbei zu debattieren, hat gerade die Reformdebatte des abgelaufenen Jahres gezeigt... Die Vorschläge wurden aber in der Öffentlichkeit so gut wie gar nicht wahrgenommen, weil der öffentliche Diskussionsraum sehr schnell wieder durch eine reine Finanzierungs- und Verbändeinteressensdebatte dominiert wurde«.

## Medien orientieren auch gesundheitlich

In arbeitsteiligen und demokratischen Gesellschaften sind Menschen auf die Information durch Medien angewiesen. Gerade angesichts der Komplexität moderner Gesellschaften erwartet ein großes Publikum, dass die Medien Orientierung bieten und das umso mehr, je größer die Betroffenheit und in diesem Fall die existenzielle Bedeutung politischer Maßnahmen einzuschätzen ist. So schwierig diese Vermittlungsleistung im Bereich der Gesundheitspolitik auch sein mag, der Experten- und Interessendialog muss durch eine Orientierung am Publikum abgelöst werden. Der angestrebte und notwendige gesundheitspolitische Paradigmenwechsel hin zu mehr Prävention, zur Stärkung mündiger und selbstverantwortlicher PatientInnen ist ohne eine adäquate Medienberichterstattung nicht zu erreichen. Das bedeutet allerdings nicht nur, Qualitätsforderungen an den Journalismus zu stellen. Es setzt das Bemühen der ExpertInnen um Verständlichkeit und einen weitgehenden Verzicht auf Selbstreferentialität voraus.

Die Public-Health-Forschung in Deutschland hat die Bedeutung der Medien erst spät entdeckt und immer noch nicht zu einem angemessenen Forschungszweig entwickelt: In einer Art Zwischenbilanz aus dem Jahr 1998 über ihre bundesdeutschen Forschungsaktivitäten werden Medien nicht einmal erwähnt. Der Einfluss der Medien auf die gerade jetzt wieder hoch aktuelle, zwischen den Parteien und Interessengruppen umstrittene Gesundheitspolitik kann nur dann positiv sein, wenn die Presse ihre Themenstrukturierungsfunktion auch wahrnehmen kann bei einem interessierten, sensibilisierten und deswegen verantwortungsbereiten Publikum sowie in den politischen Arenen in der Auseinandersetzung um Interessenwahrung, Kompromiss und Zukunftsfähigkeit.

*Professor Dr. Beate Schneider,  
Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung,  
Hochschule für Musik und Theater Hannover, EXPO-Plaza 12,  
30539 Hannover, Tel.:(05 11) 3 10 04-81,  
E-mail: beate.schneider@ijk.hmt-hannover.de*

Uta Schwarz

## Gesundheit und Medien

Langjährige Kooperationserfahrungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

In unserer von Medien geprägten Gesellschaft ist zukunftsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention eng an die Zusammenarbeit mit den Massenmedien geknüpft. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln kooperiert seit vielen Jahren erfolgreich mit TV und Kino, Radio und Presse. Bei ›Gib Aids keine Chance‹ etwa, der bekanntesten BZgA-Kampagne, stützt sich die Informations- und Kommunikationsarbeit seit Kampagnenbeginn auf ein breites Spektrum medialer Vermittlungsformen. Ein Medien-Mix aus audiovisuellen und gedruckten Massenmedien, Plakaten, personaler Kommunikation und Fortbildung für lokale MultiplikatorInnen, aus Telefonberatung, Ausstellungen und Events bis hin zu den Unterkampagnen und neueren interaktiven Internet-Angeboten ([www.machsmitt.de](http://www.machsmitt.de)) ermöglicht es, neben der Allgemeinbevölkerung verschiedene Teilgruppen (Jugendliche, Alleinlebende etc.) gezielt anzusprechen. Auf diese Weise gelangen zielgruppenspezifisch aufbereitete Informationen und Botschaften in den Wahrnehmungshorizont eines möglichst großen Adressatenkreises.

## Erprobte Synergien bei Gesundheitsthemen

Während in einer Kampagne häufig Broschüren und andere Printmedien die ausführliche Grundinformation bereitstellen, kommt den audiovisuellen Medien, also den Filmen, TV-, Kino- und Hörfunkspots eine eher kommunikative Aufgabe zu: Sie sollen einen aufmerksamkeitsstarken Impuls zur Auslösung weiterer Kommunikation setzen, das Thema nicht nur kognitiv, sondern auch emotional positiv besetzen und dessen Verankerung in der Lebenswelt bildlich und akustisch vergegenwärtigen. In der langjährigen Kooperation der BZgA mit audiovisuellen Medien, insbesondere mit TV und Radio, konnten verschiedene Formen der Zusammenarbeit erfolgreich erprobt und Synergien genutzt werden. So stellen das Fernsehen und der Hörfunk ihre Darbietungsformen und Genrekonventionen sowie ihre Verbreitungsstruktur bereit, mit denen öffentliche Aufmerksamkeit, hohe Verbreitung sowie eine zielgruppenspezifische Adressierung angestrebt wird. Die Bundeszentrale stellt ihre fachliche Kompetenz über aufklärungsrelevante Gesundheitsthemen zur Verfügung, nutzt ihre langjährige Erfahrung in der audiovisuellen Umsetzung präventiver Inhalte und unterstützt die Rückbindung an Fachinstitutionen und -verbände. Dadurch wird sichergestellt, dass die TV-ZuschauerInnen und RadiohörerInnen fachlich aktuelle und abgesicherte Informationen erhalten.

## Produktion von TV- und Kino-Spots

Die konkreten Formen der Kooperation sind sehr verschieden ausgeprägt. Bei der Kampagne ›Gib Aids keine Chance‹ beispielsweise stellt die BZgA den öffentlich-rechtlichen und privaten TV-Sendern die TV- und Kinospots zur Aidsaufklärung als fertig produzierte Spots zur Verfügung, mit der Bitte, diese kostenlos und möglichst häufig sowie auf reichweitenstarken Sendepunkten auszustrahlen. Anders als noch zu Beginn der Kampagne Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre, als die öffentlich-rechtlichen Sender sich zu einer besonderen Verantwortung bekannten und beste prime-time-Plätze zur Verfügung stellten, muss das Thema Aids heute mit anderen Themen des social marketing um immer knappere kostenfreie ›social‹-Sendepunkte konkurrieren, gleichzeitig hat sich die Zahl der ausstrahlenden Sender vervielfacht. Auch die präventiven Aspekte des Themas Aids veränderten sich, z. B. durch:

- neue Aspekte von Migration und Mobilität,
- die Entwicklung neuer Medikamente,
- die Notwendigkeit, die nachwachsende Generation verstärkt anzusprechen.

Deshalb beobachtet die BZgA laufend nicht nur die aktuellen Entwicklungen der Werbespotgestaltung, sondern auch die Dynamik der Aufklärungserfordernisse und bringt ihre fachliche und themendramaturgische Erfahrung in die Spotentwicklung ein. Diese Strategie einer dauerhaften Aktualisierung der Spotinhalte und -gestaltung auf der Höhe des präventionsfachlichen und ästhetischen ›state of the art‹ hat sich bewährt: obwohl das Thema Aids in der öffentlichen Wahrnehmung heute nicht mehr als vordringlich gilt, werden die Spots in den Pretests nach wie vor positiv bewertet, weiterhin ausgestrahlt und Umfragen zufolge auch von der Bevölkerung wahrgenommen.

## Gemeinsame Drehbuchentwicklung für Spielfilme

Eine andere Kooperationsform, die Zusammenarbeit mit TV-Spielfilm-Redaktionen schon im Stadium der Drehbuchentwicklung, wurde beispielsweise in den Jahren 1997/98 bei der ZDF-Soap ›Jede Menge Leben‹ praktiziert. Das Thema Aids wurde hier als Geschichte eines HIV-infizierten Protagonisten in einen Handlungsstrang über viele Folgen hinweg eingearbeitet. Das Publikum sah sich also immer

wieder mit Fragen wie der HIV-Infektionsgefahr, der Nutzung von Kondomen und der Solidarität mit Betroffenen konfrontiert. Bei dieser Kooperation zeigten sich spezifische Chancen und Probleme der Integration von Aufklärungsbotschaften in eine vorgegebene Dramaturgie mit Handlungs- und Personenstruktur. Das zwischen BZgA, DrehbuchautorInnen und ProduzentInnen der Soap abgestimmte Drehbuch stellte einen aus Sicht der BZgA sehr guten Kompromiss dar, da wichtige Punkte wie beispielsweise die Frage, wann ein HIV-Test empfehlenswert ist und wann nicht, in angemessener Weise dargestellt werden konnten. Ein früheres Beispiel dieser TV-BZgA-Kooperationsform war die ARD-Fernsehfilm-Reihe ›Sterne des Südens‹, in der die Gesundheitsthemen ›Suchtgefährdung durch legale Drogen‹ und ›Schwangerschaft/Partnerschaft/Elternrolle‹ in zwei thematisch zentrierten Folgen umgesetzt wurden.

### Koproduktion einer Doku-Serie

Auch Koproduktionen eines dokumentarischen Films oder einer Dokuserie konnten erfolgreich realisiert werden. Das aktuellste Beispiel ist die gemeinsam mit dem Bildungsfernsehen des WDR produzierte vierteilige Dokumentarserie ›Zu dünn? Zu dick?‹ über Essstörungen im Jugendalter. Das vom WDR vorgegebene Format von 15-min-Beiträgen entsprach der BZgA-Intention, ein auch in der Schule (Mittelstufe) einsetzbares Produkt herzustellen. Das Thema Essstörungen sollte als ein Spektrum ernährungsbezogener Entwicklungsstörungen dargestellt werden (Magersucht, Bulimie, Esssucht). Dadurch sollte die Filmreihe der häufig zu beobachtenden sensationsheischenden Wahrnehmung von Magersucht und Bulimie entgegenwirken und deutlich machen, dass auch Esssucht eine verbreitete und behandlungsbedürftige Ernährungsstörung ist. Das Konzept zur Filmreihe wurde gemeinsam zwischen BZgA und den Autorinnen erstellt. Als externe Fachberaterin für Drehbucherstellung und Filmabnahme wirkte eine Vertreterin des Bundesverbandes Essstörungen e. V. mit.

### Lebensweltbezug und Hintergrundinformation

Die geschilderten Kooperationsformen lassen moderne, ›unterhaltende‹ Fachbeiträge entstehen, die den stark medial geprägten Wahrnehmungs- und Mediengewohnheiten der Zielgruppen und ihren Rezeptionssituationen entsprechen. Ein an Jugendliche zwischen 12 und 16 Jahren gerichteter Film über Magersucht, Bulimie und Esssucht kann beispielsweise die Frage des sexuellen Missbrauchs, der als Ursache von Essstörungen in der Fachliteratur diskutiert wird, kaum angemessen erläutern. Deshalb gehören Fachinformationen bzw. weiterführende Literaturhinweise in das Begleitmaterial. Filme zur Gesundheitsförderung eignen sich insbesondere dafür, Gesprächsanlässe in Gruppen zu schaffen. Eine besondere Qualität liegt darin, dass sie auf die komplexe Lebenswelt der Adressaten Bezug nehmen, ohne unangemessen zu polarisieren.

*Dr. Uta Schwarz, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat Audiovisuelle und Neue Medien, Ostmerheimerstr. 220, 51109 Köln, Tel.: (0221) 89 92-267, E-mail: schwarz@bzga.de, Internet: www.bzga.de*  
Videofilme können bei der BZgA, 51101 Köln gegen eine Schutzgebühr von 8 Euro erworben werden und sind außerdem bei nichtkommerziellen Bildstellen und Filmdiensten ausleihbar.

Constanze Rossmann

## Die heile Welt des Fernsehens

Seit jeher ist das Arztbild von besonderen Idealvorstellungen geprägt: Angefangen vom Schamanen der Jäger- und Sammlerkulturen über die RepräsentantInnen des antiken griechischen Heilkundigen Asklepios und Hippokrates beherrscht bis heute das Bild der ›Halbgötter und Halbgöttinnen in Weiß‹ die Vorstellung vom Heilberuf. Auch der neuzeitliche Wandel zu methodengewandten, naturwissenschaftlichen ExpertInnen, die psychische und soziale Aspekte zunehmend außer Acht zu lassen scheinen, hat das Bild nicht getrübt. Umfragen bei PatientInnen zeugen weiterhin vom hohen Ansehen der Weißkittel. Woher rührt also dieses ungetrübtete Bild? Denkbar ist, dass das Berufsbild der ÄrztInnen nicht nur von Alltagserfahrungen beeinflusst wird, sondern auch durch die Arzt- und Krankenhausserien des Fernsehens.

### Studie zum Bild der Heilberufe

Die Autorin hat eine Studie zur Kultivierung durch Krankenhausserien durchgeführt (2000). Die Studie geht der Frage nach, wie das medizinische Personal in Krankenhausserien dargestellt wird, um daraufhin den Einfluss der Serien auf das Bild der Heilberufe zu untersuchen. Theoretische Basis stellt die Kultivierungshypothese dar, die postuliert, dass VielseherInnen des Fernsehens die Realität eher so wahrnehmen, wie sie im Fernsehen dargestellt wird, während die Einstellungen der WenigseherInnen der tatsächlichen Realität näherkommen. Die Studie gliedert sich in drei Forschungsschritte: Eine Inhaltsanalyse von jeweils vier Folgen acht deutscher und amerikanischer Krankenhausserien erfasst das Fernsehbild der Heilberufe. Ein Vergleich der Ergebnisse mit statistischen Kennzahlen der Realität dient der Identifikation verzerrter Fernsehbotschaften, die wiederum die Basis für die Kultivierungsanalyse – eine zweifelhafte Panelbefragung von KrankenhauspatientInnen – bilden. Die Inhaltsanalyse bestätigt die vermutete Idealisierung und Stereotypisierung der MedizinerInnen und PflegerInnen. Sie werden überaus kompetent, souverän, aufrichtig und fürsorglich dargestellt, sind meist jung und attraktiv, ledig und haben keine Kinder. Ein Viertel der Ärzte hat ein Verhältnis mit einer Kollegin oder Krankenschwester, entsprechend häufig spielt das Privatleben in Gesprächen eine Rolle, wohingegen Aspekte wie Finanznot, Arbeitsbelastung oder Schweigepflicht selten thematisiert werden. Die vergleichsweise hohe Zahl männlicher Pflegekräfte und leitender Ärztinnen deutet auf emanzipiertere Verhältnisse im Fernsehen als an deutschen Krankenhäusern hin. Auch die Darstellung der Krankheitsbilder weicht von den Verhältnissen der Realität ab: Kommen im Fernsehen mehr Verletzungen und Vergiftungen, mehr Herzerkrankungen, infektiöse und psychische Erkrankungen vor als in der Realität, so sind Krebs und chronische Erkrankungen deutlich unterrepräsentiert.

### Der Einfluss der Fernsehwelt auf die Realität

Der Einfluss dieser verzerrten Fernsehwelt wurde mit einer schriftlichen Panelbefragung von PatientInnen eines Kreiskrankenhauses untersucht. Die zweimalige Befragung diente der kontrollierten Erhebung des Einflusses direkter Realitätserfahrung, die die PatientInnen im Krankenhaus machten: Kurz nach ihrer Aufnahme im Krankenhaus beantworteten sie den ersten Fragebogen, in dem Einschätzungen und Bewertungen zu ÄrztInnen und PflegerInnen, Vorstellungen über Krankheitshäufigkeiten quasi ohne Realitätserfahrung (abhängige Variable) sowie die Nutzung von Krankenhausserien (unabhängige Variable) erhoben wurden (n=157 PatientInnen ab 14 Jahren). Kurz vor ihrer Entlassung wurden die PatientInnen ein zweites Mal befragt, um durch den Krankenhausaufenthalt bedingte Bewertungsänderungen feststellen zu können (n=83). Die Befunde deuten darauf hin, dass sich die Idealisierung der Fernsehmedizin-

rInnen und -pflegekräfte in der Realitätswahrnehmung zumindest begrenzt niederschlägt. Während die Einschätzung von Geschlechtsverteilung und Familienstand des Personals und die Wahrnehmung von Krankheiten von der Krankenhausseriennutzung unbeeinflusst scheint, zeigen sich bei den Professionalitätsmerkmalen signifikante Zusammenhänge. Je häufiger die PatientInnen Krankenhausserien sehen, desto positiver bewerten sie ÄrztInnen und PflegerInnen. Man kann den Krankenhausserien somit einen ›heile-Welt-Effekt‹ zuschreiben, der gegen negative Realitätserfahrungen jedoch nicht resistent ist. Diese schwächen die Zusammenhänge zwischen Krankenhausseriennutzung und Bewertung ab, womit sich der Krankenhausaufenthalt als desillusionierendes Erlebnis entpuppt, das die medial erzeugte Illusion durch eine realistischere Sichtweise ersetzt. Ein Frustrationseffekt im Sinne einer durch Realitätserfahrung erzeugten schlechteren Bewertung durch VielseherInnen kann jedoch nicht beobachtet werden.

### Fazit

Von der idealisierten Darstellung der ÄrztInnen in Krankenhausserien gehen somit nur positive Einflüsse aus: ›Gesunde VielseherInnen‹ sehen in ÄrztInnen ›Halbgötter und Halbgöttinnen in Weiß‹, ›kranke VielseherInnen‹ bringen beim Arztbesuch ein hohes Vertrauen mit. Es liegt in der Hand der ÄrztInnen und Pflegekräfte, die Behandlung zu einem bestätigenden oder desillusionierenden Erlebnis zu machen.

*Constanze Rossmann M.A., Ludwig-Maximilians-Universität München,  
Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung, Oettingenstr. 67,  
80538 München, Tel.: (0 89) 21 80-94 13, Fax: (0 89) 21 80-94 43,  
E-mail: rossmann@ifkw.uni-muenchen.de*

Claudia Lampert

## Alkohol im Fernsehen – ständig präsent, aber selten Thema

Alkohol stellt einen wichtigen Bestandteil gesellschaftlicher Rituale dar, die sich auch in den Medien widerspiegeln. Die medialen Darstellungen wiederum prägen das Bild von Alkohol und seiner Rolle als Sucht- und Genussmittel in unserer Gesellschaft. Gerade für Kinder und Jugendliche, die erste Erfahrungen mit Alkohol machen und nach Orientierungsmustern suchen, haben Rollenmodelle eine zentrale Bedeutung. Da für die Heranwachsenden das Fernsehen besonders relevant ist, wurde im Rahmen einer groß angelegten Studie das Programmangebot des deutschen Fernsehens im Hinblick auf die Darstellung von Alkohol analysiert (Aufenanger et al. 2002). Erstmals wurden dabei alle Formate und Genres berücksichtigt, d. h. sowohl Werbung als auch Informations- und Unterhaltungsangebote sowie Sport- und Musiksendungen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Alkohol im Fernsehen ständig und überall vorkommt, in allen Programmen, zu allen Tageszeiten und in allen Sparten. In 56 Prozent der untersuchten Sendungen fand sich mindestens eine Szene, in der Alkohol entweder visuell oder akustisch dargestellt wurde. Im Durchschnitt begegnen den Zuschauenden mehr als neun Alkoholszenen pro Stunde. Überraschenderweise findet sich die höchste Anzahl an Alkoholszenen pro Stunde mit sieben Szenen in der Sparte Sport, gefolgt von Musik, Fiction und Information (jeweils sechs Szenen pro Stunde). Die niedrigste Frequenz weist die Sparte Unterhaltung auf (drei Szenen pro Stunde).

### Alkohol zwischen Requisite ...

Die Allgegenwärtigkeit von Alkohol im Fernsehen relativiert sich ein wenig, wenn man den Stellenwert betrachtet, der einer Alkoholdarstellung im Kontext einer Szene, eines Beitrags oder einer Sendung zukommt. In den meisten Szenen stellt Alkohol lediglich eine Requisite dar und ist für die Handlung ohne erkennbare Bedeutung. Sendungen, Beiträge oder Szenen, die sich mit den Folgen von Alkoholkonsum, mit Alkoholismus oder Suchtprävention auseinandersetzen, sind hingegen äußerst rar. Daraus ergibt sich die Formel, dass Alkohol ständig (visuell) präsent, aber – mit Ausnahme der Werbung – selten wirklich Thema ist. Doch ist gerade die Vielzahl an nebensächlichen Alkoholdarstellungen insofern kritisch zu bewerten, da sie den normalen, selbstverständlichen Charakter von Alkohol in allen, d. h. auch riskanten Lebenslagen und Situationen (z. B. in gefährlichen Situationen, beim Autofahren oder in der Schwangerschaft) unterstreicht. Eine explizite Thematisierung von Alkohol und dem damit verbundenen Gefährdungspotenzial wäre in diesem Zusammenhang sehr wünschenswert.

Darüber hinaus sollte die Diskussion auch dahingehend geführt werden, welche Alkoholdarstellungen verzichtbar wären. Braucht es wirklich immer die Darstellung von Alkohol, um eine Person zu charakterisieren oder einen Ort zu beschreiben? Insbesondere fiktionale Programmangebote wie Spielfilme, Soaps und Serien bieten zahlreiche Möglichkeiten, auf Alkohol zu verzichten, ohne die Glaubwürdigkeit einer Botschaft zu beeinträchtigen. Dabei geht es keineswegs um eine vollständige Verbannung von Alkoholdarstellungen aus dem Fernsehprogramm, sondern vielmehr um eine realistische, reflektierte und durchaus kritische Form der Inszenierung.

In diesem Kontext ist auch auf die problematischen Darstellungen von Alkohol in humoristischen Situationen hinzuweisen, in denen z. B. häufig Folgen übermäßigen Alkoholkonsums zum Gegenstand der Belustigung und Unterhaltung werden. Derartige Darstellungen sind kritisch zu bewerten, da sie zu einer Verharmlosung und zu einer Unterschätzung des Gefährdungspotenzials beitragen. Inwieweit solche Formen der Inszenierung allerdings auch eine Möglichkeit darstellen können, unterhaltsam und dadurch weniger moralisierend auf negative Folgen von Alkoholkonsum aufmerksam zu machen, müsste genauer untersucht werden.

### ... und Sportsponsoring

Ein weiterer Bereich, der nicht unberücksichtigt bleiben sollte, ist die Darstellung von Alkohol in Sportprogrammen, sei es in Form von Sponsorenhinweisen, Banden- oder Trikotwerbung oder anderen Werbeformen. Wenngleich Alkohol nur selten im Rahmen der Sportsendungen erkennbar konsumiert wird, sollte diese problematische Verbindung zwischen Sport und Drogen kritisch diskutiert werden. Neben den programmorientierten Handlungsoptionen sollten zudem Initiativen gefördert werden, die sich an die RezipientInnen richten und insbesondere Kindern und Jugendlichen einen kompetenten Umgang sowohl mit den medialen Darstellungen als auch mit dem Konsum von Alkohol ermöglichen. In der reflektierten Auseinandersetzung mit medialen Darstellungen können die Heranwachsenden lernen, die vermittelten Images zu durchschauen und ihre eigenen Konsum- und Trinkgewohnheiten zu überdenken – ein erster Schritt zur Veränderung eigenen Handelns und ein wichtiger Baustein der Suchtprävention.

*Claudia Lampert, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Hans-Bredow-Institut für  
Medienforschung, Warburgstraße 8-10, 20354 Hamburg, Tel.: (0 40) 45 02 17-92,  
Fax: (0 40) 45 02 17-99, E-mail: c.lampert@hans-bredow-institut.de  
Literatur bei der Verfasserin*

## Was spricht Männer an? Männergerechte Gesundheitskommunikation findet in der Gesundheitsförderung und Prävention kaum statt

S

Schwerpunkt

Die deutsche Kosmetikindustrie ist längst auf Männer als besondere Zielgruppe eingestellt, während für die Gesundheitsförderung und Prävention diese Zielgruppe noch fast keine Rolle spielt. In der Hanoverschen Allgemeinen Zeitung vom 1.4.2003 war zu lesen, wie der Wachstumsmarkt Männerkosmetik (660 Millionen Euro Umsatz im Jahr 2002) gestaltet wird. Die Fachgeschäfte reagieren und richten Herrenabteilungen ein, die sich in der Ausstattung von Damenabteilungen unterscheiden. »Der Bereich ist bei uns viel offener, weil sich unsere männlichen Kunden erst einmal umschaun und die Verpackungen in die Hand nehmen wollen«, sagt die Einkaufsleiterin einer großen Parfümerie in Hannover.

Solche bedürfnis- und bedarfsgerechten Angebote sind in der nicht-kommerziellen Gesundheitskommunikation für Männer nur schwerlich zu finden. Dabei haben Medienkonzerne Männer als Zielgruppe für Gesundheitszeitschriften schon lange entdeckt. »Men's Health«, »Fit for Fun« oder »Best Life« heißen die Zeitschriften, die den neuen, gesundheitsbewussten Mann ansprechen sollen. Die Funktion des Lebens-, Beziehungs- und Gesundheitsratgebers, die für Frauen jahrelang die Zeitschrift »Brigitte« erfüllte, ist jetzt auch bei Männern besetzt. Das Gros der Gesundheitstipps in den genannten Publikationen beschränkt sich allerdings auf Übungen zum schnellen Work-Out mit besonderem Fokus auf den Waschbrettbauch, schnellen Diäten auf dem Weg zum Idealgewicht sowie Flirt- und Sextipps.

### Erfolgsfaktor Männerzeitschriften

Warum werden Männer über diese Zeitschriften erreicht? Was spricht Männer an? Ein Grund dafür ist sicherlich die vermittelte einfache technische Lösbarkeit von Gesundheitsproblemen in den genannten Zeitschriften. Der zweite Erfolgsgrund liegt in der völligen Ausblendung möglicher psychischer Ursachenkomplexe, z. B. bei Erektionsstörungen, wie man auch aus der Werbung für Viagra® sehr gut herauslesen kann. Diese Ausblendung psychischer Aspekte korrespondiert mit einem männlichen Gesundheitskonzept, bei dem im Unterschied zu Frauen die körperlichen Aspekte dominieren. Die dritte hervorstechende Strategie ist die der Bagatellisierung von Problemlagen, sie werden als handhabbar beschrieben, von Krebsarten und Krankheitsverläufen ist seltener die Rede als von Anti-Aging-Strategien. Bei Krebs werden nur Vorsorgethemen behandelt. Außerdem lässt sich in der gesamten, deutschsprachigen, kommerziellen Gesundheitskommunikation, die sich an Männer richtet, eine überdeutliche Neigung zu Anglizismen feststellen. Schon die Titel der Magazine machen dies deutlich. Auch die Strategien (z. B. Work-Out, Foodguide, Gesundheits-Checkup, Bodymanagement, Anti-Aging oder Wellness) wurden mit Bedacht nicht übersetzt, sondern direkt aus dem Amerikanischen übernommen, um so auch die Modernität und Machbarkeit der vermittelten Inhalte zu unterstreichen.

### Gesundheitsbelastung Mann

In die internationalen Grundsatzdokumente zur Gesundheitsförderung findet der Geschlechteraspekt erst relativ spät Eingang. Männer tauchen in den internationalen Erklärungen allenfalls als »Gesundheitsbelastung« für Frauen auf. Als besondere Zielgruppe mit spezifischen Gesundheitsproblemen, z. B. einer weltweit niedrigeren Lebenserwartung als Frauen werden sie nicht benannt. In Hinblick auf Männer bleiben die Dokumente seltsam geschlechtslos.

### Prävention für Männer

Jungen oder Männer als klar definierte und erreichte Zielgruppe wurden bislang in wenigen Präventionsbereichen berücksichtigt. Geschlechtssensible Ansätze der Präventionsarbeit wurden für folgende Bereiche entwickelt:

- Aidsprävention/Sexualaufklärung,
- Gewaltprävention/Jungenarbeit,
- Suchtprävention in Kindertagesstätten und Schulen.

Diese geschlechtsbezogene Präventionspraxis stellt allerdings nicht den Standard für die genannten Präventionsbereiche dar. Franzkowiak u.a. charakterisieren sie für den Bereich der Suchtprävention deshalb als »verinselt« (BZgA, 1998, S.19). VossHagen (2000, S.36) hält für den Suchtbereich fest: »Männer besitzen fortgesetzt, gerade im Suchtbereich kein Geschlecht (gender), zu verstehen im Sinne einer sozialen Konstruktion von Maskulinität. Ebenso wenig erfolgte im psychologischen Sinne eine systematische Analyse von Geschlechterrollenerwartungen und -stereotypen, die in Beziehung zum männlichen Suchtmittelkonsum und Missbrauch stehen könnten«.

### Gesundheitskommunikation für Männer

Jungen und Männer stellen keine homogene Gruppe dar. Sie unterscheiden sich deutlich nach Alter, Entwicklungsphase, sozialer Herkunft, sozialer Eingebundenheit, Bildungsstand, spezifischer Lebenssituation, sexueller Orientierung und kulturellem Hintergrund. Deshalb kann es genauso wenig eine männliche Identität wie eine adäquate Form der Männergesundheit geben, sondern nur der Plural beschreibt das Handlungsfeld zutreffend; also männliche Identitäten und Männergesundheit. Daran muss sich auch die Gesundheitskommunikation ausrichten. Sie muss bei Männern anders gestaltet werden als bei Frauen, vielleicht kann man vom Wachstumsmarkt »kommerzielle Gesundheitskommunikation mit Männern« lernen. Als kennzeichnende Elemente dieser Kommunikation können folgende Merkmale festgehalten werden:

- Vermittlung einer einfachen technischen Lösbarkeit möglicher Gesundheitsprobleme,
- Ausblendung komplexerer, insbesondere psychischer Ursachen,
- Bagatellisierung von Erkrankungsverläufen und -wahrscheinlichkeiten,
- überdeutliche Neigung zu Anglizismen.

Natürlich ist es schwierig, insbesondere Komplexitätsreduktion und Bagatellisierung für die Gesundheitskommunikation einzufordern, aber es kann diesen Besonderheiten männlicher Rezeptionsgewohnheiten mehr Rechnung getragen werden als dies bislang der Fall ist. Was die Komplexitätsreduktion anbelangt, kann dies etwa beim Zeitpunkt der Thematisierung berücksichtigt werden. Eine zu frühe und zu »psychologisierende« Art der Thematisierung ist sicherlich wenig hilfreich. Zunächst muss eine stabile Kommunikationsbasis hergestellt werden, ehe weitergehende Reflektionen vorgenommen werden können. Schon die Ausschreibungen für viele Gesundheitsförderungsangebote werden häufig dieser Forderung aber nicht gerecht.

Männergesundheit wird bisher vorwiegend aus kommerziellen Motiven thematisiert. Öffentliche Stellen und das Bildungssystem könnten in einer Art Arbeitsteilung die Lücken dieses neuen Marktes identifizieren und besetzen. Insbesondere sozial benachteiligte Männer werden bisher aus naheliegenden Gründen kaum angesprochen. Hier besteht im Sinne der Chancengleichheit eine besondere Verantwortung von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen.

*Anschrift: siehe Impressum, Literatur beim Verfasser*



Unter dem Titel ›Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen‹ haben Prof. Carol Hagemann-White und Sabine Bohne ein Gutachten im Auftrag der Enquête-Kommission ›Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung‹ des Landtages Nordrhein-Westfalen vorgelegt. Eine vorsichtige Gesamtschätzung der Prävalenz kommt zu dem Ergebnis, dass bis zu 22 % aller Frauen, die in der einen oder anderen Form Gewalt erlitten haben, dies in einer Ausprägung erlebt haben, die Folgen für ihre Gesundheit hat. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Pflegekräfte, Hebammen, PhysiotherapeutInnen u. a. im Gesundheitswesen Tätige müssen davon ausgehen, dass eine von fünf Frauen, die sich in Behandlung begibt, geschlechtsbezogene Gewalt erlebt hat und ihre Beschwerden auch darin eine Ursache haben könnten.

Daher fordert das Gutachten ein Umdenken bei den Professionellen im Gesundheitswesen. Um langjährige Fehlbehandlungen zu vermeiden, ist im jeweiligen Behandlungssetting nach Gewalterfahrungen zu fragen. Besonders die reproduktive Gesundheit wird durch erlebte Gewalt bedroht. Bei Frauen mit Gewalterfahrungen sind längere Zeiten von Unfruchtbarkeit zu beobachten oder das Gegenteil, immer wieder in rascher Folge schwanger zu werden. Spontane Fehlgeburten, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen können sich einstellen.

Laut Gutachten gibt es keinen Bereich von Gesundheitsproblemen, für den eine mögliche relevante Vorgeschichte von Gewalt auszuschließen wäre. Sechs Störungsbereiche können als typische unspezifische Folgewirkung von Gewalterfahrungen auftreten:

- anhaltende Angst- und Schlafstörungen,
- Beziehungs- und Sexualstörungen,
- das Posttraumatische Belastungssyndrom,
- Depression und Suizidalität,
- Suchtverhalten und Suchtgefährdung,
- chronische Schmerzen.

Weiterhin können für die verschiedenen Gewaltformen spezifische Gesundheitsprobleme als Folgen geschlechtsbezogener Gewalt identifiziert werden.

Am 19. Mai 2003 lud die Enquête-Kommission zu einer öffentlichen Veranstaltung ein, in der das Gutachten vorgestellt wurde und mögliche Konsequenzen für das Gesundheitswesen diskutiert wurden. Ein Modell guter Praxis aus dem stationären

Bereich, das SIGNAL Projekt aus Berlin, stellte Hürden bei der Implementation sowie Erfahrungen zur Überwindung solcher Barrieren vor. In Diskussionsforen unterstrichen zum einen PraktikerInnen den Handlungsbedarf für die ambulante und stationäre Versorgung. Zum anderen waren Berufsverbände, Ärztekammer, Krankenkasse, Kassenärztliche Vereinigung, das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium, die Krankenhausgesellschaft, die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die Landesversicherungsanstalt NRW und viele andere mehr geladen, um ihre Möglichkeiten zur Sensibilisierung der Professionellen darzustellen. Die Veranstaltung hat ein deutliches Signal gesetzt, dass jegliche Gewaltformen wie häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch in der Kindheit und Vergewaltigung gesundheitliche Folgen haben können und dass diesen Zusammenhängen ein hoher Stellenwert in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen zukommen muss. (us)

*Das Gutachten ist im Internet unter [www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de) > Parlament > Enquetekommissionen abrufbar.*

## Bergit Fesenfeld Neue Gesundheits- sendung im WDR-Hörfunk: WDR 5 LebensArt

Der Westdeutsche Rundfunk bietet seit dem 1. April 2003 eine neue Gesundheits-sendung im Hörfunk an. HörerInnen können jede Woche mittwochs von 15.05 Uhr bis 16.00 Uhr in der WDR 5-Sendung ›LebensArt – live mit Hörern und Experten‹ kostenlos mit kompetenten ExpertInnen über Themen rund um die Gesundheit sprechen. Im Mittelpunkt stehen dabei fundierte und leicht verständliche Informationen über die Vorbeugung und die neuesten Behandlungsmöglichkeiten von körperlichen und psychischen Krankheiten, praktische Tipps für PatientInnen und Aspekte der Gesundheitspolitik.

### Inhalte

HörerInnen können hier kompetentes Wissen oder Rat nachfragen oder eigene Erfahrungen einbringen. Der Studiogast ist ein(e) in ihrem/seinem Fachgebiet anerkannte(r) und profilierte(r) ExpertIn. Vorproduzierte Informationsbeiträge und

Reportagen zum Thema ergänzen und vertiefen die Gespräche im Studio. Zu jeder Sendung gibt es ausführliche Informationsblätter, die die HörerInnen kostenlos abfragen oder aus dem Internet herunterladen können.

Immer am ersten Mittwoch im Monat stehen unter dem Titel ›Diagnose Krebs‹ Informationen zu dieser Krankheit auf dem Programm – so z. B. Fragen zur Ernährung bei Krebs, zur Früherkennung bei Brustkrebs oder zur Rolle der Angehörigen im Heilungsprozess. Als besonderer Service stehen jeden ersten Mittwoch im Monat von 16 bis 18 Uhr KrebsexpertInnen des unabhängigen Krebsinformationsdienstes in Heidelberg für weitere Informationen kostenlos zur Verfügung.

Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind regelmäßig in WDR 5 LebensArt Thema: hier werden z. B. Depressionen oder Suchtkrankheiten in den Mittelpunkt gestellt. Große Volkskrankheiten wie Rückenschmerzen, Allergien oder Herz-Kreislaufprobleme sollen ebenfalls ca. einmal im Monat thematisiert werden. Wichtig sind auch Themen aus dem Bereich ›Vorsorge/ Vorbeugung‹, so z. B. die Bedeutung des gesunden Schlafes, der Ernährung oder der Vorsorgeuntersuchungen. Gesundheitspolitik oder Patientenrechte werden auch immer wieder Thema der WDR 5 LebensArt sein, ebenso die Rahmenbedingungen für Gesundheit wie z. B. die Arbeitswelt oder Umweltprobleme.

### Die Redaktion

Die fünfköpfige Redaktion ist eingebunden in die Abteilung ›Wissenschaft, Umwelt, Technik‹ und damit nah an den neuesten Erkenntnissen. Sie legt besonderen Wert auf fundierte, aber leicht verständliche Information und auf die Nähe zu den HörerInnen. Erfahrene ModeratorInnen sind Garant dafür, dass nicht einzelne HörerInnen mit ihren persönlichen Krankheitsgeschichten ›vorgeführt‹ werden, sondern dass die Einzelfälle Anlass für vertiefende Gespräche mit den ExpertInnen im Studio sind und die Informationen daraus auch anderen HörerInnen zugute kommen können. Die kostenlose Hotline-Nummer für die HörerInnen lautet 0800-5678-556. Die Redaktion ist folgendermaßen zu erreichen:

*WDR 5, LebensArt-Live mit Hörern und Experten, Große Budengasse 17, 50600 Köln, Tel.: (02 21) 2 20 31 89, Fax: (02 21) 2 20 55 56, E-mail: [lebensart@wdr.de](mailto:lebensart@wdr.de), Internet: [www.wdr5.de/lebensart](http://www.wdr5.de/lebensart)*

Die Stiftung Leben und Umwelt ist die niedersächsische Landesstiftung der Heinrich Böll Stiftung in Berlin, geleitet von einem 10köpfigen Stiftungsrat, der je zur Hälfte von den beiden StiftungsgeberInnen, dem Landesverband BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und dem Verein Niedersächsischer Bildungsinitiativen, besetzt wird. Seit der Gründung im September 1983 ist die Förderung der politischen Bildung in Niedersachsen Aufgabe der Stiftung. Die Verwirklichung von Geschlechterdemokratie als ein von Dominanz freies Verhältnis der Geschlechter ist ein erklärtes Ziel ebenso wie das Begreifen der Ursachen, der Wirklichkeit und der Folgen von Faschismus und Diktatur. Ein Schwerpunktthema ist Arbeit. So fand 1999 in Kooperation mit dem Pavillon Hannover das Projekt Arbeit statt, eine interaktive Ausstellung, in der Jugendliche am Beispiel der Textilindustrie sehen, anfassen und hören, was Arbeit war und was sie ist.

Die Stiftung etablierte sich in den Folgejahren mit dem Thema Ökologie und nachhaltige Entwicklung, z. B. durch zwei weltweit beachtete Internetseiten. Im Jahre 2000 begleitete die Internetseite [www.xposition.de](http://www.xposition.de) die Weltausstellung EXPO 2000 in Hannover kritisch. Als virtueller Wegweiser lieferte [www.worldsummit.de](http://www.worldsummit.de) zum Weltgipfel 2002 in Johannesburg wichtige Beiträge zu Nachhaltigkeit, globale Gerechtigkeit und ökologische Gestaltung nach Johannesburg. Seit 1990 wurde mehrere Jahre lang der Umweltpreis Niedersachsen von der Stiftung vergeben. Im April 1993 wurde auf Initiative der Stiftung das Netzwerk Klimaschutz ins Leben gerufen, das bis 1997 Bestand hatte. Seit 1992 unterstützt die Stiftung die Agenda 21 von Rio mit Projekten.

Eine andere Art Bildungsarbeit ist in der Reihe »Tortore« entwickelt worden. Dem Motto »Orte erkunden – Menschen verstehen« folgend, werden Veranstaltungen zu Themen an Orten initiiert, wo diese Themen stattfinden. Als Alternative zum mediengeprägten Alltag sollen Dinge dort wahrgenommen werden, wo sie begreifbar sind. »Tortort Fan- kurve« organisierte eine Diskussion über Gewalt und Rassismus mit dem Fanclub und den Spielern des Fußballclubs Hannover 96. »Wo bitte geht's zum Ausstieg?« fand im Fixpunkt, einem Treff der Drogenberatungsstelle statt. Zu Sterben und Sterbebegleitung wurden in einem Hospiz Erfahrungen gesammelt.

Am 20. Mai 2003 feierte die Stiftung Leben und Umwelt nun das 20jährige Jubiläum

im Leibnizhaus in Hannover. Es wurde den turbulenten Zeiten gedacht, in denen die Stiftungsgründung erfolgte: während seit 1982 Überlegungen zur Gründung von grünennahen Stiftungen auf Landesebene angestellt wurden, klagte Otto Schily 1986 für DIE GRÜNEN auf Bundesebene gegen den Parteienfilz der »großen Stiftungen«, womit die Konrad-Adenauer und die Friedrich-Ebert-Stiftung gemeint waren. Ralf Fücks, der Leiter der 1996 gegründeten Heinrich-Böll-Stiftung, die als Bundesstiftung für mittlerweile 16 Landesstiftungen fungiert, überbrachte ebenso Glückwünsche wie die Grünenfraktion des niedersächsischen Landtages. (us)

Weitere Informationen unter [www.slu.info](http://www.slu.info).

### Freiwilligen-Projekte online geschaltet

Das im Jahr 2001 in der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. eingerichtete Koordinierungsbüro Freiwilliges Engagement für Alt und Jung präsentiert in einer Internetdatenbank aktuell über 160 Projekte und Initiativen aus dem Bereich des freiwilligen Engagements von und für ältere Menschen. Sie ist über die Internetseite [www.koordinierungsbuero-alt-und-jung.de](http://www.koordinierungsbuero-alt-und-jung.de) abrufbar und für die Allgemeinheit einsehbar. Die Projektsammlung gibt einen umfassenden Überblick über bestehende Freiwilligen-Projekte und -Initiativen in Niedersachsen. Zudem bietet sie den einzelnen Gruppen die Gelegenheit, ihre Arbeit einem breiten Publikum zu präsentieren und ermöglicht eine bessere Vernetzung der Einrichtungen untereinander.

Erfreulich ist die hohe Anzahl von generationsübergreifenden Projekten, die insgesamt ein Fünftel (20%) aller in der Projektdatenbank eingeschriebenen Aktivitäten ausmachen. Der Schwerpunkt der Projekte liegt im sozialen Bereich. Hier sind über die Hälfte (53%) der eingetragenen Initiativen oder Vereine tätig. Die Aktivitäten reichen von der Betreuung älterer Menschen über Beratungstätigkeiten im Alltag bis hin zu Kinderbetreuung und Hausaufgabenhilfe für SchülerInnen. Darüber hinaus sind eine Vielzahl von Projekten aus dem Bereich Freizeit (42%) und Kultur (22%) in der Datenbank vertreten. Eine detaillierte Auswertung über die Projektdatenbank ist als pdf-Datei aktuell auf der Internetseite des Koordinierungsbüros abrufbar. Zur Zeit unterrepräsentiert sind noch Umweltinitiativen sowie

Projekte aus dem Bereich Sport. Hierzu plant das Koordinierungsbüro in den nächsten Wochen eine Fragebogenaktion, um entsprechende Projekte ausfindig zu machen und in die Datenbank zu integrieren.

Die Datenbank wird regelmäßig aktualisiert. Vom Koordinierungsbüro werden jederzeit neue Projekte entgegen genommen. (mgw)

Ansprechpartner: Markus G. Westhoff, siehe Impressum

### Tagungsbericht

#### Yvonne Buhe, Nanette Klieber Daten für Taten – Taten für Daten?

Am 28. April 2003 führte die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. ihre Jahrestagung unter dem Titel »Daten für Taten – Taten für Daten?« durch. Ziel der Tagung war es, die aktuelle Datenlage im Gesundheitswesen zu analysieren sowie die Diskussion darüber zu eröffnen, wie die Kluft zwischen Wissenschaft und Gesundheitsförderungs- und Präventionspraxis verkleinert werden kann. Es wurden die Entwicklungen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) sowohl auf Bundes-, Landes- als auch auf kommunaler Ebene dargestellt.

Dr. Thomas Ziese vom Robert-Koch-Institut erörterte die GBE des Bundes als gemeinsame Aufgabe des Robert-Koch-Instituts und des Statistischen Bundesamtes auf der Grundlage von bereits vorhandenen Daten. Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung ist es, die vorliegenden Informationen zum Gesundheitswesen systematisch zusammen zu führen und in Themenheften, die für die GBE des Bundes zentralen Probleme, transparent zu machen. Besonders erwähnenswert ist, dass diese Berichterstattung geschlechtsspezifisch durchgeführt wird.

Die Berichterstattung des Landes Niedersachsen wurde von Dr. Elke Bruns-Philipps vorgestellt. Seit Ende der 90er Jahre koordiniert das Niedersächsische Landesgesundheitsamt die Basis- und Spezialberichte. Darüber hinaus wurde in Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd) und dem Centrum voor Volksgezondheid am Reichsinstitut in den Niederlanden der »Euregionale Gesundheitsatlas« entwickelt. Anhand einer internetbasierten Präsentation zeigte Dr. Holger Scharlach die Funktionsweise und die vielfältigen Möglichkeiten des Atlas

auf. Der internetbasierte Gesundheitsatlas soll in Zukunft den BürgerInnen der Euregio Niederlande-Deutschland zugänglich gemacht werden, so dass sich jeder interaktiv und grenzübergreifend über Gesundheit und Krankheit informieren kann.

Manfred Dickersbach vom lögd verdeutlicht in seiner Sachstandsbeschreibung zum Thema kommunale Gesundheitsberichte, dass die GBE nicht nur Daten erhebt und analysiert, sondern auch Ziele und Empfehlungen entwickelt, sowie Maßnahmen durchführt und evaluiert. Seit 1998 führen in Nordrhein-Westfalen mehr als 50% der Kommunen eine Gesundheitsberichterstattung durch. Einige der Kommunen arbeiten in Kooperation mit externen Instituten oder Universitäten und verfassen größtenteils themenspezifische Berichte. In 15 Kommunen erfolgt die Beratung mit dem Ziel der Maßnahmenplanung im Rat bzw. Kreistag und in 16 Kommunen wurden bereits Maßnahmen durch die Kommunale Gebietskörperschaft verabschiedet.

Doch wie werden aus Daten Taten und aus Taten Daten? Mit dieser Frage setzten sich die ReferentInnen Prof. Dr. Petra Kolip von der Universität Bremen und Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., auseinander. Prof. Dr. Petra Kolip gab einen Überblick über die Entwicklung und den derzeitigen Stand der Public-Health-Forschung in Deutschland. Als besondere Meilensteine hob sie die Eröffnung des ersten Studiengangs 1989 an der Universität Bielefeld sowie die Einrichtung der Forschungsverbände im Jahre 1992 hervor. Den Aufbau von Public-Health-Zentren an verschiedenen Orten in der Bundesrepublik und die geschlechtssensible Ausrichtung der GBE sind als Erfolge der Public-Health-Forschung anzurechnen. Die Herausforderung sieht sie in der interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Handlungsfeldern. Solch eine Verzahnung zwischen Wissenschaft und Praxis ist nur dann möglich, wenn geeignete Schnittstellen geschaffen werden. Die unterschiedlichen Möglichkeiten ihrer Optimierung wurden abschließend im Referat von Thomas Altgeld aufgezeigt. Sowohl die zuständigen Fachministerien auf Bundes- und Landesebene, das Internet als Medium, das die Grenzen zwischen »Laien« und ExpertInnenwissen durchlässiger macht, und die Akademisierung grundständiger Gesundheitsberufe können hierfür zukünftig in Betracht kommen.

Unter dem Motto »Nichts über uns ohne uns« fand am 29. März 2003 die Niedersächsische Zentralveranstaltung zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen (EJMB) in Hannover statt, die von rund 20 Organisationen und Verbänden aus den Bereichen Selbsthilfe, Freie Wohlfahrtspflege, Kirchen, Sport, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen, Sozialverbänden sowie dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit und dem Landesbehindertenbeirat initiiert wurde. Über 500 BesucherInnen hatten die Möglichkeit genutzt, sich zu informieren und auszutauschen.

In verschiedenen Workshops wurden unterschiedliche Themen von Menschen mit und ohne Behinderungen erarbeitet und diskutiert. Dabei ging es um die Organisation des Alltages, eigene Lebensgestaltung, Arbeitswelt, politische Teilhabe, Mobilität und Integration. Daneben präsentierten ganztägig 46 Organisationen und Selbsthilfegruppen auf einem Markt der Möglichkeiten positive Ansätze für die eigenständige Lebensführung und Arbeitsgestaltung. Eine Dokumentation der Veranstaltung wird von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. vorbereitet. (bb/ts)

## **Disease-Management-Programme**

Im April 2003 konnte auf der vertraglichen Ebene zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Verbände und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen der erste Abschluss eines Disease-Management-Programmes (DMP) vermeldet werden. Das strukturierte Behandlungsprogramm für PatientInnen mit dem Krankheitsbild Diabetes mellitus-Typ 2 soll Versicherten bei der Krankheitsbewältigung bzw. beim Management ihrer chronischen Erkrankung im medizinischen Alltag zielführender unterstützen.

Die Einführung neuer Instrumente in das deutsche Gesundheitswesen wirft für alle Beteiligten Fragen auf. Zunächst stehen die Krankenkassen selbst in der Pflicht, ihre Versicherten über neue vertragliche Regelungen zu informieren. Dies um so mehr, wenn die Einzelnen ihre Teilnahme an neuen Versorgungsformen schriftlich bestätigen müssen. Wer unterschreibt, muss auch das Kleingedruckte gelesen haben und die Konsequenzen bei einem Regelverstoß kennen.

Sofern neue gesetzliche Regelungen auch noch mit zahlreichen englischen Begrifflichkeiten besetzt sind, haben selbst MultiplikatorInnen (z. B. SeniorInnen- und Behindertenbeiräte oder InitiatorInnen von Selbsthilfegruppen) ihre liebe Not. Gerade diese Zielgruppe soll mit dem neuen Reader »Disease-Management-Programme (DMP) – Wer – Wie – Was« angesprochen werden. Auf 39 Seiten wird nicht nur der Risikostrukturausgleich laienverständlich beschrieben, sondern auch die individuellen Programmtitel der Krankenkassen aufgeführt und Ansprechpartner auf Bundes- und Landesebene benannt. Der Reader kann kostenlos (zuzüglich Versandkosten in Höhe von 1,44 Euro) bei der Landesvereinigung bestellt werden. Im Internet ist er als PDF-Datei abrufbar: [www.gesundheit-nds.de/frames/medien/DMP-Reader\\_Original.pdf](http://www.gesundheit-nds.de/frames/medien/DMP-Reader_Original.pdf)

Herausgeber des Readers ist der im Jahr 1999 gegründete landesweite Arbeitskreis »PatientInnenrechte und -information«. Er wird von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen moderiert und hat rund 30 Mitglieder; darunter die Ärztekammer Niedersachsen, die Gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die Medizinische Hochschule Hannover, das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, PatientInnenberatungsstellen, das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen und die Verbraucherzentrale Niedersachsen. (bb)

## Tagungsbericht **Smarte SchülerInnen motivieren zum Nichtrauchen**

Im Herbst 2002 unterschrieben mehr als 8.409 Schulklassen der Jahrgangstufen 6 bis 10 aus 15 Bundesländern in Deutschland im Rahmen des europäischen Wettbewerbes BE SMART – DON'T START die Selbstverpflichtung, sechs Monate nicht zu rauchen. Rund 220.000 SchülerInnen nahmen an dem Wettbewerb teil. Von diesen beendeten 5.190 Klassen (61,8 %) den Wettbewerb erfolgreich. Mit einer Beteiligung von 664 Schulklassen und damit mehr als 16.300 SchülerInnen steht Niedersachsen bundesweit an dritter Stelle aller beteiligten Bundesländer. Alle Klassen, die von November 2002 bis April 2003 nicht geraucht haben, nehmen an einer europa- und landesweiten Verlosung teil.

Am 3. Juni 2003 fand die dritte landesweite Preisübergabe im Rahmen des Wettbewerbs BE SMART – DON'T START in Niedersachsen statt. Die Veranstalter waren das Niedersächsische Kultusministerium, die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. – Praxisbüro Gesunde Schule und das Niedersächsisches Landesinstitut für Schulentwicklung und Bildung. Während der Preisverleihung präsentierten Schulklassen, die bei BE SMART – DON'T START teilgenommen haben, ihre Aktionen und Maßnahmen zum Nichtrauchen. »Nichtrauchen ist cool« heißt da z. B. das Motto und eine Klasse des Lichtenberg-Gymnasiums aus Cuxhaven hat hierzu Sketche und Songs entwickelt. SchülerInnen der Kooperativen Gesamtschule in Wennigsen starteten eine Antiraucherkampagne mit Sport- und Spielangeboten an verschiedenen Nachmittagen sowie einer Umfrage. Das Ergebnis: an ihrer Schule rauchen mehr Mädchen als Jungen. Eine Klasse aus Anklam griff das Thema »Nichtrauchen« regelmäßig im Schulradio auf und veröffentlichte ihren selbst geschriebenen Nichtraucher-Song in einer nahegelegenen Gaststätte.

Die besten und ausgefallensten kreativen Ideen der SchülerInnen wurden mit attraktiven Preisen gewürdigt, die von den ProjektunterstützerInnen überreicht wurden. Eine genaue Auflistung der Preisträger sowie der einzelnen Gewinne sind im Internet unter [www.nibis.de/nli1/besmart/](http://www.nibis.de/nli1/besmart/) zu finden. Im Schuljahr 2003/2004 gibt es in Niedersachsen einen weiteren Wettbewerb. (am)

## Gesundheitsziele für Niedersachsen verabschiedet

Die Zahl der Bundesländer, die länderspezifische Gesundheitsziele entwickeln und verabschieden, steigt. Am 13.06.2003 fand in der Ärztekammer Niedersachsen die zweite niedersächsische Gesundheitsziele-Konferenz statt, auf der drei exemplarische Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter in Niedersachsen verabschiedet wurden (s.untenstehende Erklärung). Niedersachsen ist damit nach Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Bayern und Mecklenburg-Vorpommern das siebte Bundesland, das ein Zielkonzept verabschiedet hat.

Eingeladen zur Gesundheitsziele-Konferenz hatte die niedersächsische Sozialministerin,

Dr. Ursula von der Leyen. Sie hob in ihrer Eröffnung hervor, dass angesichts knapper öffentlicher Gelder der effektive Einsatz vorhandener Ressourcen sowie die Gewinnung von kompetenten PartnerInnen zur Umsetzung besonders wichtig ist. Frau Dr. von der Leyen forderte eine stärkere präventive Ausrichtung der Gesundheitspolitik. Gesundheitsziele können für die überfällige Neuausrichtung der Politik eine Vorreiterfunktion übernehmen.

Zukünftig wird das Landesgesundheitsamt die Daten zur Maßnahmenplanung und Evaluation der Zielbereiche vorhalten. Die Region Hannover wird als erste niedersächsische Kommune und zugleich größte Kommune in Niedersachsen die kommunale Umsetzung der Zielbereiche vorantreiben. (ta)

*Weitere Informationen über die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.*

### 2. Gesundheitsziele-Konferenz Niedersachsen 13.06.03 – Erklärung

#### Gesund aufwachsen in Niedersachsen – Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter

Kinder und Jugendliche stellen eine Bevölkerungsgruppe dar, bei der gesundheitsfördernde aber auch gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen entscheidend geprägt werden und bei denen der Aufbau von Gesundheitsressourcen für das spätere Gesundheits- und Krankheitsverhalten eine wichtige Rolle spielt. Deshalb ist die Verabschiedung von Gesundheitszielen für das Kindes- und Jugendalter eine Weichenstellung für Prävention und Gesundheitsförderung, deren volkswirtschaftlicher Nutzen langfristig ausgerichtet ist. Drei interdisziplinäre Arbeitsgruppen, bestehend aus Fachleuten von Einrichtungen des Gesundheits-, Jugend- und Bildungssektors, haben für Niedersachsen eine Konkretisierung von drei Zielbereichen vorgenommen. Die drei Zielbereiche lauten:

- Kinderunfälle werden reduziert: das Lebensumfeld von Kindern ist kindgerechter und weniger unfallträchtig gestaltet; die Bewegungskompetenz von Kindern ist gestärkt.
- Die Inanspruchnahme der U8, U9, J1 ist erhöht, insbesondere bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen.
- Der Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen ist zurückgegangen, das Einstiegsalter ist erhöht.

Für diese drei Zielbereiche wurden Ziele, Teilziele, geeignete Maßnahmen zur Umsetzung, Messgrößen und Evaluationsmöglichkeiten erarbeitet sowie die zu beteiligenden Stellen und Partner für die Umsetzung benannt.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der zweiten Gesundheitsziele-Konferenz Niedersachsen erklären ihre Bereitschaft, im Rahmen ihres Verantwortungsbereiches diese Ziele zu unterstützen. Zugleich sind alle zuständigen Akteure, Multiplikatoren und Kooperationspartner aufgerufen, die Ziele umzusetzen. Dabei kommt im Rahmen der Umsetzung der intersektoralen Zusammenarbeit zwischen Gesundheits-, Bildungs-, Sport-, und Sozialbereich ein besonderer Stellenwert zu. Neben der Anbahnung sektorübergreifender Zusammenarbeit sind auch die Übernahme von Zielpatenschaften bzw. Selbstverpflichtungserklärungen wichtige Beiträge für die Umsetzung der Gesundheitsziele. Außerdem empfiehlt die Gesundheitsziele-Konferenz der Landesregierung und dem Niedersächsischen Landtag, diese Gesundheitsziele zu unterstützen und ihre Umsetzung durch die Berücksichtigung bei gesetzgeberischen und gesundheitspolitischen Entscheidungen der Landesebene zu fördern.

Die bestehenden Arbeitsgruppen begleiten den Prozess der Zielumsetzung für die drei bislang ausformulierten Bereiche. Im Jahr 2004 soll eine erste Überprüfung der Umsetzung dieser drei exemplarischen Gesundheitsziele erfolgen. Künftig soll jährlich eine Gesundheitsziele-Konferenz in Niedersachsen stattfinden, die über den aktuellen Stand der Umsetzung beraten wird und weitere Gesundheitsziele für das Land Niedersachsen beraten und beschließen kann. Die Vorbereitung neuer Gesundheitsziele erfolgt in enger Zusammenarbeit des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Landesvereinigung für Gesundheit und des Landesgesundheitsamtes mit ggf. themenspezifisch eingesetzten Arbeitsgruppen. Die Koordinierung der bisherigen Zielbereiche und der Formulierung neuer Ziele bleibt bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen angesiedelt.

Die vorliegenden Ergebnisse werden der interessierten Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Hannover, den 13.06.2003

Bereits vor mehreren Monaten hat das bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. angesiedelte Modellprojekt ›Informationsleitstelle für Patientinnen und Patienten in Niedersachsen‹ eine eigene Internetseite an den Start gebracht. Unter der Adresse [www.gesundheitslotse-niedersachsen.de](http://www.gesundheitslotse-niedersachsen.de) wurden Aktivitäten und Informationen aus der niedersächsischen Region rund um das Thema ›PatientInnenunterstützung‹ aufgeführt. Noch im Aufbau befand sich eine Projektdatenbank, die nach Zielgruppen, Themen und Postleitzahlen Angebote zur PatientInnenunterstützung enthalten wird.

Ein Rechtsstreit mit der Vereinte Krankenversicherung AG (zugehörig zum ALLIANZ-Konzern) zwang das von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen geförderte Modellprojekt zu einer Namensänderung. Der Gesundheitslotse wurde zur Gesundheitsinfo. Seit Anfang März werden die Projektergebnisse unter der neuen Adresse [www.gesundheitsinfo-niedersachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-niedersachsen.de) im Internet präsentiert. Die Projektdatenbank enthält mittlerweile rund 150 Einträge aus ganz Niedersachsen. Daneben werden aktuelle (regionale) Entwicklungen zur PatientInnenunterstützung dokumentiert und Arbeitsmaterialien bereitgehalten. (bb)

### Tagungsbericht

## Seniorenernährung

›Ausgewogen statt weggeschoben – genussvoll essen im Altenheim?‹ lautete der Titel einer wissenschaftlichen Fachtagung, die am 2. April 2003 in Hannover stattgefunden hat. Eingeladen haben zu dieser Veranstaltung die Deutsche Gesellschaft für Ernährung/Sektion Niedersachsen, die Akademie für Ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen und die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. Rund 120 BesucherInnen, darunter DiätassistentInnen, OecotrophologInnen, HeimleiterInnen, Pflegepersonal, HauswirtschaftlerInnen sowie Lehrkräfte aus dem Berufsbildungsbereich folgten dieser Einladung und konnten sich über verschiedene Aspekte des Themas Seniorenernährung informieren.

Prof. Ulrike Arens-Azevedo von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg wies in ihrem Vortrag vor allem auf die physiologischen und psychischen Besonderheiten älterer Menschen hin. Daraus resultieren besondere Anforderungen sowohl an die Zusammensetzung der

Nahrung als auch an die Darreichungsform. Renate Frenz vom Verband der DiätassistentInnen in Düsseldorf betonte die Bedeutung unterschiedlicher Bedürfnisse der BewohnerInnen, die in einem umfassenden Versorgungsmanagement berücksichtigt werden müssen.

In ihrem Vortrag zu den Einflussmöglichkeiten der betreuenden ÄrztInnen wies Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Ärztekammer Niedersachsen und selbst als niedergelassene Ärztin mit der Versorgung älterer Menschen vertraut, auf die Individualität der PatientInnen hin. So handelt es sich beispielsweise bei der Frage, ob bzw. inwieweit eine Ernährungsumstellung in einem bestimmten Lebensalter sinnvoll ist, immer um eine Einzelfallentscheidung, die es nach unterschiedlichen Gesichtspunkten abzuwägen gilt.

Das dem Heimgesetz unterliegende neue Hausgemeinschaftsprojekt der Bremer Heimstiftung ›Kleine Wohnküchen ersetzen zentrale Essensversorgung‹ wurde von Monika Böttjer, Bremer Stiftungs-Service GmbH, vorgestellt. In den Wohnküchen werden die Mahlzeiten weitgehend durch die BewohnerInnen selbst zubereitet, unterstützt von sogenannten AlltagsmanagerInnen. Dabei können auch unterschiedliche Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt werden. Die Vielzahl der Fragen zur genaueren Ausgestaltung des Projektes zeigte, dass ein großes Interesse an innovativen Ansätzen besteht, sehr wohl aber auch noch Informationsbedarf herrscht. (ts)

## Informationsbüro für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen

Bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. wird das ›Informationsbüro für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen‹ aufgebaut. Das Projekt hat eine Laufzeit von drei Jahren und wird vom Land Niedersachsen gefördert. Ziel des Projektes ist die Initiierung bedarfsgerechter niedrigschwelliger Angebote in Niedersachsen und deren Unterstützung in der Startphase. Daher wird eine enge Kooperation mit den Alzheimergesellschaften, der Lebenshilfe, den Wohlfahrtsverbänden, den Pflegekassen und den Selbsthilfeverbänden angestrebt.

Nach dem am 1.1.2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungsergänzungsgesetz haben Pflegebedürftige mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Betreuung, insbesondere Demenzerkrankte in häuslicher Pflege, die bereits Leistungen einer Pflegestufe erhalten, Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag. Dieser Betrag in Höhe von 460 Euro je Kalenderjahr ist zweckgebunden und kann u. a. für die Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote eingesetzt werden. Nähere Ausführungen zur Definition, zu den Anerkennungsvoraussetzungen und zum Verfahren sind in der ›Verordnung über die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach § 45b des SGB XI‹ vom 28.08.2002 zu finden.

Zur Zeit führt das Informationsbüro eine Bestandsaufnahme durch, um bestehende Angebote in Niedersachsen für Angehörige, Pflegekassen und Versorgungseinrichtungen transparent und nutzbar zu machen. Parallel soll der nach § 45a SGB XI berechnete Personenkreis ermittelt werden, um den potenziellen Leistungsbedarf abschätzen zu können. Weitere Aufgaben sind die Beratung und Unterstützung von Anbietern, Entwicklung von Empfehlungen und Qualitätsstandards sowie der Aufbau eines landesweiten Netzwerkes. In enger Zusammenarbeit mit dem bereits bestehenden Arbeitsschwerpunkt ›Alter(n) und Gesundheit‹ sowie dem ›Koordinierungsbüro Freiwilliges Engagement für Alt und Jung‹ kann auf bereits bestehende Strukturen aufgebaut werden. Das Informationsbüro wird sich erstmalig im Rahmen eines Workshops beim Niedersachsen Forum ›Zukunft und Alter‹ am 8. Oktober 2003 vorstellen. Eine spezielle Fachtagung zum Thema ist für das 4. Quartal 2003 geplant. (ts/bw)

Weitere Informationen bei Tania-Aletta Schmidt,  
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-7 und Birgit Wolff,  
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-9, Landesvereinigung für  
Gesundheit Niedersachsen e. V., Anschrift s. Impressum

## Gesunde Städte – haben sie eine Zukunft?

Mit dem *Gesunde Städte Projekt* der WHO sollten zentrale Prämissen der Gesundheitsförderung wie intersektorale Zusammenarbeit, aktive Bürgerbeteiligung, gleiche Chancen für Gesundheit und Gemeinwesenorientierung als Elemente einer neu verstandenen gesundheitspolitischen Praxis auf kommunaler Ebene verankert werden. Als Aktionsprogramm zur Umsetzung der Gesundheitsförderung wurde es parallel zur Ottawa Charta 1986 aufgelegt.

In welchem Grade dies in Deutschland nach fast 15 Jahren *Gesunde Städte* Bewegung gelungen ist, war ein Ziel der erstmalig bundesweit durchgeführten Befragung im deutschen *Gesunde Städte-Netzwerk*. Auf der Basis der im Frühjahr 2002 erhobenen Daten konnte ein erster systematischer Überblick zur aktuellen Lage im deutschen Netzwerk und eine Selbsteinschätzung aus der Perspektive der lokalen KoordinatorInnen gewonnen werden. Zum Zeitpunkt der Befragung beteiligten sich 47 von 52 Kommunen an der Vollerhebung.

Damit sollte insbesondere herausgefunden werden:

- wie die lokalen Koordinationsstellen ausgestattet sind,
- wie das »9-Punkte-Programm« in den Kommunen umgesetzt wird (einschl. der Mindeststandards und Qualitätskriterien),
- welchen Stellenwert die weiteren Netzwerkinstrumente haben (*Gesunde Städte-Preis*, *Gesunde Städte-Nachrichten*, Symposium, Sekretariat, »Kölner Erklärung«) und
- wie deren Umsetzung (insbes. »9-Punkte-Programm«) und Nutzwert jeweils bewertet werden.

### Qualität der Gesunde Städte-Arbeit

Die qualitativen Aspekte der *Gesunde Städte-Arbeit* sind für eine Bewertung und die Weiterentwicklung von besonderem Interesse. Folgende sieben Fragen wurden im Hinblick auf eine angestrebte kontinuierliche Qualitätsentwicklung im *Gesunde Städte-Netzwerk* auf der jüngsten Mitgliederversammlung Anfang Juni in Münster thematisiert:

- Soll zur Umsetzung des Leitbildes *Gesunde Stadt* die »Marke« *Gesunde Stadt* in einer Kommune explizit herausgestellt werden (z. B. durch ein ausgewiesenes *Gesunde Städte Büro*) oder soll die *Gesunde Städte-Arbeit* integrativ verstanden werden?
- Was sind demnach Mindeststandards der Ausstattung der *Gesunde Städte*

Geschäftsstellen und der Kompetenzen der KoordinatorInnen?

- Sollen sich *Gesunde Städte* im Sinne der Profilbildung auf spezifische Themen und Ansätze erkennbar spezialisieren?
- Was sind erfolversprechende Konzepte und Strategien der Wirksamkeit einer (fach-) öffentlichen Profilierung und Erkennbarkeit der *Gesunde Städte-Arbeit*, kommunal und national?
- Das »9-Punkte-Programm« und die »Kölner Erklärung« werden in der kommunalen Praxis nur begrenzt als Maßstäbe anerkannt. Was sind geeignete Beratungs- und Steuerungsinstrumente, um Weiterentwicklung und Verbindlichkeit der Umsetzungskonzepte des *Gesunde Städte-Leitbildes* stärker zu gewährleisten bzw. will das Netzwerk diese Verbindlichkeit überhaupt steigern?
- Weshalb kommen die VertreterInnen der Initiativen und Selbsthilfegruppen zu einer kritischeren Bewertung der *Gesunde Städte-Arbeit* als die KoordinatorInnen?
- Welchen Stellenwert soll die kontinuierliche Qualitätsentwicklung im *Gesunde Städte-Netzwerk* zukünftig erhalten und was wären dafür geeignete Instrumente?

Diese Aspekte konnten in Münster nur ansatzweise diskutiert werden. Es zeigte sich aber, dass das von Plümer/Trojan/Bocter vorgeschlagene Instrument eines »*Gesunde Städte-Barometers*« für ein systematisches Monitoring der qualitativen Weiterentwicklung der *Gesunden Städte* auf Interesse stieß.

### Gesunde Städte-Barometer

Anhand der Umfragedaten wurden sechs Qualitätsindikatoren entwickelt: (a) Ausstattung, (b) Selbstverpflichtung, (c) Konzeptqualität, (d) Integriertheit im Netzwerk, (e) selbstbewerteter Erfolg und (f) Integriertheit in der Stadt. Sie lassen sich in Anlehnung an Donabedian (1966, 1991) als qualitative Dimensionen für ein »*Gesunde Städte-Barometer*« operationalisieren, mit dem die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der *Gesunde Städte-Projektarbeit* modellhaft abgebildet werden kann. Die entwickelten Qualitätsindikatoren sind zunächst nur als Vorschlag zu verstehen, d. h. sie müssten von der *Gesunde Städte* Mitgliederversammlung auf ihre Angemessenheit hin diskutiert und für ein zu testendes Verfahren zur Qualitätskontrolle verabschiedet werden.

Neben Fokusgruppen, Kompetenzzentren und Audits (Peer-Reviews) werden von uns kontinuierlich fokussierte Nachfolgeuntersuchungen für Verlaufskontrolle (Monitoring)

und Vergleich mit anderen Städten (Benchmarking) vorgeschlagen, die eine Rückmeldung an die einzelnen Städte erlauben, wo sie im Gesamtfeld der *Gesunden Städte* Deutschlands hinsichtlich einiger wichtiger Struktur-, Qualitäts- und Ergebnismerkmale stehen. So lassen sich z. B. die sechs Qualitätsdimensionen in den drei Ausprägungen A-Niveau (»exzellent«), B-Niveau (»befriedigend«) und C-Niveau (»verbesserungswürdig«) in einem *Gesunde Städte-Benchmarking* darstellen (die aktuelle Verteilung wäre z. B. bei 47 Kommunen: 13 A; 22 B; 12 C).

Mit dem »*Gesunde Städte-Barometer*« hätte das Netzwerk-Sekretariat somit ein Beobachtungsinstrument zur Hand, das (konstant über mehrere Jahre angewendet) auch Längsschnittanalysen in der Entwicklung der *Gesunden Städte* ermöglicht und für ein strategisches Controlling (Benchmarking) Hinweise für eine verbesserte Performance liefern kann.

Klaus D. Plümer, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Auf'm Hennekamp 70, 40225 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 3 10 96-0, Fax: (02 11) 3 10 96-69, E-mail: pluemmer@mail.afogeg.nrw.de

Ute Hoffmann

## Per Mausclick – Individuelles Gesundheitsprogramm im Landkreis Osterholz

Im Rahmen des Projektes »Lernende Region Osterholz« hat im Februar das Teilprojekt »Koordination der Gesundheitsbildung im Landkreis« begonnen. Das Projekt hat neben der Initiierung von attraktiven Angeboten zur Gesundheitsförderung das Ziel, die bestehenden Gesundheitsbildungsangebote im Landkreis Osterholz zu strukturieren, bündeln und zu vernetzen. Durch die Fokussierung auf den Bereich der Gesundheitsbildung soll das Bewusstsein der Bevölkerung im Sinne der Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation gefördert werden. Die Projektlaufzeit ist von Februar 2003 bis Januar 2005 angelegt.

Die Gesundheitsbildungsangebote beziehen sich auf Prävention, Kuration und Rehabilitation. Für ein erstes Netzwerktreffen werden verschiedene Akteure des Gesundheitswesens wie Leistungserbringer, das Gesundheitsamt, Krankenkassen, Bildungsträger, Wohlfahrtsverbände und die Selbsthilfe

erwartet. Bisher kennen sich die einzelnen Akteure kaum. Es gibt wenig öffentliche Information für die BürgerInnen über die bestehenden Bildungsangebote. Das Projekt bietet die Möglichkeit, Ressourcen wie auch Defizite darzustellen und daraus Angebote zu entwickeln.

Das Netzwerk hat unter anderem das Ziel, die Gesundheitsbildungsangebote im Landkreis Osterholz für einen Bildungsserver qualitativ aufzubereiten, um somit den BürgerInnen ein hochwertiges virtuelles Angebot zu bieten. Angesichts der unterschiedlichen Qualitätsstandards der Akteure bedeutet dies eine große Herausforderung. Für BürgerInnen des Landkreis Osterholz wird es dann auch möglich sein, per Mausklick ihr individuelles Gesundheitstraining im Internet zusammenzustellen. Neben der qualitativen Aufbereitung ist eine Auflistung des Gesamtangebots aller Akteure und die Vernetzung durch ›Links‹ mit den jeweiligen Bildungsanbietern geplant. Dabei sollen insbesondere Angebote zu einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsförderung (›Gender Mainstreaming‹) berücksichtigt werden.

Um breiten Bevölkerungsschichten in allen Gemeinden des Landkreises überhaupt einen Zugang zu dem Medium Internet zu ermöglichen, ist an die Errichtung von öffentlich zugänglichen PCs mit einem Internetzugang gedacht. Dies erfordert vom Netzwerk eine genaue Analyse und intensive Auseinandersetzung mit den strukturellen Rahmenbedingungen. Das zukünftige Gesundheitsangebot stellt eine Möglichkeit dar, auch im Bereich der Gesundheit das ›lebenslange Lernen‹ zu fördern.

*Ute Hoffmann, Projektleitung, Tagungshaus Bredbeck, An der Wassermühle 30, 27711 Osterholz-Scharmbeck, Tel.: (0 47 91) 96 18 34, E-mail: hoffmann@bredbeck.de*

Dagmar Vogt-Janssen

## Aktives Ideen- und Beschwerdemanagement in Krankenhäusern – Kundenstimmen als Informationspotenzial

In Zeiten selbstbewussterer PatientInnen, stärkeren Wettbewerbs und immer knapper werdender Ressourcen müssen sich Einrichtungen der Gesundheitsversorgung noch stärker als bisher der Qualität ihrer Leistun-

gen und den Bedürfnissen und Erwartungen ihrer KundInnen widmen. Im täglichen Klinikalltag rückt damit Kundenorientierung verstärkt in den Mittelpunkt.

Für die Henriettenstiftung in Hannover gehört es als diakonische Einrichtung zum Selbstverständnis, Kundenstimmen wahrzunehmen, auf sie einzugehen und die darin enthaltenen nützlichen Informationen in das Tagesgeschäft einfließen zu lassen. Es wird im Krankenhaus der Henriettenstiftung seit kurzem daran gearbeitet, ein aktives Ideen- und Beschwerdemanagement zu implementieren. Für die nähere Ausgestaltung und Implementierung wird derzeit ein zeitlicher Rahmen von ca. 1,5–2 Jahren angesetzt. Aktives Ideen- und Beschwerdemanagement ist hier im Gegensatz zu einem rein Reaktiven zu sehen, denn die KundInnen werden zu Rückmeldungen aufgefordert und es wird nicht nur auf quasi zufällig eingehende Kundenäußerungen eingegangen. Außerdem werden die den Kundenmeinungen entnommenen wertvollen Informationen für die Qualitätsverbesserung verwertet.

### Organisatorische Voraussetzungen

Um mit diesem Qualitätsmanagementinstrument arbeiten zu können, müssen zunächst MitarbeiterInnen informiert und vorbereitet sowie bestimmte organisatorische Voraussetzungen geschaffen werden. Bei der Erfassung und Bearbeitung von Kundenrückmeldungen muss feststehen, über welche Wege die Kommunikation erfolgen soll. Mit Hilfe von Ablaufdiagrammen werden die einzelnen Bearbeitungsschritte festgelegt. Einen guten Zugriff auf die erforderlichen Daten auf jeder Bearbeitungsstufe ermöglicht ein PC-gesteuertes Ideen- und Beschwerdemanagementprogramm. Hierbei verläuft die Kommunikation elektronisch, indem über eine Erfassungsmaske, auf die jede(r) MitarbeiterIn zu jeder Zeit Zugriff hat, Nachrichten eingegeben und sofort dem betreffenden Vorgang zugeordnet werden können. Je schneller eine interne Kommunikation über Kundenrückmeldungen möglich ist, umso schneller kann in der Regel das anstehende Problem/der Vorschlag auch gelöst/umgesetzt werden. Deshalb ist auch der mündlichen, fernmündlichen oder elektronischen Verständigung gegenüber einer rein schriftlichen Kommunikation Vorrang einzuräumen.

### Offene Fehlerkultur

Neben der Festlegung von Bearbeitungsabläufen spielt die Kommunikationsweise innerhalb der Einrichtung eine wesentliche Rolle. Insbesondere ist unter den Mitarbei-

terInnen der offene Umgang mit Fehlern wichtig. Die sogenannte ›offene Fehlerkultur‹ basiert auf Wertschätzung und Ehrlichkeit untereinander und auf einer gut funktionierenden interprofessionellen Kommunikation, die ein kooperatives Miteinander verlangt. Im Umgang mit erkannten Fehlern und Schwachstellen steht deshalb die Suche nach Schuldigen im Hintergrund; es geht in erster Linie darum, Fehl- oder Mangelleistungen zu beheben, sie zu analysieren und zukünftig zu vermeiden.

Die Wahl der geeigneten Reaktion, insbesondere bei Beschwerden, ist das Ergebnis aus Überlegungen zum Beschwerde- bzw. Vorschlagsinhalt, zu Kostengesichtspunkten und zu den Möglichkeiten der Einrichtung, das Problem zu lösen oder den Vorschlag umzusetzen. Nicht nur die Reaktion selbst spielt eine entscheidende Rolle bei der Wiederherstellung von Kundenzufriedenheit, sondern auch der von KundInnen erlebte Bearbeitungsprozess. Wie mit Kundenrückmeldungen umgegangen wird, ob mit Verständnis, unter Berücksichtigung des Einzelfalls und unverzüglich bearbeitet, mit oder ohne Empathie ist wesentlich für Kundenzufriedenheit. Die Reaktionsgründe müssen gegenüber den jeweiligen KundInnen verständlich dargelegt und das Bearbeitungsverfahren transparent gemacht werden. Nur so kann nachhaltig und erfolgreich Kundenzufriedenheit hergestellt und Kundenbindung erzielt werden.

### Interprofessionelle Gesprächskultur

Der richtige Umgang mit Kundenrückmeldungen fordert den MitarbeiterInnen ein hohes Maß an Kommunikationsvermögen ab, das durch Erfahrungsaustausch und Reflexionen in regelmäßig stattfindenden interprofessionellen Gesprächskreisen, z. B. im Stationsteam trainiert werden kann. Dafür ausgebildete MentorInnen können solche Unterredungen leiten. Die Ergebnisse dieser Gespräche werden festgehalten, allen MitarbeiterInnen zugänglich gemacht (z. B. durch Intranet oder hausinterne Qualitätsinfos) und in die tägliche Arbeit aufgenommen. So werden gewonnene Erkenntnisse im Hause verbreitet, die Zusammenarbeit und Gesprächskultur verbessert und die KundInnen, interne sowie externe, am Dienstleistungsgeschehen beteiligt.

*Dagmar Vogt-Janssen, Juristin und Gesundheitsmanagerin, Henriettenstiftung, Geschäftsbereich Vorsteher, Marienstr. 72–90, 30171 Hannover, Tel.: (0511) 2 89-2592, E-mail: dagmar.vogtjanssen@henriettenstiftung.de*

## Osnabrücker Fibromyalgieprojekt bringt ÄrztInnen und PatientInnen an einen Tisch

Fibromyalgie ist als ›stille Volkskrankheit‹ noch zu wenig bekannt. Unter Fibromyalgie oder besser Fibromyalgie-Syndrom (FMS) versteht man eine chronische, nicht entzündliche Erkrankung, die durch generalisierte Schmerzen im Bereich des Bewegungssystems charakterisiert ist und die in der Regel dem rheumatischen Formenkreis zugerechnet wird. Betroffen sind ca. 3 % der Bevölkerung, darunter überwiegend Frauen.

Starke Schmerzen, besonders im Bereich der Sehnenansätze und Muskulatur, stehen im Vordergrund. Die Erkrankung geht zusätzlich noch mit anderen Symptomen einher wie starker Müdigkeit, Schlafstörungen, funktionellen Herzrhythmusstörungen, Konzentrationsstörungen, hormoneller Dysfunktion, um nur einige zu nennen. Die Ursache der Erkrankung ist noch unbekannt, diskutiert wird u. a. eine falsche Schmerz- und Stressverarbeitung im zentralen Nervensystem.

Eine bessere Kenntnis bei vielen ÄrztInnen, aber auch einen ›aufgeklärten‹ Umgang der PatientInnen mit ihrer Krankheit halten ExpertInnen für notwendig. Der Landkreis Osnabrück hat dafür ein in Deutschland bislang einmaliges Gesundheits- und Patientenprojekt ins Leben gerufen. Den Startschuss gab unbeabsichtigt der sogenannte ›Schmerztag‹, der jährlich in Osnabrück mit Unterstützung des Landkreises vom Arbeitskreis der Selbsthilfegruppen im Landkreis Osnabrück und der Selbsthilfegruppe für SchmerzpatientInnen in Stadt und Landkreis Osnabrück zu einem bestimmten Thema durchgeführt wird. Er stand im Jahr 2000 im Zeichen der Fibromyalgie. Das Interesse der Bevölkerung an dieser Erkrankung war überwältigend. Noch im Nachgang trafen zahlreiche Patienten anfragen ein. Der Kreisverwaltung wurde klar: Es musste etwas geschehen, um betroffene PatientInnen im Osnabrücker Land zu unterstützen. Schon einen Tag nach der Veranstaltung rief die Kreisfrauenbeauftragte Dr. Susanne von Garrel das Projekt ›Kampf der Fibromyalgie!‹ ins Leben.

### Interesse und Unterstützung

Es startete mit einem zunächst mehrteiligen Patienteninformationsseminar. An knapp einem halben Dutzend Veranstaltungen nahmen mehr als 2.000 PatientInnen teil. Als zweite Maßnahme erschien ein Arzt- und Patienteninformationsratgeber zur Fibromyalgie, der inzwischen über 1.500 mal angefordert wurde. In einem nächsten Schritt wurde ein interdisziplinär zusammengesetzter Facharbeitskreis zur Fibromyalgie einge-

richtet, in dem praktisch alle Fachrichtungen vertreten sind von InternistInnen, OrthopädInnen, HerzspezialistInnen, NeurologInnen bis zu den KollegInnen aus der Zahnärzteschaft und Gynäkologie.

Parallel zum Facharbeitskreis wurde ein Netzwerk von Selbsthilfegruppen im ganzen Osnabrücker Land in Zusammenarbeit mit dem Büro für Selbsthilfe und Ehrenamt des Landkreises gegründet. Dieses Netzwerk erstreckt sich jetzt mit mehr als 55 Gruppen nach Weser-Ems hin und bis nach NRW. Die SprecherInnen der Selbsthilfegruppen bilden inzwischen einen Arbeitskreis, in dem regelmäßig ein Meinungs- und Erfahrungsaustausch erfolgt.

### Zugewinn für PatientInnen und ÄrztInnen

Inzwischen werden die Erfolge sichtbar: Die Qualität der ärztlichen Versorgung von FibromyalgiepatientInnen wurde in gemeinsamer Zusammenarbeit deutlich erhöht. Im Jahre 2002 erhielten alle niedergelassenen HausärztInnen und InternistInnen eine Erstinformation zur Fibromyalgie. In Zusammenarbeit mit der Physiotherapieschule Bad Iburg organisierte die Initiative eine zweitägige Fortbildung für ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen. An dem angeschlossenen Patienteninformationsabend nahmen rund 600 PatientInnen teil.

Die organisatorische Geschäftsführung liegt beim Kreisfrauenreferat. In Arbeitssitzungen drei bis vier Mal im Jahr werden alle neuen Informationen zu Diagnose, Therapien und Medikamenten erörtert. ÄrztInnen erfahren aus erster Hand, welche Probleme PatientInnen mit dem Krankheitsbild Fibromyalgie im Alltag haben. Umgekehrt erfahren die PatientInnen über die SelbsthilfevertreterInnen im Arbeitskreis und über den Arbeitskreis der SelbsthilfesprecherInnen mehr von der Arbeit der ÄrztInnen und den möglichen Therapien.

Ein Zukunftsprojekt ist das Konzept einer Tagesklinik FM, bei der nicht nur maßgeblich ärztlicherseits Therapienotwendigkeiten berücksichtigt werden, sondern auch die speziellen Bedürfnisse der PatientInnen und ihrer Alltagssituation mit Eingang finden. Die Schulung der psychologischen Krankheits- und persönlichen Schmerzbewältigung gehört dazu.

### Gelungenes Empowerment

Durch die Kooperation zwischen dem Selbsthilfenetzwerk und dem ärztlichen Zirkel ist es heute gelungen, ein Netz zu bilden, das

PatientInnen auffängt und konsequent und ganzheitlich versorgen hilft. Niedergelassene ÄrztInnen wissen heute, dass in der Region spezielle Anlaufstellen im Akutkrankenhaus vorhanden sind, wo eine Diagnose klinisch abgeklärt werden kann, und sie wissen, in welcher Reha-Klinik PatientInnen anschließend qualifizierte Hilfe finden können. Nach einem Krankenhaus- bzw. Klinikaufenthalt und zur Betreuung durch HausärztInnen können PatientInnen in der eigenen Selbsthilfegruppe weiterarbeiten.

*Dr. Susanne von Garrel, Landkreis Osnabrück,  
Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück,  
Tel.: (05 41) 5 01-40 77, Fax: (05 41) 5 01-44 21,  
E-mail: vongarrel@kos.de, Literatur bei der Verfasserin*

## Impressum

**Herausgeberin und Verlegerin:**  
Landesvereinigung für Gesundheit  
Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2, 30165 Hannover,  
Tel.: (05 11) 3 500 0 52, Fax: 3 505 5 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,  
Claudia Bindl, Iris Bunzendahl,  
Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter,  
Tania-Aletta Schmidt, Ute Sonntag,  
Markus G. Westhoff, Birgit Wolff

**Beiträge:** Thomas Altgeld, Eva Baumann,  
Bergit Fesenfeld, Dr. Susanne von Garrel,  
Ute Hoffmann, Claudia Lampert,  
PD Dr. Anja Leppin, Alex Möller, Klaus D. Plümer,  
Constanze Rossmann, Prof. Dr. Beate Schneider,  
Dr. Uta Schwarz, Anja Tervooren,  
Dagmar Vogt-Janssen

**Sekretariat:** Andrea Pachali

**Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 40:** 8.8.2003

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

**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  
unbedingt 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.*



## Disability Studies – Vom Defizit zum Kennzeichen

Der Begriff *Disability Studies* hat im deutschsprachigen Raum eine erstaunliche Karriere aufzuweisen. Erstmals tauchte er im Juli 2001 in den Feuilletons der meisten großen Tageszeitungen auf. Berichtet wurde über eine Konferenz zum Thema *Der (im-)perfekte Mensch*, veranstaltet vom Deutschen Hygiene-Museum und der Aktion Mensch in Dresden, auf der ProtagonistInnen der US-amerikanischen Disability Studies geladen waren. Bereits auf dieser Konferenz unternahm prominente Frauen und Männer mit Behinderungen aus Wissenschaft und Politik die ersten Schritte, um eine *Bundesarbeitsgemeinschaft Disability Studies* zu gründen. Eine zweite Konferenz zum Thema folgte 2002 in Berlin. Im Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen wird vom Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben Behinderter bereits eine zweiwöchige Sommeruniversität mit dem Titel *Disability Studies in Deutschland – Behinderung NEU denken* in Bremen, der Wiege der westdeutschen Behindertenbewegung, organisiert. Die gerade erst begonnene Diskussion kann auf diese Weise mit einem ausgedehnten Spektrum an theoretischen und praktischen Veranstaltungen weitergeführt und einem breiten Publikum zugänglich gemacht werden. Was ist neu an den Disability Studies? Liegt seine Prominenz nur daran, dass die Akzeptanz neuer Gedanken in Deutschland höher zu sein scheint, wenn der Begriff aus dem Englischen importiert ist, wie die *Gender Studies* für die Wissenschaft und publikumswirksame Aktionen wie der *Girls' Day* in Politik und Wirtschaft gezeigt haben?

### Anfänge

Der Begriff *Disability Studies* ermöglicht es, an die angloamerikanische Tradition einer interdisziplinären Forschung zum Thema Behinderung anzuknüpfen. Einflussreich waren hier zunächst das vorrangig soziologisch ausgerichtete *Centre of Disability Studies* in Leeds, Großbritannien und die bereits 1982 von dem behinderten Soziologen Irving Zola gegründete US-amerikanische *Society of Disability Studies*. Aus der Behindertenbewegung entstanden, war es das Anliegen dieser beiden Zusammenschlüsse, mehr Menschen mit Behinderungen in die Wissenschaft zu bringen und die Forschung zu Behinderung von einer Forschung über Objekte zu einer Forschung von Subjekten zu machen. Sie beschreiben ›Behinderung‹ nicht als Defizit, das überwunden oder geheilt werden soll, wie es medizinische Modelle lange Zeit propagierten, sondern erarbeiten ein soziales Modell, das die



Erfahrungen des ›Behindertwerdens‹ anhand der historischen, sozialen und politischen Bedingungen einer Gesellschaft analysiert. Diese Erkenntnis ist in Deutschland den sozialwissenschaftlich orientierten Veröffentlichungen aus dem Umkreis der Behindertenbewegung seit den 80er Jahren zu verdanken. Was damals nicht gelang, war die Etablierung dieses Wissens an den Universitäten unseres Landes. Deren Mechanismen der Exklusion von Menschen mit Behinderungen ebenso wie die Inklusion des Wissens um Behinderung an den Hochschulen in scharf umgrenzte Bereiche wie die Sonderpädagogik erweisen sich bis heute als äußerst effektiv.

### Neuere Entwicklung

Liegen die Wurzeln der Disability Studies in der Soziologie und den angrenzenden Sozialwissenschaften, so sind bei den neueren Ansätzen kulturwissenschaftliche Disziplinen hinzugetreten. Sie orientieren sich damit an der Entwicklung der US-amerikanischen Disability Studies in den 90er Jahren. Will man nicht Gefahr laufen, Darstellungen von Behinderung z. B. in Literatur oder der bildenden Kunst auf Stereotypen zu verengen, sind fachspezifische Methoden unerlässlich. Die Entwicklung hin zu einer vielfältigen Auseinandersetzung mit dem Thema Behinderung ist erstens von so großer Bedeutung, da ein Gegenstand an der Komplexität der Zugänge gemessen wird, mit denen unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen sich ihm nähern. So ist die häufige Verknüpfung des Phänomens Behinderung mit einer Vorstellung von Defizit u. a. der Tatsache geschuldet, dass sich fast ausschließlich wissenschaftliche Disziplinen für das Thema Behinderung zuständig erklären, die sich mit Heilung, Therapie und Management eines Ausschnitts der Bevölkerung beschäftigen. Zweitens fordern gerade die häufigen Darstellungen von Behinderung in ästhetischen Bereichen dazu auf, ein einfaches Unterdrückungsmodell zu überdenken.

### Interdisziplinäres Projekt

In Deutschland hat der Begriff *Disability Studies* seine große Öffentlichkeitswirksamkeit nach der Jahrtausendwende vor allem einem Punkt zu verdanken: er verspricht politische wie auch interdisziplinär ausge-

richtete, wissenschaftliche Diskurse zu verbinden. Als interdisziplinäres, zwischen Theorie und Praxis angesiedeltes Projekt ruhen die Disability Studies auf drei Säulen. Erstens die synchrone, soziologisch orientierte Gesellschaftsanalyse und der Vergleich verschiedener Gesellschaftsformen in ihrem Verhältnis zu körperlichen und geistigen Variationen. Zweitens die diachrone Historisierung von Behinderung anhand von medialen Repräsentationen in Literatur, Bild und Performance. Drittens die philosophische Frage nach der Möglichkeit der Anerkennung von Differenz mit ihren vielfältigen Verbindungen zu politischen und pädagogischen Bereichen und den Fragestellungen, welche die neuen bioethischen Entwicklungen aufwerfen. Die Weichenstellung zu Diskursen in allen Wissensgebieten lässt die Verengung auf einen statischen Behinderungsbegriff, der die Konstruiertheit der Kategorie außen vor lässt, nicht zu.

### Aufdecken von Defiziten

Disability Studies fordern jedoch nicht nur die Revision des wissenschaftlichen Kanons. Sie weisen ebenfalls auf die Defizite in der Zugänglichkeit des Berufsbildes Hochschule hin. Auch wenn in Stellenausschreibungen kontinuierlich wiederholt wird, dass behinderte BewerberInnen bevorzugt eingestellt werden, kommt es in der Realität äußerst selten zu solchen Stellenbesetzungen. Der Schritt zum aktiven Eingreifen in die Politik der Repräsentation wäre jedoch erst dann vollzogen, wenn WissenschaftlerInnen aus allen Disziplinen nicht nur das Thema Behinderung in ihre Themenauswahl aufnehmen, sondern auch behinderte WissenschaftlerInnen verstärkt in der Position wären, Wissen um Behinderung und ebenso selbstverständlich alle anderen Fächer an der Universität lehren zu können. So ist es das Ziel der Disability Studies, Reibungspunkte zwischen Wissenschaft und Politik fruchtbar zu machen. Die letzten zwei Jahre lassen hoffen, dass diese Reibung zum Katalysator für gesellschaftliche Veränderungsprozesse werden kann.

Anja Tervooren, Sonderforschungsbereich ›Kulturen des Performativen‹, Freie Universität Berlin, Arbeitsbereich Anthropologie und Erziehung, Arnimallee 11, 14195 Berlin, Tel.: (0 30) 8 38-5 27 30, Fax: (0 30) 8 38-566 98, E-mail: [anjaterv@zedat.fu-berlin.de](mailto:anjaterv@zedat.fu-berlin.de), weitere Informationen unter: [www.leeds.ac.uk/disability-studies](http://www.leeds.ac.uk/disability-studies) [www.uic.edu/orgs/sds](http://www.uic.edu/orgs/sds)

## Gesunde Kinder – gleiche Chancen für alle?

Unter diesem Titel haben das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW gemeinsam mit dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg einen ›Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung gesundheitlicher Teilhabe‹ veröffentlicht. Er soll einen Beitrag zur selten realisierten Brückenbildung zwischen Wissenschaft und Praxis darstellen. Er vermittelt Grundlagen zum Themenfeld soziale und gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland, definiert Kinder und Jugendliche als wichtige Zielgruppe, gibt einen Überblick über Hilfesysteme für diese Zielgruppen sowie die Grenzen der Leistungsfähigkeit und skizziert Ansätze für eine veränderte lokale Praxis. Dies wird über die Vermittlung von theoretischen Grundlagen genauso geleistet wie durch Projektbeispiele, Checklisten und Literaturhinweise. Das Praxisheft hebt die besondere Rolle des ÖGD hervor und gibt sowohl EinsteigerInnen ins Thema als auch langjährigen PraktikerInnen wertvolle Arbeitshinweise. (ar)

*Der Leitfaden wurde von Jutta Kamensky unter Mitarbeit von Andreas Mielck, Antje Richter und Monika Gickeleiter erarbeitet. Er ist zu beziehen für 12,50 Euro beim Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Herrn Dickersbach, Westerfeldstr. 35–37, 33611 Bielefeld, E-mail: manfred.dickersbach@loegd.nrw.de*

## Piercing & Tattoo

Die Broschüre enthält Arbeitsblätter für den Schulunterricht mit interessanten Informationen zu Piercings und Tattoos aus ärztlicher und sozialer Sicht. Auf 36 Materialseiten werden verschiedene Piercingarten und -materialien vorgestellt und Hinweise für den Besuch eines Tattoostudios gegeben. Authentische Erfahrungsberichte und Aufklärung über mögliche Komplikationen und gesundheitliche Risiken vermitteln ein genaueres Bild über diesen Trend. Infos über Tattootechniken, aber auch über die komplizierte Entfernung von Tattoos bieten Hintergrundwissen, das sich über die Vorlagen im Unterricht vermitteln lässt. Für Lehrkräfte, die dieses Thema aus Gründen der Gesundheitsvorsorge mit ihren SchülerInnen bearbeiten möchten, stellen die Arbeitsblätter mit ihren Lösungsvorgaben einen guten Einstieg in das Thema dar. (ar)

*Heike-Solweig Bleucl: Piercing&Tattoo, Praxis, Trends und Risiken. AOL Verlag Lichtenau, 2003, ISBN 3-89111-073-1, 48 Seiten, 12,50 Euro*

## Rehabilitation von Rückenschmerz

Seit etwa 20 Jahren ist eine scheinbar epidemieartige Ausbreitung von Rückenschmerzen zu beobachten. Rückenschmerz ist eine der häufigsten Ursachen für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, wobei Deutschland im internationalen Vergleich eine relativ hohe Rate chronischer RückenschmerzpatientInnen aufweist. 1999 wurden 36 % der stationären Rehaleistungen aufgrund von Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes durchgeführt.

Der vorliegende Band berichtet über die Implementation und Evaluation eines Gruppentrainings für chronische RückenschmerzpatientInnen, das in einer orthopädisch-rheumatologischen Reha-Klinik durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Veränderung des gesundheitsbezogenen Verhaltens erreicht werden kann, wenn die Rehabilitation den Transfer in den beruflichen und privaten Alltag thematisiert. Zur nachhaltigen Wirkung gehört zudem ein verbessertes nachstationäres Betreuungsangebot. (us)

*Kerstin Slangen, Petra Kolip, Bettina Schmidt, Elke Rosowski, Joachim Czujek, Bernhard Greitemann: Aktive Patientenbeteiligung in der Rehabilitation, Evaluation eines psychologisch-somatischen Aktivierungstrainings für Rückenschmerzpatienten. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2002, 263 Seiten, ISBN 3-7799-1197-3, 24,00 Euro*

## Adipositas

Volker Pudiel gibt mit diesem Buch einen Überblick über den Stand der Forschung und zeigt die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Therapie Adipositas auf. Zunächst wird die Störung selbst beschrieben, dann verschiedene Theorien und Modelle zu deren Erklärung gegeben sowie die Diagnostik und Indikation beschrieben. Der Hauptteil des Bandes widmet sich der Behandlung der adipösen PatientInnen; dabei reicht die Darstellung der Therapiemethoden von der chirurgischen Therapie für verschiedene verhaltensbezogene Trainingsprogramme bis hin zu medikamentengestützten Strategien. Ausführlich widmet sich Pudiel auch den einzelnen Schritten des Beratungsprozesses. Insgesamt gibt der Band damit einen sehr guten Überblick über ein Dauerthema in der gesundheitspolitischen Diskussion. (ta)

*Volker Pudiel: Adipositas. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 2003, 84 Seiten, ISBN 3-8017-1392-x, 19,95 Euro*

## Alltag mit Dementen

Die ambulante Betreuung demenziell erkrankter Menschen durch professionelle Pflegekräfte steht im Mittelpunkt dieses Buches von Wolfgang Linck. Pflegekräfte wollen nicht nur die Belange und Bedürfnisse der Erkrankten verstehen, sondern müssen auch Verständnis für die Angehörigen aufbringen. Auf beide Aspekte, die in der derzeitigen Ausbildungspraxis noch wenig Berücksichtigung finden, wird in diesem Buch eingegangen. Nach einer Einführung in medizinische und pflegewissenschaftliche Grundlagen wird anhand von Beispielen aus der Praxis gezeigt, welche Erfahrungen Pflegekräfte in der häuslichen Pflege von Demenzkranken gemacht haben. Aus der Perspektive der professionell Pflegenden werden Empfehlungen für die Pflegepraxis entwickelt, wobei die Zusammenarbeit von Pflegekräften und Angehörigen im Vordergrund steht. Der Anhang mit Hinweisen zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Internet- und Kontaktadressen zu Selbsthilfegruppen liefert darüber hinaus hilfreiche Informationen für die Beratung von pflegenden Angehörigen. (ib)

*Wolfgang Linck: Alltag mit Dementen, Pflegekräfte und ihre Klienten in der ambulanten Pflege. Schlütersche, Hannover, 2002, 103 Seiten, ISBN 3-87706-710-7, 26,00 Euro*

## Biografisches Arbeiten

Biografiearbeit ermöglicht neue Zugangswege zu alten Menschen und eignet sich gerade in Verbindung mit gedächtnisstärkenden Angeboten in besonderem Maße für die Arbeit in der Altenpflege. Im ersten Teil dieses Handbuchs werden zunächst theoretische Grundlagen von Biografiearbeit und Gedächtnistraining dargestellt. Der praxisbezogene zweite Teil beschreibt biografieorientierte Erlebnisstunden, die sich für die Gruppenarbeit mit älteren Menschen eignen. Abschließend wird im dritten Kapitel eine Unterrichtsreihe zur Biografiearbeit vorgestellt, die praktische Übungen für den Aus-, Fort- und Weiterbildungsbebereich enthält, aber auch pflegenden und betreuenden Angehörigen vielfältige Anregungen liefert. (ib)

*Barbara Kerkhoff, Anne Halbach: Biografisches Arbeiten, Beispiele für die praktische Umsetzung. Vincentz Verlag, Hannover, 2002, 102 Seiten, ISBN 3-87870-655-3, 14,80 Euro*

## Betriebliches Fehlzeiten-Management

Der von Uwe Brandenburg und Peter Nieder verfasste Band präsentiert fünfzig erfolgreiche und umsetzbare Maßnahmen zur Erhöhung der Anwesenheit im Betrieb. Dafür werden zunächst die Zielstellungen der Verbesserung der Anwesenheitsquote der MitarbeiterInnen genauer erläutert, dann verschiedengelagerte Maßnahmen einzeln vorgestellt. Sie reichen von personalen, über strukturelle bis zu kurativen Änderungen. Die Auswahl beginnt folgerichtig bei den MitarbeiterInnen selbst, geht über Führungsverhalten des Vorgesetzten, gesundheitliche Betreuung und Beteiligung der MitarbeiterInnen, Gesundheitscoaching, Rückkehrgespräche bis hin zur Ablösung von Vorgesetzten. Der Band endet mit einem interessanten Ausblick zum Anwesenheits- und Vertrauensmanagement, in dem die Rolle der am Prozess Beteiligten noch einmal genauer beleuchtet wird. (ta)

*Uwe Brandenburg, Peter Nieder: Betriebliches Fehlzeitenmanagement, Anwesenheit der Mitarbeiter erhöhen – Instrumente und Praxisbeispiele, Gabler Verlag, Wiesbaden, 2003, 158 Seiten, ISBN 3-409-12278-8, 39,90 Euro*

Yvonne Buhe

## Beschwerdemanagement – Leistungssteigerung durch Kundenkritik

Ambulante und stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen stehen vor der Herausforderung, steigende Ansprüche der BewohnerInnen, PatientInnen und deren Angehörige mit knapper werdenden wirtschaftlichen Ressourcen in Einklang zu bringen. Hierfür ist ein Unternehmenskonzept nötig, das sich an den Bedürfnissen der KundInnen orientiert. Ein Hilfsmittel ist eine aktive Beschwerdearbeit. Das vorliegende Buch richtet sich an Leitungs- und Pflegekräfte und gibt eine Anleitung zur Einführung und Implementierung eines Beschwerdemanagements in den Alltag dieser Einrichtungen. Zunächst werden Techniken vorgestellt, die durch Fallbeispiele belebt werden. Übungen und Anregungen für die Praxis dienen der Beschwerdeanregung, -bearbeitung und -auswertung.

*Monique Vergnaud: Beschwerdemanagement – Leistungssteigerung durch Kundenkritik. Urban & Fischer Verlag, München, 2002, 176 Seiten, ISBN 3-437-46230-X, 19,95 Euro*

## Das neue Heimrecht

Am 1. Januar 2002 trat das neue Heimgesetz in Kraft. Das vorliegende Buch gibt einen Überblick über die Neuerungen des Heimgesetzes und die Änderungen des SGB XI durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz. Es richtet sich vor allem an PraktikerrInnen, deren Aufgabe darin besteht, die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen. Zunächst werden Hintergründe und Entwicklungen aufgezeigt und Einzelbestimmungen ausführlich erläutert. Ergänzt wird die Darstellung durch die entsprechenden Gesetze, eine Gegenüberstellung des alten und neuen Rechts, Entwürfe verschiedener Verordnungen sowie die Schilderung des Gesetzgebungsgangs. (ts)

*Ronald Richter: Das neue Heimrecht – Leitfaden zum Deutschen Bundesrecht. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2002, 174 Seiten, ISBN 3-7890-7834-4, 19,80 Euro*

## Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement im Recht

Bei vielen freiwillig engagierten Menschen besteht eine große Unsicherheit zu Fragen der Rechtsabsicherung ihrer Tätigkeit. Mit dem vorliegenden Buch ist es den AutorInnen gelungen, einen systematischen Überblick über die relevanten Vorschriften und Gesetze zum Thema Freiwilligenarbeit zusammenzustellen. Der erste Teil des übersichtlich gestalteten Buchs ist in Form eines Wegweisers aufgebaut, der typische Fragen in Form von Standardsituationen von freiwillig tätigen Menschen zusammenfasst.

Dabei wird ein Bogen von allgemeinen Fragen der Freiwilligenarbeit über die Risiken der freiwillig Tätigen bis hin zu Fragen der Vergütung geschlagen. Mit Hilfe eines Registers im Anschluss an jede Frage wird auf die jeweils relevanten Kapitel im zweiten Teil des Buchs verwiesen. Die Standardsituationen werden dort, gebündelt nach einzelnen Rechtsgebieten, mit Hilfe der jeweiligen Gesetze und Vorschriften erläutert. Die LeserInnen erhalten anhand von ausgesuchten praktischen Beispielen verständliche Antworten auf ihre Fragen, die auch für einen juristischen Laien nachvollziehbar sind. (mgw)

*Gerhard Igl, Monika Jachmann, Eberhard Eichenhofer: Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement im Recht – ein Ratgeber. Leske + Buderich, Opladen, 2002, 338 Seiten, ISBN 3-8100-3575-0, 12,90 Euro*

## Kinderarmut und Generationengerechtigkeit

Thema des Sammelbandes ist das gesellschaftliche Problem der (Kinder-)Armut und seine Verschränkung mit der Debatte über Generationengerechtigkeit. Die Autoren des Sammelbandes behandeln dieses Verhältnis aus unterschiedlichen Perspektiven und beschreiben dabei Hintergründe und Wechselwirkungen von Armut, Reichtum und Generationen(un)gerechtigkeit. Sie verdeutlichen dabei nicht nur die Schieflage der Verteilung, sondern auch die Funktionsregeln des Marktes und der staatlichen Gesetze. Erscheinungsformen von Kinderarmut werden über die Auswirkungen auf Lebenssituation und Wohlbefinden von Jugendlichen oder psychosoziale Folgen von Armut im Kindes- und Jugendalter näher erläutert. Im Kapitel über sozialpolitische, familienpolitische und pädagogische Gegenmaßnahmen wird insofern Neuland betreten, indem pädagogisch-didaktisches Material zum Thema Kinderarmut für Schule und Weiterbildung skizziert wird. (ar)

*Christoph Butterwegge, Michael Klundt (Hrsg.): Kinderarmut und Generationengerechtigkeit, Familien- und Sozialpolitik im demografischen Wandel. Leske + Buderich, Opladen, 2002, ISBN 3-8100-3882-1, 244 Seiten, 18,50 Euro*

## Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement

Der von Eckhardt Münch, Uta Walter und Bernhard Badura verfasste Band Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement stellt die Ergebnisse eines Modellprojektes im öffentlichen Sektor vor. Dazu wird zunächst eine Einführung in die Führungsaufgabe ›Betriebliches Gesundheitsmanagement‹ insbesondere in öffentlichen Einrichtungen gegeben und dann an Hand von vier Fallbeispielen die Realisierung von Gesundheitsmanagement unter sich wandelnden Rahmenbedingungen untersucht. Die AutorInnen beschreiben betriebliches Gesundheitsmanagement als Chance zu einem mitarbeiterorientierten Strukturwandel. Da das Projekt von der Hans-Böckler-Stiftung finanziert wurde, wird auch die besondere Rolle der Gewerkschaften bei der Umsetzung von betrieblichen Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor ausführlich beschrieben. (ta)

*Eckhardt Münch, Uta Walter, Bernhard Badura: Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement, Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor. Edition Sigma, Berlin, 2003, 246 Seiten, ISBN 3-89404-973-1, 15,90 Euro*

## Gesundheitswissenschaften

Die Etablierung der jungen Disziplin in Deutschland markiert eine Neuorientierung in der Analyse gesundheitlicher Probleme und zeugt von der zunehmenden Relevanz ihrer Themen. Die AutorInnen des vorliegenden Bands liefern dazu einen Überblick über die Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland, ihrer Grundlagendisziplinen und Anwendungsfelder. Sie nennen auch häufig gestellte Fragen, wie jene zum Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und sozialem Status und liefern gleichzeitig Antworten, indem sie die verschiedenen Antworten und Erklärungsmodelle aus unterschiedlichen Perspektiven darstellen. Sozial- und verhaltenswissenschaftliche oder epidemiologische Grundlagen lassen sich hier ebenso gut nachlesen wie gesundheitspolitische Implikationen, bioethische Konzepte und Kontroversen. Die ausführlichen Literaturangaben bieten viele Ansatzpunkte zu einer Vertiefung der verschiedenen Schwerpunkte. (ar)

Petra Kolip (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften, Eine Einführung*. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2002, 294 Seiten, ISBN 3-7799-1563-4, 19,00 Euro

## Gesundheitspolitik

Unter der Fragestellung »Ist ein Paradigmenwechsel der Gesundheitspolitik in Deutschland unausweichlich oder nur eine vorübergehende Debatte?« wurde 2001 in Berlin unter Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt eine wissenschaftliche Fachtagung durchgeführt, deren Dokumentation nun vorliegt.

Aus dem Inhalt: Auf der Suche nach Alternativen wird ein internationaler Vergleich gesundheitspolitischer Strukturen und Prozesse sowie deren Reform- und Steuerfähigkeit vorgenommen. Die Reichweite sektoraler Verhandlungssysteme wird diskutiert, der Versuch einer Institutionalisierung einer systeminternen Bewertung von Qualität wird konzeptionell und steuerungstheoretisch auf seine Erfolgsaussichten befragt. Hinterfragt wird das Solidarprinzip, der Einfluss des Europarechtes auf das nationale Gesundheitswesen wird untersucht. Ein Überblick über die politischen Steuerungsstrategien im Gesundheitswesen seit den 90-er Jahren rundet den Band ab. (us)

Winand Gellner, Markus Schön (Hrsg.): *Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?* Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2002, 162 Seiten, ISBN 3-7890-8279-1, 29,00 Euro

Yvonne Buhe

## Demenz in Altenpflegeheimen

Gerontopsychiatrische Pflegeprobleme dominieren den Pflegealltag schon heute und sie werden es in naher Zukunft noch mehr tun. Die vorliegende Studie gibt einen Überblick über demenzielle Erkrankungen in Altenpflegeheimen. Zunächst werden Begriffe definiert, demographische und epidemiologische Informationen erörtert und anhand von Daten und Grafiken dargestellt. Diagnostische Verfahren und Klassifikationen tragen zur Konzeption bei, um das Ziel einer Bestandsaufnahme zur Bewohnerstruktur mit Blick auf gerontopsychiatrisch bedingte Pflegeprobleme zu erreichen.

Marcus Waselewski: *Demenz in Altenpflegeheimen, Studie zur Bewohnerstruktur im Hinblick auf gerontopsychiatrisch bedingte Pflegeprobleme*. Schlütersche, Hannover, 2002, 76 Seiten, ISBN 3-87706-692-5, 12,90 Euro

## »Ich meine, mit Gewalt kannst du dir Respekt verschaffen«

Welche Rolle spielen Mädchen in gewaltbereiten Jugendgruppen, wie weit sind sie in den Gewaltkontext eingebunden, wie können sie in die Gewaltprävention eingebunden werden? Diese Fragen beantwortet die Veröffentlichung, die auf einer qualitativen Studie des Deutschen Jugend Instituts basiert und in deren Mittelpunkt Formen körperlicher Gewalt stehen, die sich gegen andere Personen richten. Das Buch trägt zu einer geschlechterbewussten gewaltpräventiven Jugendarbeit bei, indem es einen Forschungsüberblick über das Thema Mädchen und Gewalt gibt und Mädchen in gewaltbereiten Jugendgruppen als wichtige Zielgruppe geschlechterdifferenzierten gewaltpräventiven Handelns identifiziert. Die zugehörigen Kontexte werden differenziert dargestellt und die gewählten Kategorisierungen erlauben ein tiefergehendes Verständnis der Erscheinungsformen des gewaltbereiten Handelns bei Mädchen. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse werden Vorschläge für die Jugendhilfe als Handlungsort für Gewaltprävention entworfen, die man sich allerdings gern etwas ausführlicher gewünscht hätte. (ar)

Kirsten Bruhns, Svendy Wittmann: *»Ich meine mit Gewalt kannst du dir Respekt verschaffen«, Mädchen und junge Frauen in gewaltbereiten Jugendgruppen*. Leske + Budrich, Opladen, 2002, 290 Seiten, ISBN 3-8100-3272-7, 20,00 Euro

## Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität

Der Begriff »Interkulturelle Kompetenz« hat Konjunktur und ist Gegenstand zahlreicher Fortbildungen. Im vorliegenden Band wird er kritischen Betrachtungen u. a. aus pädagogischer oder sprachwissenschaftlicher Perspektive unterworfen, die von grundsätzlichen Problematisierungen des Diskurses bis hin zu empirischen Annäherungen reichen. Anhand einer Fallstudie werden Zusammenhänge von Alltagstheorien, interkultureller Öffnung und der organisatorischen Entwicklungen sozialer Dienste genannt. In einem anderen Beitrag aus einer empirischen Längsschnittstudie mit LehrerInnen werden förderliche Merkmale eines interkulturell kompetenten Handelns der Lehrkräfte zitiert. Zum Abschluss nimmt der Herausgeber die anfangs geäußerte Kritik am Konzept der interkulturellen Kompetenz wieder auf, um in einem zweiten Schritt Kriterien für eine Neufassung von interkultureller Kompetenz zu formulieren. (ar)

Georg Auernheimer (Hrsg.): *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Leske + Budrich, Opladen, 2002, 233 Seiten, ISBN 3-8100-3441-X, 19,80 Euro

## Naturheilpraxis heute

Dieses umfangreiche von Elvira Bierbach herausgegebene Lehrbuch, das mittlerweile in einer zweiten vollständig überarbeiteten Auflage erschienen ist, ist nicht nur für HeilpraktikerInnen ein umfassendes Standardwerk, obwohl bereits die erste Auflage ein fester Bestandteil der Heilpraktikerausbildung geworden ist. Der Band beginnt mit allgemeinen Grundlagen zum Beruf der HeilpraktikerInnen, der Organisation des menschlichen Körpers sowie therapeutischen Methoden in der Naturheilpraxis und stellt dann erkrankungsbezogen die Möglichkeiten und Grenzen der Naturheilkunde dar. Die krankheitsbezogene Darstellung umfasst klassische Erkrankungsbereiche wie Herz-Kreislauf-Erkrankung, Atemwegserkrankungen oder Erkrankung des Verdauungstraktes genauso wie Behandlungsmöglichkeiten während der Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit sowie Behandlungsmöglichkeiten von Kindern und alten Menschen. Der Band verbindet damit klinisches Grundwissen mit praktischer Relevanz und ist nicht nur von Fachleuten gut lesbar. (ta)

Elvira Bierbach (Hrsg.): *Naturheilpraxis heute*. 2. vollständig überarbeitete Auflage, Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 2002, 1552 Seiten, ISBN 3-437-55241-4, 79,95 Euro

Der von acht AutorInnen herausgegebene Band fasst den aktuellen Stand des Wissens über Prävention, Behandlung und Diagnostik zahlreicher Erkrankungen für die klinische Evidenz zusammen: Die Belege zu mehreren Hundert therapeutischen oder präventiven Maßnahmen, die aus Tausenden von Originalstudien gesammelt wurden. Der Band ist nach Krankheitsgebieten geordnet und wird ergänzt durch eine CD-Rom, auf der weiterliegende Details, Literaturangaben, Abbildungen, Tabellen und Anhänge ergänzt sind. Der Anspruch des Bandes ist nicht mehr und nicht weniger eine »Internationale Quelle für die wissenschaftlich begründete Patientenversorgung« dem deutschen Sprachraum zugänglich zu machen. (ta)

*Günter Ollenschläger, Heiner C. Bucher u.a. (Hrsg.): Kompodium evidenzbasierte Medizin. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2. Auflage, 2003, 506 Seiten, ISBN 3-456-83582-5, 49,95 Euro*

## Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen

Öffentliche Einrichtungen unterliegen derzeit vielfältigen Veränderungsprozessen, wobei neben der Privatisierung und individuellen Eigenverantwortlichkeit auch das Engagement der Bürgergesellschaft als Alternative zur staatlich-öffentlichen Verantwortung gefordert wird. Die AutorInnen dieses Sonderbandes der Reihe »Modernisierung des öffentlichen Sektors« legen ihrer explorativen Studie die Arbeitshypothese zugrunde, dass es sinnvoller sei, Entwicklungen aufzunehmen, die eine Kombination von sozialstaatlichen, marktbezogenen und bürgergesellschaftlichen Elementen beinhalten. Im Anschluss an die Darstellung der theoretischen Konzeption werden Fallbeispiele aus den Bereichen Schule, Kultur und Sport sowie Altenpflege und Altenhilfe aufgezeigt. Die Analyse bezieht sich auf die Organisationsentwicklung und -struktur, die Kombination von Staat, Markt und sozialem Kapital, die Mitarbeiter der Einrichtung sowie Chancen, Risiken und Konfliktpotenzial. (ts)

*Adalbert Evers, Ulrich Rauch, Uta Stitz: Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen – Hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienstleistungen, Modernisierung des öffentlichen Sektors. Sonderband 16, Ed. Sigma Berlin, 2002, 281 Seiten, ISBN 3-89404-766-6, 19,90 Euro*

Der von Matthias Jerusalem und Hannelore Weber herausgegebene Band gibt erstmalig für den deutschen Sprachraum einen umfassenden Überblick über die wichtigsten Anwendungsgebiete der psychologischen Gesundheitsförderung. Dazu werden zunächst Möglichkeiten der Diagnostik gesundheitlicher Ressourcen und Risiken vorgestellt und dann das Konzept gesundheitspsychologischer Prävention, aufbauend auf Ressourcenstärkung und Risikoprävention anhand verschiedener Aspekte erläutert. Dies beginnt bei der Prävention von Risikoverhalten, der Prävention in verschiedenen Lebensaltern und reicht bis zur Prävention auf der Ebene von Gruppen und Organisationen sowie der Prävention angesichts schwerer Erkrankungen und kritischer Lebensereignisse. Im Abschlusskapitel werden übergreifende Aspekte gesundheitspsychologischer Prävention wie beispielsweise compliance oder Gesundheitsförderung in der Rehabilitation thematisiert. Den HerausgeberInnen gelingt es mit diesem Band, eine Verknüpfung von Psychologie und Gesundheitsförderung herzustellen. (ta)

*Matthias Jerusalem, Hannelore Weber (Hrsg.): Psychologie Gesundheitsförderung - Diagnostik und Prävention. Hogrefe Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2003, 782 Seiten, ISBN 3-8017-1003-3, 59,95 Euro*

## Schwerbehinderung

Einen Überblick über die Änderungen des neu gestalteten Schwerbehindertenrechtes bietet der Ratgeber »Schwerbehinderung«, den die Verbraucherzentralen in Zusammenarbeit mit der Fernsehredaktion ARD-Ratgeber Recht herausgegeben haben. Anhand von Beispielen aus der Praxis werden die unterschiedlichsten Lebenssituationen behinderter Menschen dargestellt, wobei besondere Aufmerksamkeit auf die Integration in das Berufsleben gelenkt wird. Der Ratgeber zeigt die verschiedenen Fördermaßnahmen oder auch Besonderheiten des Sozialversicherungsrechts auf und bietet damit eine empfehlenswerte Orientierungshilfe für den Alltag von Menschen mit Behinderungen. (ar)

*Matthias Zimmermann, Otto N. Bretzinger (Hrsg.): Schwerbehinderung, ARD Ratgeber Recht. Deutscher Taschenbuchverlag, München, 2003, 218 Seiten, ISBN 3-423-58057-7, 8,50 Euro Abholpreis in den Verbraucherzentralen bzw. 2,00 Euro zusätzlich bei Versand.*

Das Buch erläutert verschiedene aus dem Salutogenesekonzept entwickelte Gesundheitsmodelle und macht sie für die Praxis der unterschiedlichen Gesundheitsberufe handhabbar. Ausführlich wird das Konzept der Salutogenese und deren Konsequenzen für eine neue Heilkunde vorgestellt. Im zweiten Hauptteil des Bandes werden die Grundzüge der positiven Psychotherapie, auch unter Einbezug transkultureller geschlechtsspezifischer Aspekte erläutert. (ta)

*Klaus Jork, Nossrat Peseschkian (Hrsg.): Salutogenese und Positive Psychotherapie, Gesund werden – gesund bleiben. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2003, 278 Seiten, ISBN 3-456-83086-6, 29,95 Euro*

## Informationsmanagement in Organisationen

Der von Roland Gabriel und Dirk Beier erstellte Band behandelt zunächst die begrifflichen und konzeptionellen Grundlagen eines modernen Informationsmanagements und erläutert dann ausführlich die einzelnen Aufgaben sowie das zur Verfügung stehende Instrumentarium. Obwohl das Buch für den Bereich der Wirtschaft konzipiert wurde, ist es auch für andere Bereiche wie den öffentlichen Sektor oder den Sozial- und Gesundheitsbereich anregend. (ta)

*Roland Gabriel, Dirk Beier: Informationsmanagement in Organisationen. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2003, 236 Seiten, ISBN 3-17-017258-1, 25,00 Euro*

## Sport, Gesundheit und Public Health

Reinhard Fuchs stellt in seinem Buch die Wechselbeziehung zwischen Sport, Gesundheit und Public Health dar. Kernfragen des Buches sind: Welche Wirkung hat körperliche Aktivität auf die private und öffentliche Gesundheit? Von welchen psychologischen und strukturellen Determinanten hängt das Ausmaß des Sport- und Bewegungsverhaltens ab? Und mit welchen Interventionen lässt sich das Niveau der körperlich-sportlichen Aktivität in der Bevölkerung erhöhen? Die Beantwortung dieser Fragen hat unmittelbare Auswirkung auf die Planung beispielsweise von Sportförderung und Präventionsprogrammen. (ta)

*Reinhard Fuchs: Sport, Gesundheit und Public Health. Hogrefe Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2003, 274 Seiten, ISBN 3-8017-1722-4, 29,95 Euro*

Bereits im NL 36 haben wir über Qualitätszeichen für medizinische Webseiten im Internet berichtet. Seit März 2002 können Informationssuchende Gesundheitsseiten mit einer besonderen Form der Qualitätssicherung an einem neuen (deutschen) Logo erkennen.



Das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem ist ein Zusammenschluss von aktuell 165 Akteuren im Gesundheitswesen (Organisationen, Verbände, Körperschaften, Unternehmen etc.), die sich aktiv am Aufbau eines Gesundheitsinformationssystems beteiligen wollen, das den Grundsätzen der Qualitätssicherung verpflichtet ist. Gegründet als eine Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 1999 wird afgis im Rahmen des Modellprojekts »Entwicklung und Erprobung von Grundlagen und Strukturen für ein qualitätsgesichertes Gesundheitsinformationsnetzwerk im Internet« vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert und von der Bundesvereinigung für Gesundheit e. V., Bonn, durchgeführt. Der demokratisch aufgebaute Verbund ist in thematischen Arbeitsgruppen organisiert. Jede Gruppe hat eine gewählte Vertretung, die im »Planungsrat« vertreten und dort stimmberechtigt ist.

afgis ist also ein Forum für diejenigen Akteure im Gesundheitswesen, die sich als Kooperationspartner in diesen Prozess aktiv einbringen wollen. afgis-Mitglieder gehen die Verpflichtung ein, gemeinsam mit den Partnern Qualitätskriterien für Gesundheitsinformationen zu erarbeiten und zu beschließen, einzuhalten, weiterzuentwickeln sowie nach außen zu vertreten. Dies setzt voraus, dass ein dauerhafter Qualitätssicherungsprozess auf der Basis definierter Qualitätskriterien etabliert wird.

Anlässlich des 1. afgis-Kongresses »GESUNDHEITSINFORMATIONEN IM INTERNET. Mehr Sicherheit durch mehr Qualität, der am 24./25. Juni 2003 in Berlin stattgefunden hat, ist jetzt von den Kooperationspartnern ein gemeinnützig eingetragener Verein gegründet worden. Der Verbund kann nun selbstständig agieren und wirtschaften.

## Ziele von afgis

- Bestmögliche Qualität von Gesundheitsinformationen in den elektronischen Medien (Internet) zu gewährleisten,
- Bessere Nutzbarkeit der elektronischen Medien in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Begleitung und Nachsorge von Erkrankungen und aller damit verbundenen Aspekte,
- Kontinuierliche Analyse von Gesundheitsinformationsangeboten in den Neuen Medien und daraus resultierend: Aufzeigen von Risiken, Schwachpunkten, Lücken und Qualitätsmängeln,
- Kriterien, Strategien, Maßnahmen und Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in diesem Bereich zu entwickeln, zu erproben und umzusetzen.

## Transparenzkriterien

Als erste Schritte der Qualitätssicherung hat afgis folgende Transparenzkriterien beschlossen:

- über die Anbieter,
- über Ziel, Zweck und Zielgruppe(n),
- über die AutorInnen und die Datenquellen,
- über die Aktualität der Daten,
- über die Möglichkeit für Rückmeldungen seitens der User,
- über Verfahren der Qualitätssicherung,
- über die Trennung von Werbung und redaktionellem Beitrag,

- über Finanzierung und SponsorInnen,
- über Kooperationen und Vernetzung,
- über Datenverwendung und Datenschutz.

In weiteren Schritten sollen Kriterien zum Datenschutz/Schutz der Persönlichkeit (z. B. Verwendung von Cookies, Speicherung personenbezogener Daten etc.) und zu Qualitätskriterien für die Vermittlung von Gesundheitsinformationen erarbeitet werden. Hierzu gehört die Nutzerfreundlichkeit der Internetseite (Usability), der barrierefreie Zugang zum Internet (Accessibility) und die sprachliche Aufbereitung für die gewählte Zielgruppe (Didaktik). Weiterhin fallen darunter die Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen (z. B. Teledienstegesetz, Teledienstedatenschutzgesetz, Mediendienste-Staatsvertrag, Gesetz zum Elektronischen Geschäftsverkehr EGG) und die Technischen Rahmenbedingungen (z. B. IT-Sicherheitsmaßnahmen, Sicherheitsmanagement).

Für afgis ist die Transparenzdatenbank ein wichtiges Element, um die geforderte Transparenz herzustellen. Als Zeichen der Teilnahme im afgis-Kooperationsverbund liegt das rechtlich geschützte afgis-Logo auf der Webseite des Kooperationspartners. Besucher der Seite mit Gesundheitsinformationen können durch Mausclick auf das Logo Informationen zum Anbieter und dem Angebot des Kooperationspartners bekommen.

Alex Möller, afgis-Koordinierungsstelle, Westerbreite 7, 49084 Osnabrück,  
Tel.: (05 41) 97 78-800, Fax: (05 41) 97 78-801, E-mail: [koordination@afgis.de](mailto:koordination@afgis.de),  
[www.afgis.de](http://www.afgis.de)

## Internetadressen zu Medien (der Gesundheitsförderung)

### [www.lzg-rlp.de/Gesundheitstelefon/gesundheitstelefon.html](http://www.lzg-rlp.de/Gesundheitstelefon/gesundheitstelefon.html)

Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V. bietet seit längerem den Service eines Gesundheitstelefon an. Jeweils zwei Wochen lang können unter einer Service-Telefonnummer zum Ortstarif rund um die Uhr Informationen zu einem bestimmten Gesundheitsthema abgehört werden. Alle alten Ansagetexte sind auf der Internetseite zum Nachlesen eingestellt.

### [www.medien-bildung.net](http://www.medien-bildung.net)

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat bereits 1999 das Förderprogramm »Neue Medien in der Bildung« eingerichtet. Für die Jahre 2000 bis 2004 stehen insgesamt 200 Millionen Fördergelder zur Verfügung. Das Internetportal informiert fortlaufend über den aktuellen Entwicklungsstand der Fördervorhaben aus dem Hochschulbereich. Es finden sich Projektskizzen, Berichte aus der Projektarbeit sowie Nachrichten und Linktipps rund um das Thema Neue Medien in der Bildung.

### [www.rrz.uni-hamburg.de/hans-bredow-institut](http://www.rrz.uni-hamburg.de/hans-bredow-institut)

Wer sich mit Medien in ihrer gesamten Wirkungsbreite beschäftigen will, kommt am Hamburger Hans-Bredow-Institut nicht vorbei. Die Homepage bietet u. a. einen Überblick über alle aktuellen Forschungsaktivitäten und eine Mitnutzung der online-Recherche im eigenen Bibliothekskatalog. Eine ausführliche Linksammlung zur Medienforschung in Deutschland und der Welt, Radio- und Fernsehstationen, Online-Medien und Regulierungsbehörden von Rundfunk und Telekommunikation in Europa lassen keine Fragen offen.



## Veranstaltungen der LVG

### Chronisch Krank – Chronisch Arm?

8. September 2003, 10.00–16.30 Uhr, Hannover

Armut gilt als Risikofaktor bei der Entstehung chronischer Krankheiten. Doch diese lässt sich auch umdrehen: Chronische Krankheit kann als Risikofaktor zur finanziellen Verarmung führen und muss angegangen werden. Die Milderung der Auswirkungen sozial benachteiligender Lebensbedingungen auf die Gesundheit der Betroffenen war und ist das Ziel professionellen Handelns im Sozial- und Gesundheitswesen. Doch gerade jetzt ist die Interessensvertretung der armen Bevölkerung gefragt, denn die anstehenden Reformen und Neustrukturierungen dürfen die bestehende gesundheitliche Benachteiligung nicht noch vergrößern und zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands von sozial und ökonomisch benachteiligten Menschen führen.

Die Veranstaltung »Chronisch Krank – Chronisch Arm?« greift das Thema auf und stellt in Fachvorträgen und Workshops die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen chronischer Erkrankung und Armut dar. Die aktuellen politischen Entwicklungen werden kommentiert und in ihren Auswirkungen auf die Praxis im Gesundheits- und Sozialwesen untersucht. Zur näheren Orientierung werden bewährte Handlungsansätze aus verschiedenen Praxisbereichen vorgestellt, die Unterstützungspotenziale aufzeigen, aber auch Handlungsbedarf verdeutlichen.

Die Tagung wird von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. in Kooperation mit der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen und der Landesarmutskonferenz durchgeführt.

Teilnahmegebühr: 30 Euro

### Nicht rauchen an Hochschulen

18. September 2003, Fachhochschule Frankfurt a.M.

Welche Wege gehen Hochschulen bisher, um rauchfrei zu werden? Wie begegnet die Tabakwerbeindustrie dem Zeitgeist? Was wissen wir über das Rauchverhalten von Studierenden? Diese und weitere Fragen werden mit kompetenten Fachleuten erörtert und in Kleingruppen diskutiert.

Den VeranstalterInnen ist es ein Anliegen, über rauchfreie Hochschulen im Kontext von Kulturwandel zu diskutieren. Grund dafür ist die Tatsache, dass Hochschulen Menschen ausbilden, die als MultiplikatorInnen, potenzielle Führungskräfte und EntscheidungsträgerInnen zukünftig die Gesellschaft maßgeblich mitgestalten. Hier sollte Gesundheitsförderung ansetzen und mit strukturellen Veränderungsszenarien beispielgebend wirken.

Der Workshop wird vom Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt a. M. und dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen, der von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. koordiniert wird, durchgeführt. Kooperationspartner sind die Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. und das von der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. durchgeführte Projekt »Rauchfrei am Arbeitsplatz«.

Teilnahmegebühr: 30 Euro, für Studierende 15 Euro

### RESSOURCEN STÄRKEN

#### Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen unter Berücksichtigung besonderer Lebenslagen

8. Oktober 2003, Hannover

Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit ist von frühester Kindheit an sichtbar. Kinder aus armen Familien weisen nicht nur einen schlechteren Gesundheitsstatus auf, sie werden auch durch Maßnahmen der Prävention oder Gesundheitsförderung schwer erreicht. Inwieweit können Kindertageseinrichtungen Kinder und Eltern mit geringen Gesundheitschancen fördern? Welche Möglichkeiten bietet die Gesundheitsförderung, Auswirkungen sozialer Ungleichheiten zu vermindern? Wie können die Kompetenzen der Kinder, aber auch der Eltern und ErzieherInnen gestärkt werden? Welche Rolle kann der Kindergarten einnehmen bzw. welche Kooperationen können Kindertagesstätten mit anderen Unterstützungsinstitutionen eingehen und wie kann sich die Kindertageseinrichtung für andere Berufsgruppen öffnen? Auf diese Fragen finden sich bisher nur wenig befriedigende Antworten. Ziel der Veranstaltung ist, Potenziale und Bedarf über Fachvorträge, Erfahrungsberichte und Diskussion zu klären und Handlungsfelder einer gesundheitsfördernden Kindertagesstätte vorzustellen. Die Tagung wird in Kooperation mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen und dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS Frankfurt) durchgeführt.

Uhrzeit und Teilnahmegebühr: auf Anfrage

### Niedersachsen-Forum Alter und Zukunft

8. Oktober 2003, 10.00–16.30 Uhr, Congress Centrum Hannover

Das Niedersachsen-Forum Alter und Zukunft findet in diesem Jahr in Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioreninitiativen (BAGSO) als Teil des Deutschen Seniorentages unter dem Motto »Senioren – Aktiv in Europa« statt. Die Veranstaltung richtet sich sowohl an ältere Menschen als auch an Fachleute. In Podiumsdiskussionen und Workshops werden Strategien diskutiert, wie der Weltaltentplan vom April 2002 auf regionaler Ebene umgesetzt werden kann. Themen sind die Integration und Teilhabe älterer Menschen, die Situation älterer ArbeitnehmerInnen, die Unterstützung pflegender Angehöriger, die Gleichstellung der Geschlechter und die Förderung der Solidarität zwischen den Generationen.

Veranstalter ist das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. Für die Koordination des Niedersachsen-Forums ist die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. zuständig.

Anstelle eines Marktes der Möglichkeiten finden parallel zum Deutschen Seniorentag die Fachmessen Seniors und SenNova statt, auf denen regionale und überregionale Einrichtungen, Verbände und Projekte ihre Arbeit vorstellen.

Teilnahmegebühr: 6 Euro

# Termine

Termine



## Niedersachsen

**Modelle der lokalen Bürger(innen)beteiligung**, 5.-7.9.2003, Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Postfach 21 58, 31545 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-0, Fax: (0 57 66) 81-900, E-mail: eal@evlka.de

**Ich bin ich - Gesundheit fördern durch Selbstwertstärkung**, 26.-27.9.2003, Bovenden, Kontakt: Kess e.V., Hasenwinkel 43a, 37079 Göttingen, Tel.: (05 51) 50 96 92 91, Fax: (05 51) 9 89 92 83, E-mail: kessev2002@aol.com

**Entwicklungszeiten**, DGfE-Jahrestagung, 29.9.-2.10.2003, Bremen, Kontakt: Universität Bremen, Anne Unckel, FB 12, Arbeitsgebiet Grundschulpädagogik, Bibliothekstraße, 28334 Bremen, Tel.: (04 21) 2 18-21 47, E-mail: gstagung@uni-bremen.de

**Deutscher Seniorentag 2003**, 6.-8.10.2003, Hannover, Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO), Bundesgeschäftsstelle, Eifelstr. 9, 53119 Bonn, Tel. (02 28) 24 99 93 0, Fax: (02 28) 24 99 32 0, E-mail: kontakt@bagso.de

**Umgang mit Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen**, 8.10.2003, Hannover, Kontakt: Evangelische Fachhochschule Hannover, Blumhardtstraße 2, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 53 01-0, Fax: (05 11) 53 01-195

## Bundesweit

**Quer-DenkerInnen - Quer-TeuerInnen**, 5. Sommer-Akademie, 13.-18.7.2003, Bad Honnef, Kontakt: Kath.-Soziales Institut der Erzdiozese Köln, Selbhofer Straße 11, 53604 Bad Honnef, Tel.: (02 224) 9 55-4 01, Fax: (02 224) 9 55-1 01, E-mail: sikora@ksi.de

**Disability Studies in Deutschland: Behinderung neu denken!**, 18.7.-1.8.2003, Bremen, Kontakt: bifos e.V., sommeruni2003, Koelnische Straße 99, 34119 Kassel, Tel.: (05 61) 7 28 85-42, Fax: 7 28 85-44, E-mail: vorbereitungsteam@sommeruni2003.de, Internet: www.bifos.org

**Sommerakademie: Interkulturelle Kommunikation und Kompetenz**, 30.7.2003, München, Kontakt: Bayerische Akademie für Verwaltungs-Management GmbH, Tel.: (0 89) 21 26 74-0, Fax: (0 89) 21 26 74-77, E-mail: info@verwaltungs-management.de

**8. Bundesweite Arbeitstagung »Betriebliche Suchtprävention und Gesundheitsförderung an Hochschulen und Universitätskliniken«**, 10.-11.9.2003, Würzburg, Kontakt: Suchtberatung für Beschäftigte der Universität Würzburg, Marcusstraße 9-11, 97070 Würzburg, Tel.: (09 31) 312 020, Fax: 8 88-7200, E-mail: suchtberatung@zv.uni-wuerzburg.de

**Intergenerative Arbeit in der stationären Altenhilfe**, 3. Symposium KunstTherapie in der Altenarbeit, 12.-14.09.2003, Frankfurt a. M., Kontakt: Paritätisches Bildungswerk Bundesverband e.V., Heinrich-Hoffmann-Straße 3, 60528 Frankfurt, Tel.: (0 69) 67 06-2 72, Fax: (0 69) 67 06-2 03, E-mail: fobi@paritaet.org, Internet: www.bildungswerk.paritaet.org

**bgwforum 2003 - Arbeits- und Gesundheitsschutz in Unternehmen für behinderte Menschen und Gefährdete**, 16.-18.9.2003, Hamburg, Kontakt: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Björn Kähler, Pappelallee 35/37, 22089 Hamburg, Tel.: (0 40) 2 02 07-78 98, Fax: (0 41 09) 25 08 21, E-mail: bgwforum@bgw-online.de

**Deutsch-Türkischer Psychiatriekongress: Verrückte Grenzen - Interkulturelle Begegnungen**, 16.-20.9.2003, Essen, Kontakt: livingcongress, Willy-Brandt-Allee 10, 23554 Lübeck, Tel.: (04 51) 79 04-333, Fax: 79 04-100, E-mail: kontakt@livingcongress.de

**Freiwilliges Engagement anerkennen!**, 18.9.2003, Berlin, Kontakt: Akademie für Ehrenamtlichkeit Deutschland, Gubener Straße 47, 10243 Berlin, Tel.: (0 30) 2 75 493 8, E-mail: akademie@ehrenamt.de

**Wechselzeiten - Wandelzeiten**, 19.-21.9.2003, Berlin, Kontakt: Ges. für Geburtsvorbereitung, Familienbildung und Frauengesundheit e.V., Tel.: (0 30) 45 0269-20, Fax: (0 30) 45 0269-21, E-mail: dfg.bv@t-online.de

**Gesundheitssport und Sporttherapie - Chancen, Wirksamkeit und Qualität**, 38. Kongress für Sportmedizin und Prävention »Sport als Medizin«, 24.-27.9.2003, Kontakt: MES GmbH, Weinbergstraße 17, 14469 Potsdam, Tel.: (03 31) 7 4040-00, Fax: (03 31) 7 4043-01, E-mail: info@project-con.com

**Jahrestagung »Sex and Gender: the Challenges for Epidemiologists«**, 24.-27.9.2003, Greifswald, Kontakt: Universität Greifswald, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Walther-Rathenau-Str. 48, 17487 Greifswald, Fax: (0 38 34) 86 66 84, E-mail: dgsmp2003@uni-greifswald.de

**Frauen in den besten Jahren: Hormone - Gewicht - Gefühl**, 28. Wissenschaftlicher Kongress, 26.-28.9.2003, Bad Salzuflen, Kontakt: Deutscher Ärztinnenbund e.V., Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln, Tel.: (02 21) 4 004 54 0, E-mail: aerztinnenbund@aerztinnenbund.de

**Psychosoziale Versorgung in der Medizin**, 2. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 28.-30.9.2003, Hamburg, Kontakt: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Abteilung für Medizinische Psychologie, Martinistraße 52 (S 30), 20246 Hamburg, Tel.: (0 40) 4 28 03-28 63, Fax: (0 40) 4 28 03-494 0, E-mail: orga@psychosozialmedizin2003.de

**Schneller? Globaler? Effektiver? Die Gruppe in der beschleunigten Gesellschaft**, 2.-5.10.2003, Berlin, Kontakt: Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG), Landaustraße 18, 34121 Kassel, Tel.: (05 61) 28 45 67, Fax: (05 61) 28 44 18, E-mail: daggs.ks@t-online.de

**Bürgerschaftliches Engagement in der Kultur**, 3.-5.10.2003, Remscheid, Kontakt: Bundesvereinigung Kulturelle Jugendbildung e.V., Küppelstein 34, 42857 Remscheid, Tel.: (0 21 91) 79 43-90, Fax: (0 21 91) 79 43-89

**Ernährungswissen heute: ein multidisziplinärer Ansatz**, Arbeitstagung und 50jähriges Jubiläum der DGE, 9.-10.10.2003, Bonn, Kontakt: DGE, Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Godesberger Allee 18, 53175 Bonn, Tel.: (02 28) 37 76-600, Fax: (02 28) 37 76-800, E-mail: gahl@dge.de

**Neue Qualität der Arbeit - menschengerecht und wirtschaftlich**, 28. Internationaler Kongress für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 27.-30.10.2003, Düsseldorf, Kontakt: A+A-Kongressbüro, Messe Düsseldorf GmbH, Postfach 10 10 06, 40001 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 45 60-9 84, Fax: (02 11) 45 60-85 44

**Hat der Hort noch eine Zukunft? Die Hortpädagogik im Spannungsfeld zwischen Grund- und Ganztagschule**, 31.10.2003, Frankfurt a.M., Kontakt: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Am Stockborn 5-7, 60439 Frankfurt a.M., Tel.: (0 69) 9 57 89-0, Fax: (0 69) 9 57 89-190, E-mail: info@iss-ffm.de

## International

**Adipositas Jahrestagung 2003**, 16.-18.10.2003, Salzburg, Kontakt: CTW - Congress Organisation Thomas Wiese GmbH, Goßlerstraße 30, 12161 Berlin, Tel.: (0 30) 85 9962-13, Fax: (0 30) 85 07 982 6, E-mail: adipositas@ctw-congress.de

**The Male Patient in your daily Practice - 3rd World Congress on Men's Health**, 24.-26.10.2003, Wien, Kontakt: Congress Management Office, Odoakergasse 34-36/3, A-1160 Wien, Tel.: +43 (1) 486 40 40-45, Fax: +43 (1) 486 40 40-46, E-mail: office@wxmh.info

## Antwort

 bitte füllen und schicken oder faxen an die

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Fax: (05 11) 3 505 595

## 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 .....