

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

Behinderung und Gesundheit

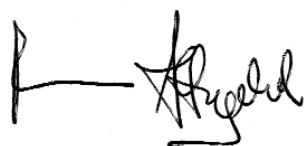
Obwohl wir uns als Gesundheitsförderungseinrichtung seit Jahrzehnten mit dem Themenfeld gesundheitliche Chancengleichheit auseinander setzen, hat die Landesvereinigung dabei bestimmte Zielgruppen (z.B. sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund oder Wohnungslose) bislang stärker im Blickfeld gehabt als andere benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Menschen mit Behinderungen sind bislang kaum in den Fokus der Gesundheitsversorgung, -förderung und Prävention gerückt. Dabei sind gerade hier erhebliche Potenziale sowie Fehl-, Über- und Unterversorgungslagen festzustellen. Gesundheit und Behinderung zusammenzudenken und Handlungsnotwendigkeiten klar zu benennen, ist immer noch fremd für viele Akteure und Akteurinnen des Gesundheitswesens. Aber genau das wollen wir in diesem Heft tun und damit einige vorhandene blinde Flecken beseitigen.

Deshalb beleuchten wir in diesem Heft verschiedene Aspekte des wichtigen Handlungsfeldes Behinderung und Gesundheit. Das reicht von rechtlichen Fragenstellungen über Empowermentstrategien für diese Zielgruppen, der Bildung bis hin zu Fragen des Altwerdens mit Behinderungen. Natürlich sind damit nicht alle Fragen abgedeckt, aber wir hoffen, damit einen Beitrag zu einer längst überfälligen Diskussion zu leisten.

Noch ein Hinweis in eigener Sache: unsere Einrichtung heißt seit dem 1. Januar 2008 ›Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.‹. Damit führen wir die enge Zusammenarbeit mit der Akademie für Sozialmedizin nun unter einem gemeinsamen Vereinsdach fort.

Wie immer sind Sie an dieser Stelle zur Beteiligung an den nächsten Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen herzlich eingeladen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Integrierte Handlungskonzepte (Redaktionsschluss 30.04.2008) und ›Mittleres Lebensalter und Gesundheit‹ (Redaktionsschluss 31.07.2008).

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Behinderung und Gesundheit – Aspekte	2
■ Behinderung und Empowerment	3
■ Älter werden mit geistiger Behinderung	4
■ ›When I'm 64...‹	5
■ Pflege und Behindertenhilfe	6
■ Gesundheitsförderungspotenziale	7
■ Gesundheit und Recht – Neues Recht gefragt?	8
■ ›Meine Mutter will nicht, dass ich ein Kind bekomme‹	10
■ Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Zeit zu handeln	11
■ Durch die Genderbrille: Behinderung und Geschlecht	12
■ Mediation bei Menschen mit geistiger Behinderung	13
■ Barrierefreie gesundheitliche Versorgung	14
■ Sonderthema Klimawandel und Gesundheit	14
■ LVG Niedersachsen e.V. und AFS Hannover e.V. fusionieren	16
■ KVN und Patientenvertretung für Barrierefreiheit	17
■ Niedersachsenbüro – Neues Wohnen im Alter	17
■ Seniorenservicebüros	18
■ Evaluation des Arbeitskreises gesundheitsfördernder Hochschulen	18
■ Erfahrungen mit Nichtraucherschutzgesetz	19
■ Altenpflege + ProPflege 2008	20
■ Wirksame Hilfen für Familien von Menschen mit Behinderungen	21
■ Kooperationsprojekt ›Frau sein mit Behinderung‹	21
■ Verfügungsfonds und Mikrofinanzierungen	22
■ Gesundheitsprävention durch Streitschlichtung	23
■ Lebenshilfe Lüneburg – Harburg zeigt Rückgrat!	24
■ Selbstbehauptung und Selbstverteidigung für Frauen und Mädchen mit Behinderung	24
■ Um Schimmels Willen: Feuchteschäden	25
■ Mediothek	26
■ Internet	29
■ Termine	30
■ Impressum	20

Behinderung und Gesundheit – Aspekte zur Einführung in das Thema

Sowohl der Begriff Behinderung als auch der Begriff Gesundheit unterliegt vielfältigen Definitionsmöglichkeiten und man kann zwischen Laienvorstellungen und wissenschaftlichen Modellen unterscheiden. Gesundheit und Krankheit werden im Alltagsgebrauch oftmals über Funktionsfähigkeit, z. B. die Fähigkeit, einer (bestimmten) Arbeit nachzugehen, und der Möglichkeit der Erfüllung bestimmter Rollen, z. B. als Mutter, definiert. Behinderung wird vielfach als Normabweichung gesehen, die mit Einschränkungen z. B. Nichterfüllung bestimmter Rollen assoziiert ist. Was aber bedeutet Abweichung und wer definiert die Norm? Diese Vorstellungen sind immer im historischen Kontext zu sehen und unterliegen gesellschaftlichen Veränderungen.

Weiterhin besteht die Gefahr der Reduzierung auf das Merkmal Behinderung, wie sich auch in der Diskussion um die Begrifflichkeit zeigt. Während der früher verwendete Begriff Behinderte bzw. Behinderter eine Reduktion des Menschen auf die Behinderung darstellt, hebt die Ausdrucksweise behinderter Mensch oder Menschen mit Behinderungen auf das Merkmal Behinderung als eine Eigenschaft ab, die aber nicht das Individuum insgesamt charakterisiert.

Definition Behinderung

Zur Beschreibung und Erklärung menschlichen Behindertseins werden unter anderem Ansätze aus der Medizin, dem Sozialrecht und der Pädagogik herangezogen. Sie stehen für die individuumszentrierte Sichtweise. Kritiker werfen den Vertretern dieser Richtung vor, die gesellschaftlich bedingte Perspektive zu vernachlässigen und vertreten soziologische, gesellschaftstheoretische oder systemtheoretische Ansätze. Im Bereich der Public-Health-Forschung werden dagegen in den letzten Jahren Forderungen nach einem interdisziplinären Behinderungsbegriff laut, die eine Stärkung der Individualität und die bedarfsgerechte Gestaltung gesellschaftlicher Bedingungen beinhalten.

Laut § 2 SGB IX gelten Menschen als behindert, »wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.« Eine weitere Grundlage zur Definition stellt die von der WHO entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit dar. Während vorherige Klassifikationen vor allem die Defizite und Schädigungen fokussiert haben, zeigt sich hier ein Perspektivenwechsel hin zu einer umfassenden ressourcenorientierten Sichtweise, die auch Aspekte der Teilhabe beinhaltet.

Die im § 2 SGB IX beschriebene Definition von Behinderung berücksichtigt verschiedene Formen von Behinderungen, die einen entsprechenden sozialrechtlichen Leistungsbezug nach sich ziehen. Vor diesem Hintergrund erscheint eine klare Abgrenzung notwendig. Ziel ist es, durch entsprechende sozialrechtliche Leistungen, die aus der Behinderung resultierenden Beeinträchtigungen zu kompensieren, um Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen.

Grundsätzlich kann man zwischen körperlicher Behinderung, Sinnesbehinderung, Sprachbehinderung, psychischer bzw. seelischer Behinderung, Lernbehinderung und geistiger Behinderung unterscheiden. Dabei ist festzuhalten, dass hier auch andere Differenzierungen möglich sind. So werden beispielsweise die geistige Behinderung und Lernbehinderung bzw. Lernschwierigkeiten auch vielfach synonym verwendet.

Fühlen sich Menschen mit Behinderungen gesund?

Auch der Begriff Gesundheit ist weiter zu fassen. Gesundheit wird im Sinne des Konzeptes der Salutogenese von Aaron Antonovsky nicht als statischer Zustand definiert, sondern als Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit. Demzufolge können Menschen mit Behinderungen, wie Menschen ohne Behinderungen auch, mehr oder weniger gesund sein. Die salutogenetische Sichtweise ermöglicht es, Gesundheit in ihrer Komplexität zu betrachten, ohne einzelne Aspekte auszugrenzen. Darauf aufbauend können folgende Fragen gestellt werden: Wie funktioniert Gesundheit unter Berücksichtigung von Behinderung? Fühlen sich Menschen mit Behinderungen gesund – und wenn ja wie gelingt ihnen dies unter den gegebenen Bedingungen? Welche Fähigkeiten nutzen oder entwickeln Menschen mit Behinderungen, um unter den gegebenen gesellschaftlichen und ihren individuellen Bedingungen gesund zu leben? Fragen wie diese können reine Begriffsbestimmungen ergänzen und weiter führen.

Heterogenität von Lebenslagen

Die Verknüpfung von Behinderung und Gesundheit bezieht sich auch auf die Möglichkeiten, selbstbestimmt Einfluss auf die eigene Gesundheit zu nehmen. Um Partizipation zu ermöglichen, spielen sowohl individuelle als auch verhältnisbezogene Aspekte eine Rolle. Behinderungsbedingte Nachteile können durch individuelle Maßnahmen, wie z. B. Frühförderung, aber auch durch verhältnisbezogene Veränderungen, z. B. Barrierefreiheit, kompensiert werden. Hier zeigt sich die Notwendigkeit der Differenzierung von Maßnahmen. Schließlich sind Menschen mit Behinderungen keine homogene Gruppe, sondern Individuen mit unterschiedlichen Einschränkungen verschiedener Schweregrade und entsprechenden Bedürfnissen.

Neben der Form der Behinderung und deren Ausmaß existiert eine Vielzahl weiterer Faktoren, die über die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen entscheiden.

Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status sind Merkmale, die mit dem Gesundheitsstatus und dem Zugang zur gesundheitlichen Versorgung korrelieren und damit die Chancen für ein selbstbestimmtes Leben auch mit Behinderung wesentlich prägen. Allein das erfordert Erklärungsansätze, die nicht bei den individuellen Ausprägungen stehen bleiben und Behinderung im Zusammenspiel mit gesellschaftlichen Bedingungen betrachten.

Vor diesem Hintergrund ist die weitere Bedarfsermittlung sowie die Entwicklung weiter ausdifferenzierter Angebote für Menschen mit Behinderungen dringend geboten.

Literatur bei der Verfasserin, Anschrift s. Impressum

Georg Theunissen

Behinderung und Empowerment

Während im angloamerikanischen Sprachraum schon seit geraumer Zeit Konzepte des Empowerment die Arbeit mit behinderten Menschen maßgeblich bestimmen, steckt hierzulande die Implementierung von Empowerment erst in den Anfängen. Nichtsdestotrotz findet Empowerment als Wegweiser zeitgemäßer Behindertenarbeit immer mehr Zuspruch. Jedoch scheinen vielerorts Unklarheiten zu bestehen, was Empowerment bedeutet.

Wie ideologieanfällig der Begriff sein kann, zeigt sich am Beispiel der USA, wo einerseits unter der Flagge des Empowerment sowohl Bürgerrechtsbewegungen als auch Wirtschaftsverbände oder Kommunen operieren und andererseits der damit verknüpfte hohe Zuspruch des Empowerments mit einer gesellschaftlichen Entwicklung korrespondiert, die einen kontinuierlichen Sozialhilfeabbau dokumentiert und die Kluft zwischen arm und reich immer größer werden lässt.

Entwicklung des Begriffes

Mit einer Inflationierung des Empowerment-Begriffes haben wir es ebenso dort zu tun, wo psychologische Trainingsprogramme zur Selbstbehauptung und Selbstdurchsetzung (z. B. im Rahmen von Schulungen für Manager oder Führungskräfte) auf ein karriereorientiertes Konkurrenz- und Machtstreben hinauslaufen und damit einen (asozialen) Individualismus befördern. Solche Erscheinungen haben mit dem hier vertretenen Empowerment-Konzept nichts zu tun: Denn Empowerment ist – im ursprünglichen Sinne buchstabiert – ein gesellschaftskritisches Korrektiv zur Gewinnung von mehr Menschlichkeit und sozialer Gerechtigkeit.

Diese Argumentation verweist auf drei zentrale Wurzeln und Bezugspunkte: 1) auf die von Martin Luther King inspirierten Bürgerrechtsbewegungen des Schwarzen Amerikas in den USA, 2) auf die lateinamerikanische Befreiungstheologie und die ›Pädagogik der Unterdrückten‹ im Sinne von Paulo Freire und 3) auf die humanistische Psychologie nach Carl Rogers.

Diese Wurzeln des Empowerment-Konzepts führen uns zu einem ethischen Werterahmen, der mit dem Dreiklang der Selbstbestimmung, der kollaborativen und demokratischen Partizipation sowie der Verteilungsgerechtigkeit eine augenfällige Affinität zu (pädagogischen) Bestimmungsmomenten von Emanzipation aus den 1970er Jahren aufweist. Der Unterschied besteht letztlich darin, dass dem Empowerment-Konzept eine Bottom-up Praxis zugrunde liegt, während die frühere Emanzipationspädagogik zumeist mit Top-down Strategien einherging.

Empowerment repräsentiert somit die ›Stimme der Betroffenen‹ und ist darauf angelegt, Menschen mit Behinderungen sowie Eltern behinderter Kinder so zu unterstützen, dass sie sich eigener Stärken und Ressourcen bewusst werden, Lebenskraft und -souveränität entwickeln und das eigene Leben sozial verantwortlich gestalten.

Das erfordert eine Helferkultur, die sich von liebgewonnenen Gepflogenheiten einer paternalistischen Fürsorge oder Betreuung zu verabschieden hat. Gefragt sind Assistenz- oder Unterstützungsmodelle, wie sie von Menschen mit Behinderungen eingefordert werden. So wünschen sich zum Beispiel

Menschen mit Körper- oder Sinnesbehinderungen eine ›Persönliche Assistenz‹, bei der die Definitionsmacht ausschließlich in ihrer Kompetenz (Zuständigkeit) liegt.

Das Modell der Persönlichen Assistenz steht allerdings in der Gefahr, Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen auszugrenzen, die differenziertere Formen an Unterstützung benötigen. Ein solches Assistenz- oder Unterstützungsmodell kann nur dann tragfähig sein, wenn es im Kontext einer Lebensweltorientierung aufbereitet wird und wenn sich die Profis mit dem Problem der Macht bzw. den stillen Verführungen zum Mächtigsein selbstkritisch auseinandersetzen.

Die Ebenen des Empowerments

Die Dienstleistungen des Empowerment-Konzepts kommen in der Behindertenarbeit auf vier Handlungsebenen zum Tragen:

1. auf der subjektzentrierten Ebene (Schwerpunkte: z. B. persönliche Zukunfts- oder Lebensstilplanung, Unterstützungsmanagement, Netzwerkberatung, psychosoziale Einzelhilfe, stärkenorientierte Unterstützungs- und Trainingsprogramme),
2. auf der gruppenbezogenen Ebene (Schwerpunkte: z. B. Gruppenarbeit, Netzwerkförderung und soziale Netzwerkarbeit, Unterstützung von Selbsthilfe-Initiativen, Selbstvertretungsgruppen sowie Peer Counseling),
3. auf der institutionellen Ebene (Schwerpunkte: z. B. Erschließung eines institutionellen Veränderungsbedarfs, Organisationsentwicklung, Abbau von Hierarchien, Zentralinstanzen und Bürokratien zugunsten der Schaffung demokratischer Entscheidungsstrukturen und Partizipationsformen, Deinstitutionalisierung durch unterstützte häusliche Wohnangebote),
4. auf der sozialpolitischen und gesellschaftlichen Ebene (Schwerpunkte: z. B. Förderung einer Adressatenbeteiligung und politischen Mitsprache, Behindertenbeiräte u. ä. m.).

Empowerment auf kommunaler Ebene

Dieser zuletzt genannte Aspekt spielt insbesondere für gegenwärtige oder zukünftige sozialpolitische Reformen eine wichtige Rolle, die unter dem Stichwort der ›Kommunalisierung‹ der Behindertenhilfe geführt werden. Sie können nur dann tragfähig sein, wenn sie mit einer Versorgungsverpflichtung verknüpft werden, die es den Gemeinden oder Kreisen (einschließlich den zuständigen Trägern der Behindertenhilfe vor Ort) nicht gestattet, Menschen mit Behinderungen in Heime oder abseits gelegene Anstalten (Komplexeinrichtungen) außerhalb ihrer Regionen abzuschieben. Zudem müssen sich die zuständigen politischen Gremien, Entscheidungsträger und Verwaltungen Grundzügen moderner Behindertenarbeit im Sinne von Inklusion und Empowerment verschreiben und die Stimme Betroffener beachten und respektieren (z. B. durch Betroffenen-Beteiligung an politischen Entscheidungsprozessen). Es muss in eine Öffentlichkeitsarbeit und ›Bürgerzentrierung‹ investiert werden, um unter anderem die nichtbehinderte Bevölkerung für eine Akzeptanz und Wertschätzung von Menschen mit Behinderung als Mitbürger einer Gesellschaft zu sensibilisieren. Das jeweilige Bundesland darf sich nicht aus der Behindertenpolitik ›ver-

abschieden', sondern sollte als ‚ermöglichende‘ Instanz insbesondere finanziell schwache Kommunen und Kreise unterstützen, zeitgemäße Konzepte zu realisieren.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. GEORG THEUNISSEN, *Institut für Rehabilitationspädagogik der Philosophischen Fakultät III, Erziehungswissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, E-Mail: georg.theunissen@paedagogik.uni-halle.de*

Bettina Lindmeier

Älter werden mit geistiger Behinderung

Die Zahl älterer Menschen mit geistiger Behinderung wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten stark anwachsen. Gründe hierfür sind eine deutlich gestiegene Lebenserwartung und der Umstand, dass durch die Ermordung von Menschen mit Behinderung während des Nationalsozialismus jetzt erstmals eine ganze Generation das Rentenalter erreicht. Aus diesem Grund ist das Wissen über den Verlauf von Alterungsprozessen noch gering. Es gibt zwar bereits eine Vielzahl an Beispielen guter Praxis, die aber bisher noch kaum Auswirkungen auf den Aufbau regionaler Versorgungsstrukturen hatten.

Menschen mit geistiger Behinderung erleben im Alter Ähnliches wie alle Menschen: das Ausscheiden aus dem Beruf – in der Regel einer Tätigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen –, den Verlust von Angehörigen und Freunden, altersbedingte Krankheiten und nachlassende Kräfte. Im Unterschied zur Mehrheit der alten Menschen ohne Behinderung leben sie großenteils nicht in einer Partnerschaft, da Wohneinrichtungen und Eltern bis in die 1980er Jahre Partnerschaften meistens verhinderten, beispielsweise durch geschlechtergetrennte Wohngruppen und Mehrbettzimmer in Heimen oder durch ‚Besuchsverbote‘ des Partners. Noch seltener sind eigene Kinder und Enkelkinder. Auch die Entwicklung von Hobbys war für diese Generation, die großenteils noch nicht zur Schule gehen konnte und für die erst spät in ihrem Leben Möglichkeiten der Freizeitgestaltung eröffnet wurden, stark eingeschränkt. Hinsichtlich der biologischen Veränderungen im Alter verläuft der Alterungsprozess bei vielen Menschen mit geistiger Behinderung ähnlich wie bei alten Menschen ohne Behinderung; Menschen mit Down-Syndrom altern allerdings deutlich früher und entwickeln wesentlich häufiger eine demenzielle Erkrankung.

Dementsprechend standen in der Wahrnehmung dieser Personengruppe lange Zeit ihre Defizite und altersbedingten Abbauprozesse im Mittelpunkt. Dies ist jedoch unangemessen, da weitere Faktoren den Alterungsprozess beeinflussen. Menschen mit geistiger Behinderung stehen daher ebenso wie alle anderen alternden Menschen vor der Aufgabe, die biologischen und sozialen Veränderungen im Alter zu bewältigen. Sie müssen diese Aufgabe allerdings unter erschwerten Bedingungen leisten. Menschen mit geistiger Behinderung

muss daher die Kompetenz zur Bewältigung dieser Veränderungen grundsätzlich zugetraut werden. Sie benötigen in höherem Maße als andere Bevölkerungsgruppen Unterstützung bei der Entwicklung neuer Aktivitäten, bei der Entwicklung von Strategien zum Umgang mit altersbedingten Einschränkungen, Krankheiten und Verlusterlebnissen. Durch die Gestaltung der Umwelt lässt sich Kompetenzerwerb und -erhalt unterstützen; das bedeutet allerdings nicht, Menschen bis ins hohe Alter zu fördern, sondern sie in ihren eigenen Anstrengungen zur Bearbeitung altersbedingter Veränderungen zu unterstützen. Obwohl das Aufrechterhalten sozialer Rollen und gewohnter Aktivitäten grundsätzlich zu einem hohen Wohlbefinden beiträgt, muss auch ein sinnvoller Umgang mit einem möglicherweise erhöhten Rückzugs- und Ruhebedürfnis gefunden werden.

Unterstützungsangebote

Bei der Beschreibung des Unterstützungsbedarfs muss zwischen der Unterstützung im Bereich des Wohnens sowie der privaten Lebensführung und Angeboten zur Tagesgestaltung unterschieden werden.

Ein Großteil alter Menschen mit geistiger Behinderung lebt noch im Elternhaus oder bei Geschwistern. Viele Familien wünschen zu Lebzeiten der Eltern keine Veränderungen, sind aber sehr besorgt hinsichtlich der Zukunft ihrer Angehörigen mit Behinderung. Die Eröffnung von Zukunftsperspektiven muss für sie in einer Form erfolgen, die für alle Beteiligten annehmbar ist.

Ambulant betreute Menschen und Menschen in Wohnheimen benötigen Leistungen, die die bisherigen Leistungen ergänzen. Hier ist insbesondere an pflegerische Maßnahmen und die Schaffung oder Vermittlung weiterer Angebote zu denken, die an die Stelle der bisherigen Tätigkeit, z. B. in der Werkstatt für behinderte Menschen, treten. Aus den oben dargestellten Gründen ist eine solche Tagesgestaltung aus fachlicher Sicht unbedingt notwendig.

Angebote der Tagesgestaltung können innerhalb von Wohngruppen oder als separate Angebote, beispielsweise Tagesstätten für Seniorinnen und Senioren, konzipiert werden. Die Angebotsgestaltung muss individuell und flexibel auf die Bedürfnisse und Wünsche jedes Einzelnen eingehen, und zwar hinsichtlich des Umfangs als auch der Inhalte des Angebots. Für die Planung sollten die folgenden grundlegenden Funktionen von Angeboten für Senioren und Seniorinnen berücksichtigt werden:

- Erhaltung der größtmöglichen Selbständigkeit und Selbstbestimmung,
- Wahrnehmung eigener Interessen,
- Kontakt,
- Erhaltung der Privatsphäre,
- Berücksichtigung des Ruhe- und Rückzugsbedürfnisses,
- sinnvolle Tätigkeit,
- Teilhabe am kulturellen Leben.

Forderungen an das Hilfesystem

Die Anforderungen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Unterstützung dieser Zielgruppe sind vielfältig. Sie um-

fassen Pflege, diagnostische Kompetenzen sowie Kompetenz in der Beratung, Planung und Umsetzung individueller Lebensperspektiven. Eine wesentliche Voraussetzung für eine Verknüpfung von Pflegeleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe ist die Zusammenarbeit in einem multi-professionellen Team, in dem auch Fachkräfte der Alten- und Krankenpflege vertreten sind.

Wesentliche Forderungen zur Entwicklung angemessener Unterstützungsstrukturen richten sich auf die Anerkennung des Bedarfs an tagesstrukturierenden Angeboten als Leistung der Eingliederungshilfe durch die kommunalen Sozialleistungsträger. Des Weiteren muss es eine tragfähige Lösung im Konflikt zwischen Pflegekassen und Sozialleistungsträgern um die Zuständigkeit für Pflegeleistungen bei Menschen in Wohnstätten geben. Der Aufbau regionaler Versorgungsstrukturen muss auf der Grundlage bereits vorhandener Angebote geschehen und Angebote der Behindertenhilfe und der Altenhilfe vernetzen.

PROF. DR. BETTINA LINDMEIER, *Institut für Sonderpädagogik der Leibniz Universität Hannover, Schloßwender Str. 1, 30159 Hannover, E-Mail: bettina.lindmeier@ifs.phil.uni-hannover.de, Internet: www.bettina.lindmeier.phil.uni-hannover.de*

Reinhilde Stöppler, Kathrin Gattermann

›When I'm 64...‹ – Bildungskonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung

Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung hat sich in den letzten Jahrzehnten, auch durch die verbesserten Leistungen des Gesundheitswesens, erheblich verlängert. Bis Anfang der 1980er Jahre war das Altern dieses Personenkreises kaum ein Thema in der Behindertenhilfe. Bedingt durch die Euthanasie in der NS-Zeit und eine geringere Lebenserwartung (im Vergleich zur durchschnittlichen Lebenserwartung in der BRD) war die Gruppe der ›alten‹ Menschen mit geistiger Behinderung relativ klein und zudem durch mehrheitliche Unterbringung in Großeinrichtungen kaum sichtbar.

Es ist davon auszugehen, dass die mit dem Alter einhergehenden Veränderungen im Leben eines Menschen mit geistiger Behinderung ähnlich verlaufen wie bei Menschen ohne Behinderung. Ältere Menschen müssen sich mit altersbedingten Einschränkungen und Veränderungen auseinandersetzen; ihre körperliche Leistungsfähigkeit nimmt ab, sie müssen den Verlust des Arbeitsplatzes und damit grundlegende Veränderungen des Tagesablaufes und der sozialen Kontakte bewältigen und werden zunehmend mit den Themen Tod und Sterben konfrontiert. Während für ältere Menschen ohne Behinderung zahlreiche Angebote zum Umgang mit diesen Herausforderungen existieren, stehen Menschen mit geistiger Behinderung diesen Fragen bislang meist allein gegenüber.

Eine zentrale geragogische Herausforderung ergibt sich u. a. in dem Bereich der Erwachsenenbildung, denn das Recht auf lebenslange Bildung gilt auch für Menschen mit geistiger Behinderung. Derzeit werden in den (Bildungs-) Einrichtungen alte Menschen mit geistiger Behinderung unzureichend berücksichtigt. Es existiert nur eine geringe Anzahl entsprechender Bildungsangebote, die zielgruppenorientiert und integrativ gestaltet sein sollten. Im Folgenden sollen einige bestehende good-practice-Maßnahmen zur Bildung älterer Menschen mit geistiger Behinderung beschrieben werden.

Bildungsprogramme für ältere Menschen mit geistiger Behinderung

In den USA werden für alte Menschen mit geistiger Behinderung spezielle Unterstützungsmaßnahmen und Programme angeboten, die unter dem Leitgedanken der ›assisted autonomy‹ eine möglichst gemeindenahе, selbständige und selbstbestimmte Lebensgestaltung im Alter unterstützen sollen. Menschen mit geistiger Behinderung werden durch gezielte Trainings- und Bildungsprogramme über spezifische Probleme des Alterungsprozesses und präventives Verhalten aufgeklärt. Sie erhalten Informationen und Hilfe bei der Suche nach Angeboten verschiedener Systeme der Behinderten- und Altenhilfe und werden über rechtliche Aspekte aufgeklärt. Zudem werden sie bestärkt, als ›Experten und Expertinnen in eigener Sache‹ selbstbestimmt ihre Interessen zu artikulieren und zu vertreten. Hierzu wird unter anderem die Methode der ›persönlichen Zukunftsplanung‹ genutzt.

Der Lehrgang ›Selbstbestimmt Älterwerden‹

Der Lehrgang ›Selbstbestimmt Älterwerden‹ von Haveman et al. (2000) besteht als überarbeitete Fassung des in den USA entstandenen Trainingsprogramms ›Person-centered planning for older adults with mental retardation‹. Grundprinzipien dieses Lehrgangs richten sich nach den Leitideen der Personenzentrierung und des Empowerments. Der personenzentrierte Ansatz rückt Wünsche und Ressourcen einer Person in den Mittelpunkt und stellt eine Abkehr von der defizitorientierten Sicht dar. Der Begriff ›Empowerment‹ bedeutet im übertragenen Sinne ›Selbst-Ermächtigung‹ und steht für die Gewinnung von Selbstbestimmungsfähigkeiten und das Verfügen über einen selbstgewählten Lebensverlauf.

Der Kurs ermöglicht den Teilnehmenden, Alterungsvorgänge kennen zu lernen, zwischen alterstypischen Veränderungen und Krankheiten zu unterscheiden und dem Prozess des Älterwerdens ›aufgeklärt‹ und positiv zu begegnen. In sechzehn verschiedenen Lektionen werden den Teilnehmenden des Lehrgangs die Themenkomplexe ›Wählen und Entscheiden‹, ›Rechte und Pflichten‹, ›Gesundheit und Wohlbefinden‹, ›Freizeitaktivitäten‹, ›Arbeit und Ruhestand‹, ›Freundschaft und soziale Netzwerke‹, ›Wohnen‹ sowie ›das Erstellen individueller Handlungspläne‹ näher gebracht.

Ageing, Mental Retardation and Physical Fitness

Rimmer (1997) konzipierte in den USA Leitlinien zur Verbesserung der Fitness und Gesundheit für ältere Menschen mit geistiger Behinderung. Wie bei Menschen ohne Behinderung

stellt auch bei Menschen mit geistiger Behinderung ein Mangel an regelmäßiger Bewegung eine Hauptursache für kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen dar. Rimmer unterteilt seine Handlungsrichtlinien zur Verbesserung des Bewegungsverhaltens und der Gesundheit in fünf Schritte:

1. ärztliche Überprüfung der Fitnesstauglichkeit;
2. Ausbau von Bewegung während des Tages z. B. durch Treppen- statt Liftbenutzung, Wechsel des Fernsehkanals am Fernsehgerät und nicht mit der Fernbedienung etc.;
3. Wahl eines geeigneten, regelmäßig stattfindenden Trainingsprogrammes;
4. minimales Trainingsprogramm von drei Einheiten pro Woche;
5. abwechslungsreiche und freudvolle Gestaltung des Programmes. Zudem werden Empfehlungen für geeignete Trainingsorte für Menschen mit geistiger Behinderung gegeben.

Freizeit- und Bildungskonsulenten

In den Niederlanden wurde vor einigen Jahren unter den Paradigmen der Integration und Normalisierung das Amt des Freizeit- und Bildungskonsulenten eingeführt. Aufgaben sind die individuelle Beratung von (alten) Menschen mit geistiger Behinderung, aber auch die der Organisation und Weiterentwicklung bzw. Vernetzung von Angeboten im Bereich Freizeit und Bildung. Durch die Etablierung dieses Amtes wird versucht, Bildungs- und Freizeitmaßnahmen für Menschen mit Behinderung zu etablieren, die außerhalb von Einrichtungen der Behindertenhilfe leben.

Fazit

Ein Ausbau bzw. ein systematisches Angebot an Bildungsmöglichkeiten für ältere und alte Menschen mit geistiger Behinderung ist notwendig, um diesen Menschen mehr Selbstbestimmung und Selbstständigkeit zu ermöglichen. Ausgangspunkt sollte dabei sein, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung aller Alters- und Entwicklungsstufen Handlungsfähigkeiten erschlossen werden können, die autonomes Handeln, Selbstbestimmung und Teilhabe fördern.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. REINHILDE STÖPPLER, KATHRIN GATTERMANN, *Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Heil- und Sonderpädagogik, Karl-Glöckner-Str. 21 B, 35394 Gießen, Tel.: (06 41) 9 92 42 00, E-Mail: reinhilde.stoeppler@erziehung.uni-giessen.de, Kathrin.Gattermann@erziehung.uni-giessen.de*

Pflege und Behindertenhilfe – Interdisziplinarität fördern

In der Behindertenhilfe gewinnt das Thema Pflege zunehmend an Bedeutung. Diese Tatsache ist im Wesentlichen durch drei Entwicklungen bedingt:

1. Die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung nähert sich heute derjenigen der gesamten Bevölkerung an. Auch wenn mit durchschnittlich gut 60 Jahren die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung noch deutlich unter der der Gesamtbevölkerung liegt, konnte in den letzten Jahren ein Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung bedingt durch eine bessere medizinische Versorgung und bessere Betreuung festgestellt werden. Es kann zwar nicht davon ausgegangen werden, dass bei Menschen mit Behinderung das Alter mit Pflegebedarf gleichzusetzen ist, es besteht aber generell ein überproportional höheres Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden.
2. Der überproportionale Zuwachs der älteren Menschen mit Behinderung ist auch durch die Massenvernichtung von Menschen mit Behinderung im 3. Reich bedingt. Erst nach dem 2. Weltkrieg konnten wieder Bedingungen geschaffen werden, die das Älterwerden von Menschen mit Behinderung ermöglichten. So ist die geringe Anzahl an hochbetagten Menschen mit Behinderung auf den historischen Tatbestand des Genozids zurückzuführen.
3. Die Singularisierung in der Gesellschaft bedeutet für die Lebensbedingungen der Menschen mit Behinderung, dass die Familie als Unterstützungssystem nicht mehr und nicht bis ans Lebensende zur Verfügung steht. Es werden Hilfesysteme benötigt, die sich nur noch in geringem Umfang auf die Familienarbeit stützen können.

Pflege und Behindertenhilfe – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Pflegerische Unterstützung zielt primär auf die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung von Gesundheit sowie auf eine würdevolle Begleitung Sterbender. Sie trägt dazu bei, dass der Mensch entsprechend dieser Zielsetzung unterstützt, angeleitet und begleitet wird. Hilfeleistungen in der Behindertenhilfe sollen dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes sowie sozial und gesellschaftlich integriertes Leben führen können. Es werden daher solche Unterstützungen angeboten, die eine selbstständige Lebensführung ermöglichen. Beide Bereiche verstehen sich als personenbezogene Dienstleistung, die Gräben sind dennoch groß. Dies hat aus meiner Sicht mit Vorurteilen und Missverständnissen untereinander zu tun.

Zwei Beispiele:

- Pflege wird in der Behindertenhilfe häufig als körpernahe Tätigkeit aufgefasst, die sich in die Bereiche Grund- und Behandlungspflege gliedern lässt. Der Bereich der Grundpflege kann auch von nicht-pflegerisch ausgebildeten Mitarbeitenden ausgeübt werden.
- Behindertenhilfe wird in der Pflege häufig als Tätigkeit aufgefasst, in der es primär um die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung geht. Man geht davon aus, dass man in der Pflege (insbesondere in der Altenpflege) diesen Bereich quasi »nebenbei« erledigt.

Gesundheitsförderungspotenziale bei Menschen mit Behinderungen: unerkant und ungenutzt?

Beide Bereiche verkennen bei diesen Einschätzungen die professionellen Überzeugungen des jeweils anderen Arbeitsfeldes, die – sieht man sie sich ein wenig genauer an – dann gar nicht mehr so weit auseinander liegen bzw. in ihrer Ergänzung eine gelungene Antwort auf die gesellschaftlichen Herausforderungen darstellen.

Bei einem Projekt in der Behindertenhilfe, das unter dem Ziel der pflegerischen Qualitätsentwicklung durchgeführt wurde, konnte genau dieser Effekt festgestellt werden. Die wesentlichen Erkenntnisse aus dem Projekt bestanden darin,

- dass umfassende pflegebezogene Problemeinschätzungen zu den Bewohnerinnen und Bewohnern in der Behindertenhilfe durch das dort tätige pädagogische Personal nur unzureichend vorgenommen werden können,
- dass Pflegeberatungen bei Betroffenen und Professionellen zu einem veränderten Umgang mit pflegebezogenen Problemstellungen führten. Damit wurde dem in der Behindertenhilfe vertretenen Anspruch nachgekommen, Selbstbestimmungsrechte und Eigenverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner, auch im Bereich der gesundheitlichen Sorge für sich selbst, zu wahren. Darüber hinaus konnte eine Systematik in der Bearbeitung von Pflegeproblemen und eine Kontinuität in der Erbringung von Unterstützungsleistungen erreicht werden,
- dass eine pflegfachliche Unterstützung von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Behindertenhilfe als bereichernd angenommen werden kann, wenn positive Effekte für die Bewohnerinnen und Bewohner direkt nachvollziehbar sind.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern

Die Personalpolitik von Einrichtungen muss erkennen, dass nicht berufsständische Gesichtspunkte, sondern der Unterstützungsbedarf der hilfebedürftigen Menschen als Ausgangspunkt für die Wahl von Qualifikationsprofilen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausschlaggebend zu sein hat.

In vielen personennahen Dienstleistungsbereichen wird z. Zt. die Frage diskutiert, was Beschäftigte an zusätzlichen Kompetenzen benötigen, um veränderten Anforderungen entsprechen zu können. Im Sinne der Vielfalt eines Angebots von personenbezogenen Dienstleistungen ist die (auch volkswirtschaftlich betrachtet) sinnvolle Frage, welche der auf dem Arbeitsmarkt verfügbaren Kompetenzen in die bereits vorhandene Mitarbeiterstruktur integriert werden könnten, um die für das jeweilige Klientel notwendigen Dienstleistungen erbringen zu können. Die Komplexität von Problemlagen insbesondere pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung fordert für eine angemessene Unterstützung Interdisziplinarität.

PROF. PETRA WEBER, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management, Saarlandstr. 30, 22303 Hamburg, Tel.: (0 40) 4 28 75 71 21, Fax: (0 40) 4 28 75 71 39, E-Mail: petra.weber@haw-hamburg.de

Die Mehrzahl der Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention richtet sich an leicht erreichbare Zielgruppen mit vergleichsweise niedrigen Präventionspotenzialen, also überwiegend an gesunde Frauen mit höherem Bildungsniveau und höherer materieller Absicherung als andere Bevölkerungsgruppen. Menschen mit Behinderungen tauchen als Zielgruppe der über das SGB V organisierten Primärprävention dagegen bislang kaum auf. Nicht einmal ihre gesundheitliche Situation und die damit verbundenen präventiven Potenziale werden trotz intensiver Präventions- und Public-Health-Forschung in Deutschland untersucht. Außer im Bereich der einrichtungsbezogenen Gruppenprophylaxe wurden keine nennenswerten primärpräventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen für diese Zielgruppen entwickelt. Dabei ist davon auszugehen, dass auch bei Menschen mit Behinderungen erhebliche gesundheitliche Präventionsbedarfe und -potenziale bestehen.

Das von der Europäischen Kommission für 2007 proklamierte ›Europäische Jahr der Chancengleichheit für alle‹ ist spurlos am Bereich der Gesundheitsversorgung und -förderung vorüber gegangen und ist dort kaum wahrgenommen worden. Dabei ist dessen Kernforderung nach Chancengleichheit und Nichtdiskriminierung gerade für den Gesundheitssektor aktueller denn je. Die Budgetierung von Leistungen, die Einführung von Fallpauschalen in der stationären Versorgung sowie immer neue Malusystemvorschläge für ›selbstverschuldete‹ Gesundheitsschäden können zur Diskriminierung und Schlechterbehandlung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen führen.

Gesundheitsmonitor untersucht erstmals Daten von Menschen mit Behinderungen

Innerhalb der Auswertungen der von der Bertelsmannstiftung durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsbefragungen im Rahmen des Gesundheitsmonitors wurden 2007 erstmals von Altgeld, Rosenbrock und Amhof auch die vorhandenen Gesundheitseinstellungen und gesundheitlichen Verhaltensweisen von Menschen mit Behinderungen näher untersucht und im ›Gesundheitsmonitor 2007‹ veröffentlicht. Aus diesem umfangreichen Zahlenmaterial sollen nachfolgend einige besonders signifikante Ergebnisse genauer dargestellt werden und damit einen Beitrag dazu leisten, dass das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten von Menschen mit Behinderungen weiter beforscht wird und präventive Programme auf die Bedürfnisse dieser unberücksichtigten Zielgruppen abgestimmt werden bzw. mit ihnen gemeinsam entwickelt werden.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lebten Ende 2003 in Deutschland 6.639.000 Menschen mit Behinderungen. Das sind etwa acht Prozent der Bevölkerung. Innerhalb des Gesundheitsmonitors gaben durchschnittlich 12 Prozent der Befragten an, eine anerkannte Behinderung zu haben. Der Anteil der Menschen mit Behinderungen in den Befragungswellen liegt damit über denjenigen der amtlichen Statistik. In der amtlichen Statistik werden jedoch seit 1985 Menschen mit einem Behinderungsgrad unter 50 Prozent nicht mehr erfasst, deshalb liegen über Personen mit leichter

oder mittlerer Behinderung kaum zuverlässige Daten vor. Bei den Daten des Gesundheitsmonitors liegt eine Verzerrung nach unten vor, weil die Art der Befragung Menschen mit geistigen Behinderungen nicht einschließt. Eine Ausdifferenzierung der Daten nach verschiedenen Arten der Behinderung war leider nicht möglich.

Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes

Bei der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes gibt es deutliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne anerkannte Behinderung. Acht Prozent der Menschen mit Behinderung schätzen ihren Gesundheitszustand als »ausgezeichnet« oder »sehr gut« ein, bei den Menschen ohne Behinderungen sind es 38 Prozent. Allerdings sind hier positive Trends im Zeitverlauf zu verzeichnen: So lag die Anzahl derjenigen Menschen mit Behinderungen, die ihren Gesundheitszustand als »gut« oder besser angeben, im Frühjahr 2002 noch bei 39 Prozent verglichen mit 49 Prozent im Herbst 2006. Die Anzahl derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als »weniger gut« oder »schlecht« bezeichneten, sank im gleichen Zeitraum von 61 auf 51 Prozent.

Bei der Frage, wie stark auf die eigene Gesundheit geachtet wird, liegen die Angaben der Menschen mit Behinderungen deutlich über denjenigen der Menschen ohne Behinderungen. »Sehr stark« oder »stark« achteten Ende 2006 insgesamt 64 Prozent der Menschen mit Behinderungen auf ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu 49 Prozent der restlichen Bevölkerung. Dieser große Unterschied in der Beachtung des Gesundheitszustandes lässt sich über alle Erhebungswellen hinweg feststellen.

Gesundheitsverhalten von Menschen mit Behinderungen

Das gesundheitsbezogene Verhalten von Menschen mit und ohne angegebene Behinderungen unterscheidet sich ebenfalls deutlich. So nimmt etwa die Hälfte der Menschen mit Behinderungen angebotene Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig in Anspruch. Damit liegen die Inanspruchnahmeraten hier doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe. Im Geschlechtervergleich liegen bei den Inanspruchnahmequoten Frauen mit Behinderungen hier deutlich vor den Männern mit Behinderungen.

Auch für andere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, insbesondere beim Nichtrauchen, Alkoholkonsum und Verzehr von frischem Obst, liegen die Menschen mit Behinderungen deutlich vor den Menschen ohne Behinderungen. Außerdem versuchen Menschen mit Behinderung häufiger, gesundheitsrelevante Informationen zu bekommen. Trotz dieses vergleichsweise gesundheitsbewussten Verhaltens schätzen Menschen mit Behinderungen ihre Anfälligkeit für Krankheiten signifikant höher ein. Die Angabe »sehr stark anfällig« lag bei ihnen Ende 2006 vier Mal höher als bei Menschen ohne angegebene Behinderung. Diese selbst wahrgenommene erhöhte Vulnerabilität bei gleichzeitigem aktiven Informationssucheverhalten könnte ebenfalls ein Ansatzpunkt für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für diese Zielgruppen sein. Wenn Gesundheitsförderung dem Gesetzauftrag von § 20 SGB V gemäß einen Beitrag zur Erhö-

hung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten will, darf sie diese Zielgruppen nicht weiter ausblenden, sondern muss der Diversität von Zielgruppen endlich gerecht werden. Andernfalls leistet die kassengetragene Prävention weiterhin einen Beitrag zur Vergrößerung ungleicher Gesundheitschancen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen.

Literatur beim Autor, Adresse des Autors: siehe Impressum

Thomas Klie

Gesundheit und Recht – Neues Recht gefragt?

Die rehabilitationsrechtliche Gesetzeslage in Deutschland ist international vorbildlich: Durch das SGB IX werden die Sozialleistungsträger verpflichtet, ihre Leistungen aufeinander abgestimmt zu erbringen. Die gemeinsamen Servicestellen sollen Beratungskompetenzen bündeln und durch die Verfahrensbeschleunigungs-Vorschriften eine zeitnahe Leistungsgewährung sicherstellen. Mittelbar wird die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF) zur Grundlage für alle Leistungsbereiche eines gemeinsam definierten Behinderungsbegriffes gemacht und damit die Teilhabesicherung in den Mittelpunkt gerückt. Leider hat das SGB IX nicht Eingang gefunden in die Leistungsroutinen der Leistungsträger, und nur an wenigen Orten funktionieren die Servicestellen in einer Weise, die der Gesetzgeber vorgegeben hatte. Dennoch, das SGB IX ist in vieler Hinsicht ein gutes Gesetz. Die eklatanten Vollzugsdefizite dürfen nicht zur Korrektur des SGB IX führen, sondern zu einer grundlegenden Umstellung der Praxis der Leistungsträger: Die weiterhin segmentierten und fragmentierten Leistungen gefährden Rehabilitationsziele und -potenziale für Menschen mit Behinderung.

Case Management gefragt?

Die Schwierigkeit der problemsegmentierten Leistungserbringung stellt sich Menschen mit Behinderungen auch im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier wird weiterhin, insbesondere durch die unterschiedlichen Finanzierungslogiken und ökonomischen Kalküle der Leistungserbringer, strikt zwischen stationären und ambulanten Versorgungssettings getrennt. Globalbudgets der niedergelassenen Ärzte führen zu faktischer Leistungsverweigerung und Rationierung von Gesundheitsleistungen für Menschen mit Behinderungen: Dies gilt in der Psychiatrie ebenso wie bei Demenzkranken.

Konzepte der integrierten Versorgung, die eine »public health orientierte gesundheitsökonomische Steuerung« vorsehen, greifen noch nicht wie erhofft. Mit Recht hat das Bundessozialgericht jüngst die unterkomplexen Ansätze in der integrierten Versorgung gegeißelt. Gefragt sind zunehmend Case Management-Ansätze sowohl auf der Fall- als auch auf der Systemebene: strukturierte, mit Spielregeln ausgestattete Kooperationen der unterschiedlichen Akteure in der Versorgung und den Versicherten, insbesondere nun auch für Men-

schen mit Behinderungen. Das mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte Verpflichtungs- und Versorgungsmanagement in § 11 SGB V ist Ausdruck der Einsicht, dass die Fragmentierung und Segmentierung eines Gegenmittels bedarf. Das hat der Gesetzgeber nun auch bei der Reform der Pflegeversicherung erkannt. Mit den Pflegestützpunkten und der Pflegeberatung sollen nach Möglichkeit bundesweit (abhängig von der Zustimmung der Länder) Case Management-Strukturen aufgebaut werden. Dabei bedarf es eines gemeinsamen und verbindlich niedergelegten Verständnisses von Case Management. Für Menschen mit Behinderung, insbesondere mit körperlichen Behinderungen, wird Case Management schnell als ein Angriff auf die eigene Autonomie gesehen, zumindest dann, wenn es verbindlich mit der Leistungsgewährung verbunden wird. In der Tat besteht die Gefahr, dass ein Case Management, das nicht vorrangig advokatorisch ausgerichtet ist, sondern Gatekeeping-Funktionen in den Vordergrund stellt, eher fiskalischen Steuerungsinteressen folgt, als primär das Subjekt zu unterstützen. Geschieht ersteres aber, kann ein Case Management in Verbindung mit Assessment-Instrumenten für Menschen mit Behinderung ausgesprochen hilfreich sein. Wir sprechen in Freiburg vom so genannten reflexiven Case Management: Ein Case Management, das die Ressourcen und Potenziale von Menschen mit Behinderungen ebenso reflektiert wie die Ressourcen der gegebenenfalls selbsthilfebasierten Infrastruktur in der Behindertenhilfe. Experte seiner Behinderung ist der Mensch mit Behinderung selbst. Case Management darf mitnichten zu einer Renaissance paternalistischer Handlungsweisen in modernem Gewand führen. Umso wichtiger ist es, dass sich beim Aufbau von Case Management-Strukturen die Verbände der Behinderten aktiv beteiligen. Die Niederlande können hier als gutes Beispiel dienen.

Persönliche Budgets – gehört ihnen die Zukunft?

Seit dem 01. Januar 2008 haben Menschen mit Behinderungen einen Rechtsanspruch auf die Leistungsform Persönliches Budget. Vier Jahre wurde das trägerübergreifende persönliche Budget gemäß § 17 SGB IX erprobt. Auf der Einzelfallebene zeigt sich das Potenzial des Budgetansatzes: Die Versorgungsqualität steigt ebenso wie die subjektive Zufriedenheit und das Autonomieerleben. Es hapert allerdings an der Implementierung. Die Leistungsträger sind überhaupt nicht gewohnt und zum Teil auch nicht willens, ihre traditio-

nellen Leistungsgewährungsformen zu verändern. Ihnen fehlen die »Formulare« für die Budgetgewährung, sie mögen aber bisweilen auch ihre bisherige Rolle in Frage gestellt sehen, wenn etwa Menschen mit Behinderung sich Hilfsmittel selber einkaufen wollen, vielleicht auch im Ausland. Es bedarf entsprechender Unterstützungs- und Kompetenzstrukturen, auch und gerade in den Organisationen und Verbänden der Behindertenhilfe, und entsprechender Qualifikation bei den Leistungsträgern. Ausländische Erfahrungen zeigen: Budgets sind nicht für alle Personen eine Option: In den Niederlande hat sich der Anteil der Budgetnehmenden im Bereich der AWBZ (Allgemeines Gesetz spezielle Kosten durch Krankheit)-Leistungen auf etwa 10% eingependelt.

Neben den trägerübergreifenden Budgets wurde in den Jahren 2004 bis 2008 das so genannte »Pflegebudget« (www.pflegebudget.de) erprobt. Die regelhafte Einführung des Pflegebudgets ist eng verknüpft mit einem neuen Begutachtungsverfahren, einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und Case Management-Strukturen in der Pflege. Beide Budgetansätze, das persönliche Budget und das Pflegebudget, wurden in Rheinland-Pfalz im so genannten »Integrierten Budget« zusammengeführt. 15 Personen haben diese Chance genutzt und die Erfahrungen machen deutlich: Das auch vom Bundesrat einstimmig geforderte »Integrierte Budget« (www.integriertes-budget.de) unterstützt Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf in einer selbständigen Lebensführung, befreit sie aus dem »Modulgefängnis«, entlastet die Sozialhilfe und zeigt paradigmatisch auf, dass das Leistungsrecht der Pflegeversicherung dringend der Flexibilisierung bedarf.

Ausblick

Will man Menschen mit Behinderungen in ihrer spezifischen gesundheitlichen Situation gerecht werden, verlangt dies nach einem sehr spezifischen Blick, gut aufeinander abgestimmten Leistungen, die in hohem Maße subjektbezogen zu erbringen und die Ziele einer möglichst autonomen Lebensführung und Teilhabesicherung in den Vordergrund zu stellen sind. Verfahrensrechtlich hat das SGB IX die Voraussetzung hierfür geschaffen. Mit der Leistungsform Budget kann vielen Menschen mit Behinderung eine wesentlich autonomere und selbstbestimmtere Lebensführung ermöglicht werden. Überdies irritiert die Leistungsform Budget in produktiver Weise die Landschaft der Anbieter, aber auch die Leistungsträger. In der Eingliederungshilfe hat der Deutsche Verein in seiner Empfehlung zur Weiterentwicklung des Leistungsrechts deutlich gemacht, wohin die Reise gehen soll: Man möchte sich vom Einrichtungs- und Dienstbegriff verabschieden und jeweils alleine den Menschen mit Behinderung als Leistungsberechtigten in den Mittelpunkt stellen. Das Recht ist also in Bewegung; nur müssen sich auch die Rechtsanwender bewegen.

PROF. DR. THOMAS KLIE, *Evangelische Fachhochschule Freiburg, Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege, Bugginger Str. 38, 79114 Freiburg, Tel.: (07 61) 4 78 12-6 96, Internet: www.efh-freiburg.de*

›Meine Mutter will nicht, dass ich ein Kind bekomme‹

Sexualität und Elternschaft bei Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung

Ich beschäftige mich langjährig mit der Thematik Sexualität und Behinderung und sehe, dass unsere Gesellschaft erkannt hat, dass Menschen mit Behinderungen wirklich ein Recht auf selbstbestimmte Sexualität haben. Dies fordern sie teilweise sehr selbstbewusst ein.

Menschen mit Behinderung werden auch als Kundschaft entdeckt: Es gibt Sexworkshops für Betroffene, Singlepartys, Partnervermittlung, Sexualbegleitung, Prostituierte für behinderte Männer, Hilfsmittel, Sexualberatung, spezialisierte Juristinnen, Foren im Internet und vieles mehr. Mein Blick gilt auch den Menschen, die ihr Selbstbestimmungsrecht hinsichtlich ihres Körpers, ihrer Sexualität und Partnerschaft nicht so einfordern können, wie das Frauen und Männern mit körperlichem Handicap möglich ist.

Menschen mit Lernschwierigkeiten (geistiger Behinderung) können häufig ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht alleine einfordern, manche können sie nicht einmal für sich erkennen. Ihre Möglichkeiten sind teilweise oder gänzlich abhängig von dem Bedingungsrahmen, in dem sie leben, und den Personen, die für sie sorgen.

Wie viel Privatheit ist wirklich möglich in einem Heim, einer WG, im Elternhaus? Wo wird unabhängig von der eigenen Meinung unterstützt und geholfen? Wo wird lieber weggeschaut oder eingeengt?

Wie steht es um den Kinderwunsch?

Unsere Gesellschaft ist gespalten, wenn es um das Recht auf ein Kind bei Männern und Frauen mit Behinderung geht, insbesondere wenn sie geistig behindert sind. Typisch ist: einer Frau mit Mitte 30, kinderlos, wird häufig nahe gelegt, dass es doch jetzt Zeit wird, ein Kind zu bekommen. Einer geistig behinderten Frau mit 35 wird dagegen häufig gesagt, jetzt noch nicht, später (oder noch besser, gar nicht).

Das Thema wird gerne umschifft, es fällt schwer, darüber zu sprechen. Es gibt bisher auch keine gute Lösung, Kinderwunsch und Behinderung bleibt eine Gratwanderung. In meinem Beratungsalltag muss ich auch erkennen, dass ich immer wieder an die Grenzen der Realität stoße. Oft erlebe ich die Ratsuchenden voll mit unstillbaren Bedürfnissen, die zumindest teilweise unerfüllbar bleiben. Eine Sexualbegleiterin (die es sowieso nicht überall gibt) macht die Erfahrung mit Sex erlebbar, gibt aber keine persönliche Liebe. Viele Kontaktanzeigen enden erfolglos, weil der Leser erfährt, dass der Mensch behindert ist.

Die Tabuisierung des Themas Kinderwunsch gegenüber den Betroffenen macht es für sie äußerst schwer, sich überhaupt mit einer potenziellen Elternschaft auseinander zu setzen. Was nicht sein darf, wird nicht besprochen. Sie erhalten demzufolge keine Möglichkeit, das Für und Wider eigener Kinder abzuwägen und einen eigenen Standpunkt zu entwickeln. Es fehlt an Bildern, wie ein Leben für sie mit einem Kind aussehen kann. ›Ich will ein Kind‹ steht oft für viele nicht gelebte Wünsche, für häufig sehr kindliche Gedanken und für romantische Vorstellungen. ›Ich will ein Kind‹ steht für die Hoffnung, in die Gesellschaft integriert zu sein, einfach normal zu sein.

Beispiel aus meiner Beratung

Frau S., geistig behindert, langjährige Partnerschaft, lebt Geschlechtsverkehr und verhütet sehr sicher. Schon sehr früh haben ihr alle Personen ihres Umfeldes vermittelt: Du kannst kein Kind haben. Sie hat dies in ihr eigenes seelisches Bild als Introjekt aufgenommen. Spricht darüber als wäre es eine von ihr getroffene Entscheidung. In der Beratung wird aber offensichtlich, dass sie sich auch danach sehnt, ein Kind zu haben. ›Alle haben Kinder, warum eigentlich ich nicht?‹ Trotz sicherer Verhütung wird sie schwanger. Sie ist verwirrt, überfordert und delegiert die Entscheidung an ihre Betreuungspersonen. Die Schwangerschaft endet mit einer Fehlgeburt. Ihr Körper hat ihr die Entscheidung abgenommen. Die Beratung steht im Focus dieser Ausnahmesituation. Für das Paar ist es im realen Leben dann gut, dass es so gekommen ist. Aber es gibt auch Trauer über den Verlust. Positive Aspekte aus dieser Erfahrung werden ebenfalls sichtbar. Die Augen bei ihr und ihrem Partner leuchten: Wir waren schwanger! Wir hätten ein Kind bekommen können! Beide werden in ihrer Weiblichkeit und Männlichkeit bestätigt. Eine sehr berührende Erfahrung für mich.

Ich frage immer in der sexualpädagogischen Gruppenarbeit: ›Wer von Ihnen möchte Vater oder Mutter werden?‹ Mehr als die Hälfte der Frauen und Männer bejaht das und häufig wird angefügt: ›Aber ich muss noch warten‹. Im pädagogischen Alltag erscheint mir das wie ein Verschiebebahnhof. Worauf sollen sie warten? Besteht die Hoffnung, dass es nur eine fixe Idee ist, der man keine Beachtung schenken muss? Das Thema Kinderwunsch und Elternschaft sollte dringlich Gegenstand der sexualpädagogischen Arbeit sein und auch in Fortbildungen und in der Elternarbeit ein wesentlicher Bestandteil sein. Viele Klienten und Klientinnen aus meiner Beratung kommen schlussendlich zum Ergebnis, dass ein Leben mit Kind nicht realisierbar ist. Beispiele: ›Ich müsste meine WG verlassen und das will ich nicht, weil ich dort gerne lebe. Oder: ›Ich schaffe das nicht, weil ich selber auf Hilfe angewiesen bin und kein Geld habe. Wichtig ist die Begleitung in der Trauer, Schmerz zuzulassen, Abschied zu nehmen von einem Lebenswunsch. Es ist nicht nur Verlust, sondern auch Gewinn für die betreffende Person und dies gilt für Frau wie Mann.

Ich vertrete die Meinung, dass der Kinderwunsch seine Berechtigung hat und wir Frauen mit Behinderung nicht zwangsverhüten dürfen. Fakt ist aber, dass es sowohl an einer gesellschaftlichen Bejahung als auch an individuellen Wohn- und Betreuungsformen für Mütter und Eltern mit Behinderung mangelt.

Wer A sagt, muss auch B sagen! Wenn wir Sexualität allen Menschen zugestehen, können wir nicht bei einem von den Menschen ohne Behinderungen definierten Personenkreis halt machen.

Es gilt aber auch, den Blick auf die realen Gegebenheiten zu wahren, im Sinne: es ist noch nicht alles möglich, was wünschenswert wäre.

PETRA WINKLER, pro familia Berlin, Kalkreuthstr. 4, 10777 Berlin, Telefon: (0 30) 21 47 64 23, E-Mail: petra.winkler@profamilia.de

Sabine Metzging, Jörg große Schlarmann, Wilfried Schnepf

Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Zeit zu handeln

Das Thema ›pflegende Kinder‹ ist hierzulande erst jüngst in den Fokus wissenschaftlichen Arbeitens gerückt, wobei mit Kindern hier Minderjährige gemeint sind, die regelmäßig für ein oder mehrere chronisch erkrankte Familienmitglieder sorgen, ihnen helfen und sie pflegen. Sie übernehmen eine Verantwortung, die normalerweise nicht für Kinder vorgesehen ist und die sie von Gleichaltrigen unterscheidet. Britische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verweisen auf die Vulnerabilität betroffener Familien und prognostizieren, dass sich fehlende Unterstützung nachhaltig auf die gesamte Entwicklung der Kinder auswirken kann.

In Großbritannien sind 1,5% aller Kinder unter 18 Jahren ›young carers‹, und sie werden in allen Bereichen von Pflege tätig. Vergleichbare Zahlen für Deutschland liegen nicht vor. Um auch in Deutschland Einsicht in die Situation pflegender Kinder zu erlangen, wurde mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung von 2004–2007 eine qualitative Studie durchgeführt, in der bundesweit 81 Kinder und Eltern interviewt wurden, deren Familien von chronischer Erkrankung eines ihrer Mitglieder betroffen sind.

Erleben und Gestalten familialer Pflege

Eine chronische Erkrankung eines Angehörigen nimmt Einfluss auf Aktivitäten der gesamten Familie. Der Alltag verändert sich und muss reorganisiert werden. Beeinflusst wird dieser Prozess primär vom Schweregrad der Erkrankung sowie von der Anzahl der Schultern, auf die sich die umzuschichtende Arbeit verteilen lässt. Auch finanzielle Ressourcen und bürokratische Hürden spielen eine Rolle. Fast unbemerkt bleibt die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und ihrer Bedeutung für den Lebensentwurf aller Beteiligten. Häufig fühlen sich Familien mit der Situation überfordert und alleingelassen. Wenn viele einschränkende Faktoren zusammen kommen, dominiert die Krankheit das Leben der Familie und wird zu einer Bedrohung für den Alltag. Kinder haben Angst um ihre Eltern und um deren Leben, und sie fürchten sich davor, als Familie getrennt zu werden.

Die Familie rückt zusammen, Kinder beteiligen sich daran, den Alltag zu gestalten und aufrechtzuerhalten und sie übernehmen aktiv Verantwortung. Sie ›füllen die Lücken‹ und versetzen sich in permanente Bereitschaft, um unmittelbar auf Veränderungen reagieren zu können. Sie vermeiden es, über die häusliche Situation zu reden, da sie sowohl Unverständnis wie auch Einmischung von außen fürchten. Dass Kinder ihre Hilfen als selbstverständlich erachten, diese in großem Umfang leisten und über Zeitspannen trotz Überforderung aufrechterhalten, wird durch mehrere Faktoren erklärbar. Hierzu gehören das unbewusste ›Hineinwachsen‹ in die Pflegerolle, das Erkennen der Notwendigkeit von Hilfen zur Aufrechterhaltung des Familienalltags und ein wachsendes Moralbewusstsein.

Im Idealfall entwickelt die Familie Strategien, um mit der Krankheit zu leben und das Leben als Familie ›so normal wie möglich weiterleben zu können‹. Bleibt die Krankheit eine Bedrohung für die Familie, beginnt ein gefährlicher Kreislauf. Die Familie reagiert auf die Not und rückt noch enger zusammen. Vielfach schottet sie sich nach außen ab. Die Kinder

intensivieren ihre Handlungen, alles wird der Alltagsbewältigung untergeordnet, der Schutz der Familie dominiert den Alltag und das Ausmaß negativer Auswirkungen nimmt zu.

Vielen Familien fehlt eine angemessene Unterstützung von außen. Ihnen fehlt das Wissen um Hilfsangebote und professionelle Beratung findet nur unzureichend statt. Derzeit gibt es keine dem Bedarf und den Bedürfnissen entsprechenden Hilfsangebote. Kinder wie Eltern wünschen sich vor allem emotionale Entlastung und ›jemanden zum Reden‹. Zusätzlich wünschen und erwarten sie unbürokratische und flexible Alltagshilfen, die sich an ihrer Lebensrealität orientieren.

Beteiligung der ganzen Familie

Chronische Krankheit betrifft nie nur die erkrankte Person, sondern immer auch das familiäre System. Für die meisten Familien steht im Vordergrund, ihren Alltag mit der Erkrankung zu organisieren, ohne die Krankheit den Alltag dominieren zu lassen. Die Familie, nicht die Krankheit, steht im Vordergrund. Chronisch kranke Menschen werden in Einrichtungen des Gesundheitswesens jedoch selten als Teil eines familialen und sozialen Systems wahrgenommen. Solange Therapiepläne nicht an der Lebenswirklichkeit von Menschen orientiert sind, werden die Betroffenen nicht die Therapie erhalten, derer sie zur Gestaltung ihres (Familien)Lebens bedürfen.

Entlastung pflegender Kinder

Die Ergebnisse machen deutlich, dass unterstützende Interventionen nicht nur auf die Kinder, sondern auf die gesamte Familie ausgerichtet werden müssen. Für Kinder steht das Wohl der Familie über ihrem eigenen. Sie betonen, dass die ganze Familie von der Erkrankung betroffen ist und demnach auch alle von unterstützenden Interventionen profitieren können müssen. Der zweite Aspekt bezieht sich auf den Einfluss der elterlichen Krankheitsverarbeitung auf das Erleben ihrer Kinder. Eltern neigen dazu, diesen zu unterschätzen. Die elterliche Krankheitsbewältigung nimmt jedoch stärkeren Einfluss auf das kindliche Erleben, auf Angst- und Depressionssymptome der Kinder als der Schweregrad der Erkrankung. Zur Entlastung betroffener Kinder ist es demnach unerlässlich, auch die Eltern in ihrem individuellen Prozess der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Fazit

Die Eigenleistung von Familien kombiniert mit einem an die spezifischen Anforderungen angepassten multiprofessionellen und familienorientierten Hilfsangebot könnte diesen bedrohlichen Kreislauf durchbrechen helfen und Familien in ihrem Bemühen unterstützen, mit der Krankheit leben zu lernen, so wie sie es sich wünschen. Das Konzept für ein solches Unterstützungsangebot wird derzeit mit Förderung des BMBF an unserem Institut erarbeitet.

Literatur bei der Verfasserin und den Verfassern

DR. SABINE METZING, JÖRG GROSSE SCHLARMANN,
 PROF. DR. WILFRIED SCHNEPP, *Institut für Pflegewissenschaft,
 Universität Witten/Herdecke, Stockumer Str. 12, 58453 Witten,
 E-Mail: sabine.metzing@uni-wh.de*

Durch die Genderbrille: Behinderung und Geschlecht

Der Zusammenhang zwischen Behinderung und Geschlecht wurde lange nicht thematisiert: behinderte Menschen waren ›die Behinderten‹, für die stellvertretend oftmals ›der Behinderte‹ angeführt wurde. Behinderte Frauen machten 1981 erstmalig darauf aufmerksam, dass das Geschlecht bei behinderten Menschen eine wichtige Rolle spielt. Die Lebenssituation behinderter Frauen wurde als ›doppelte Diskriminierung‹ – diskriminiert als Frau und als Mensch mit einer Beeinträchtigung – gekennzeichnet.

Doing Handicap

Seit 1981 hat sich sowohl in der Denkweise über Geschlecht als auch über Behinderung viel geändert. Beide werden nicht mehr allein als medizinisch bzw. biologisch gegeben betrachtet, sondern als gesellschaftliche Konstruktionen, die im Alltag, im Austausch mit anderen Menschen und Institutionen ständig hergestellt werden. Diesen Vorgang nennt man im Hinblick auf Geschlecht ›Doing Gender‹, analog dazu spricht man auch von ›Doing Handicap‹ – Menschen ›machen‹ also nicht nur Geschlecht, sondern auch Behinderung.

Inzwischen wurde aufgezeigt, dass sich das ›Machen‹ von Geschlecht für behinderte Frauen oftmals anders auswirkt als bei Menschen ohne Beeinträchtigung. So wichtig das Geschlecht für die Identität des Menschen ist: liegt eine Beeinträchtigung vor, wird das Merkmal ›behindert‹ so dominant, dass Geschlecht oftmals kaum Berücksichtigung findet. Dass jedoch die Lebenssituation behinderter Frauen und Männer durch ihr Geschlecht nicht unbeeinflusst sein kann, verdeutlicht die Gegenüberstellung der stereotypen Zuschreibungen. Die Zuschreibungen von ›weiblich‹ und ›behindert‹ sind nahezu deckungsgleich, die von ›männlich‹ und ›behindert‹ schließen sich geradezu gegenseitig aus.

männlich	behindert	weiblich
stark	schwach	schwach
aktiv	passiv	passiv
unabhängig	abhängig	abhängig
selbständig	unselbständig	unselbständig
mutig	hilfsbedürftig	hilfsbedürftig
›hart‹	kindlich	kindlich
potent	machtlos	machtlos
attraktiv	unattraktiv	attraktiv
rational	irrational?!	emotional
Geist	Körper	Körper

Vom medizinischen zum sozialen Modell

Behinderung wurde lange als ›Defekt‹ der betroffenen Person gesehen, die Schädigung/Beeinträchtigung war gleichbedeutend mit Behinderung. Dementsprechend wurde entweder versucht, den ›Defekt‹ zu beseitigen – oder zumindest möglichst unsichtbar zu machen. Wenn dies nicht gelang, musste sich der behinderte Mensch an das, was er vorfand anpassen.

In den 1970er Jahren wurde von behinderten Menschen ein soziales Modell von Behinderung entgegengesetzt, das inzwischen weit verbreitete Anerkennung findet. Danach ist Behinderung eine gesellschaftliche Konstruktion; ein Prozess, der Menschen mit bestimmten Merkmalen gesellschaftliche

Teilhabe, Anerkennung und Respekt vorenthält. Dieser gesellschaftliche Prozess des Behindert-Werdens kann durch die Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen rückgängig gemacht werden.

Der Genderblick

Geschlechterforschung war lange Zeit Frauenforschung, entsprechend gibt es mehr Forschungsergebnisse zur Situation behinderter Frauen. Aus dem Wenigen, das es über behinderte Männer und Jungen gibt, lässt sich jedoch der Einfluss von Gender im Leben behinderter Männer deutlich ersehen. Behinderte Jungen müssen ihre Männlichkeit entwickeln, ohne über die meisten der geforderten Geschlechts-Eigenschaften zu verfügen und das hat Folgen: Sie werden von ihren nicht behinderten Peers nicht akzeptiert und müssen lernen, mit der eigenen, unmännlichen Hilfsbedürftigkeit zurechtzukommen. Spätbehinderten Männern scheint die bereits erfolgte männliche Sozialisation zu helfen, den ›Kampf‹ gegen ihre Behinderung aufzunehmen bzw. durch Überkompensation trotz Beeinträchtigung soviel wie möglich zu ›schaffen‹. Durch Übernahme einer aktiven Rolle und Berufstätigkeit haben behinderte Männer die Möglichkeit, sich teilweise der traditionellen Männerrolle anzunähern, indem sie z. B. die Rolle des Ernährers übernehmen.

Behinderte Mädchen lernen früh, dass sie keine ›richtigen Frauen‹ sein werden, dass sie nicht schön und begehrenswert sind und die klassische Frauenrolle als Partnerin und Mutter für sie nicht infrage kommt. Diese Nichtanerkennung ihrer Weiblichkeit führte auch dazu, dass es für behinderte Frauen einfacher war und oftmals noch ist, einen Schwangerschaftsabbruch oder eine Sterilisation durchführen zu lassen, als Unterstützung für das Austragen einer Schwangerschaft zu bekommen. Und obwohl sie nicht als Frauen (im Sinne von Sexualpartnerin und potenzieller Mutter) wahrgenommen werden, sind behinderte Mädchen und Frauen in weit höherem Maße von sexueller Gewalt betroffen als jede andere Personengruppe.

Behinderte Mädchen lernen auch, dass sie mehr Leistung als andere bringen müssen, um so selbständig wie möglich zu sein, auch finanziell. Und obwohl behinderten Mädchen und Frauen im Hinblick auf Reproduktion und Sexualität das Geschlecht abgesprochen wird, ist andererseits eine verstärkte Wirkung von geschlechtsspezifischen Rollen und Normen festzustellen, was zur Folge hat, dass behinderte Frauen das Schlusslicht auf dem Arbeitsmarkt sind und in besonderem Maße von Armut bedroht sowie entsprechend von Kürzungen im Sozialbereich stark betroffen sind.

Dies ist in der Behindertenpolitik inzwischen ›angekommen‹: die neueren Gesetze wie z. B. das SGB IX sehen ausdrücklich die Berücksichtigung der Belange behinderter Frauen vor. Noch nicht angekommen ist das Thema ›Behinderung und Geschlecht‹ in der Pädagogik; hier ist immer noch Behinderung das dominierende Merkmal.

Literatur bei der Verfasserin

SWANTJE KÖBSELL, *Selbstbestimmt Leben e. V., Ostertorsteinweg 98, 28203 Bremen, E-Mail: koebshell@uni-bremen.de, Internet: www.slbremen-ev.de*

Roland Schüler

Mediation bei Menschen mit geistiger Behinderung

Konflikte gibt es überall. Sie gehören zum menschlichen Leben dazu. Doch die Form der Austragung und des Umganges mit Konflikten entscheidet, ob ein Konflikt als Chance und konstruktiv genutzt wird. Oder, ob der Konflikt zerstörerisch und destruktiv wirkt oder wirken kann. Ersterer Weg führt zu einer Zufriedenheit, die sich auf die Person günstig auswirkt. Der destruktive Weg führt zu starker Unzufriedenheit und Unwohlsein. Dies wirkt sich auch auf die Gesundheit aus. Gute Konfliktbearbeitung fördert das gesundheitliche Wohlbefinden. Das ist ein ausreichender Grund, um die Mediation noch viel stärker als positive Form der Konfliktbearbeitung einzusetzen.

Mediation – was ist das?

Mediation ist ein Verfahren der Konfliktbearbeitung, in dem die Konfliktparteien eigenverantwortlich und selbstständig ihren Weg aus dem Konflikt und zu einer Lösung finden. Dabei hilft ihnen der Mediator bzw. die Mediatorin. Durch ihre Gesprächsführung, durch ihre Methoden verhelfen sie den Menschen dazu, ihren Konflikt konstruktiv anzugehen, ihre Bedürfnisse, Interessen und Wünsche zu erkennen und miteinander zu vereinbaren.

Mediation ist sehr alt und wurde in vielen Stämmen und Gruppen weltweit praktiziert. Die neue Mediation kommt aus den USA und hat ihren Weg zum Ende der 80er Jahre in die Bundesrepublik gefunden. Sie ist bekannt als Familien- und Scheidungsmediation, Wirtschaftsmediation und Schulstreitschlichtung. Seltener wird sie im Gesundheitswesen, in der politischen Entscheidungsfindung und bei interkulturellen Konflikten nachgefragt und angewandt.

Mediation bei Menschen mit geistiger Behinderung

Im Jahre 2002 stellte sich mir als Mediator mit gut achtjähriger Erfahrung die Frage, ob nicht auch die Mediation bei Konflikten von Menschen mit geistiger Behinderung möglich ist. Denn auch jene Menschen haben Konflikte, und wenn sie nicht bearbeitet werden, dann hat das Folgen. Diese Menschen sind in einem hohen Maße auf innere Stabilität und Ausgeglichenheit (Harmonie) angewiesen. Dies hat auch Einfluss auf ihre gesundheitliche Stabilität. Alles, was sie aus den normalen Bahnen wirft, und ungelöste Konflikte gehören dazu, wirkt sich als gesundheitliche Beeinträchtigung aus.

Mediation kann als strukturiertes Verfahren der Konfliktbearbeitung ein gutes Angebot für Menschen mit geistiger Behinderung sein. Die Sprache und der Rahmen wird für sie angepasst und verständlich gemacht.

Wir können noch einen Schritt weiter gehen. Ähnlich wie bei der Schulstreitschlichtung, bei der ein Schüler, eine Schülerin selbst der Streitschlichter, die Streitschlichterin sind, können dies auch Menschen mit geistiger Behinderung sein. Sie lösen ihren Konflikt selbst untereinander und brauchen keine Betreuung in Anspruch zu nehmen. Damit steigern sie ihr Selbstwertgefühl. Frei nach meinem Motto: ›Wer streiten kann, kann auch schlichten!‹

Der Weg zur Streitschlichtung

Aus der Gemeinnützigen Werkstatt Köln-Rodenkirchen (GWK) kam der Wunsch nach einem anderen Umgang mit

Konflikten. Die bisherige Form der Bearbeitung ließ eine zunehmende Unzufriedenheit aufkommen. Menschen mit Behinderung, Betreuende und Leitung machten sich auf zu einer Fortbildung zu Konflikten. Zusammen erlernten sie unter meiner Leitung die Mediation kennen und übten das Gespräch in Rollenspielen ein. Mit diesem Rüstzeug und weiterer Begleitung bildete sich ein Streitschlichterteam in der Werkstatt. Sie wurden vor Ort begleitet durch Sabine Manke und Volker Jeromin. Zusammen mit den Streitschlichtern erarbeiteten sie aus den ausgegebenen Materialien ihre eigene passende Streitschlichterfibel, die als Broschüre erschienen ist. Mit dieser Fibel kommen die Streitschlichter mit Behinderung gut durch jede Mediation. Und falls es hakt, dann helfen die Assistenten weiter. So haben wir eine größtmögliche Eigenständigkeit bei hoher Verantwortung für die Konfliktbearbeitung durch Mediation erreicht.

Der Erfolg in zwei Jahren

Seit zwei Jahren arbeitet nun das Streitschlichterteam. Es wird von den Menschen mit Behinderung im Falle eines Konfliktes angesprochen und spricht auch selber Konfliktparteien für das Gespräch an. Streitschlichtung ist in der Werkstatt freiwillig. Das Team hat in den Jahren eine zunehmende Selbstsicherheit erworben und beherrscht die Streitschlichtung gut. Sie haben mittlerweile für Tagungen und Kongresse auch eine Modellstreitschlichtung eingeübt und führen dieses Rollenspiel auch live vor. Eine DVD darüber wird gerade erstellt.

In der Regel wurden und werden die Konflikte, die am Arbeitsplatz auftreten, bearbeitet und gelöst. Seit der Einführung der Streitschlichtung wird von den Betreuenden festgestellt, dass sich der Umgang miteinander und untereinander in der Werkstatt geändert hat. Vieles, was früher zu einem Streit geführt hat, wird jetzt schon im Vorfeld anders gehandhabt. Konfliktfälle, die eine Streitschlichtung benötigen, sind weniger geworden. Die allgemeine Steigerung der Zufriedenheit am Arbeitsplatz und das eigene Wohlbefinden machen sich auch in externen Untersuchungen und Nachfragen bemerkbar. Alle sagen, es hat sich etwas zum Positiven verändert. Eine zufriedene Grundeinstellung wirkt sich auf die Menschen auch gesundheitlich aus. Sie fühlen sich besser und können eventuellen gesundheitlichen Herausforderungen besser begegnen.

Bei den Konflikten, die bei der Streitschlichtung bearbeitet werden, handelt es sich meist um Beziehungsprobleme. Dies bedeutet für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung eine besondere Herausforderung, der sich unser Streitschlichterteam mit weiteren Fortbildungen stellt.

Literatur beim Verfasser

ROLAND SCHÜLER, *Friedensbildungswerk Köln*,
Am Rinkenpuhl 31, 50676 Köln, Tel.: (02 21) 9 52 19 45,
Fax: (02 21) 9 52 19 46, E-Mail: mediation@rolandschueler.de,
Internet: www.friedensbildungswerk.de, www.rolandschueler.de

Wege zur barrierefreien gesundheitlichen Versorgung

Seit 2002 gilt in Deutschland das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG). Sein Kernstück ist die Herstellung einer umfassend verstandenen Barrierefreiheit mit dem Ziel der gleichberechtigten Teilhabe und selbstbestimmter Lebensführung.

Die Erfahrungen in der Beratung und Versorgung von Frauen mit Behinderung in den pro familia-Beratungsstellen zeigen, Barrierefreiheit bedeutet weit mehr als gut zugängliche Räumlichkeiten. Pro familia hat wichtige Aspekte zusammengestellt, die die Voraussetzung dafür darstellen, medizinische Versorgung in dieser Personengruppe zu gewährleisten. Auszüge davon finden sich in folgender Aufstellung:

- Ärztinnen-/Arztsuche: freie Wahl der Ärztin/des Arztes, Möglichkeit, die Barrierefreiheit in Praxen und Kliniken in den gängigen Registern abzufragen
- Erreichbarkeit: durch öffentliche Verkehrsmittel, Parkmöglichkeiten, Praxisräume
- Ausstattung: Anpassen der Räumlichkeiten, des Untersuchungsmobiliars und der Untersuchungsinstrumente auf die erforderlichen Bedürfnisse
- Erste Kontaktaufnahme, Anmeldung: Möglichkeit der Nutzung unterschiedlicher Medien, geschultes Personal
- Wartezeit: kurz halten, Transportdienste koordinieren
- Betreuungspersonal bzw. Assistentinnen/Assistenten oder Familienangehörige: Klärung vorab, ob An- bzw. Abwesenheit erwünscht ist
- Kommunikation: individuelle Erfordernisse berücksichtigen
- Zeit: ausreichendes Zeitbudget ist einer der wichtigsten Faktoren
- Beratung: individuelle Erfordernisse berücksichtigen
- Diagnostik und Therapie: individuelle Erfordernisse berücksichtigen
- Informationsmaterial: niedrigschwellige, die Art der Behinderung berücksichtigende Angebote
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen
- Vernetzung: kompetente Weiterverweisung
- Finanzierung sicherstellen: Ausstattung, ärztliche Vergütung

pro familia Bundesverband, Frankfurt a. M., www.profamilia.de

Definition

Das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) definiert barrierefrei wie folgt: »Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind« (BGG 2002, § 4). Barrierefreiheit bezieht sich nicht nur auf physische Barrieren, wie Treppen, Stufen oder fehlende Durchgangsbreiten, sondern auch auf kommunikative, visuelle und taktile Information zur Orientierung.

Anhand dieser umfassenden Definition von Barrierefreiheit lassen sich die für Menschen mit Behinderungen ver-

schiedenen Barrieren in den genannten Bereichen ausmachen. Ziel der Barrierefreiheit ist, dass alle Menschen ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe etwas nutzen können. Nicht barrierefrei ist demnach ein Gebäude mit z. B. einem Hintereingang für Menschen im Rollstuhl oder einer zu steilen Rampe, an der sie jemanden bitten müssen, sie hinaufzuschieben.

Barrieren und Barrierefreiheit

Die Beseitigung von Barrieren für Menschen mit Behinderungen setzt ein detailliertes Wissen über die verschiedenen Arten von Behinderung voraus. Erst dann kann festgestellt werden, was für den jeweiligen Menschen mit Behinderung eine Barriere darstellt. Sehr individuell ist die Beschreibung von Hindernissen besonders bei Menschen mit so genannter geistiger Behinderung und Lernschwierigkeiten. Barrieren für Menschen mit einer körperlichen Behinderung sind augenfälliger, können leichter erkannt und beseitigt werden. Doch selbst ein Wissen um bestimmte Barrieren bedeutet noch nicht, dass auch die für die jeweilige Behinderung angemessene Lösung für eine gleichberechtigte Teilhabe und selbstständige Nutzung gefunden wird. Hier sind Fachwissen und die Einbeziehung der Betroffenen unerlässlich.

Aus: pro familia Fachgespräche: Runter mit den Schwellen! Wege zur barrierefreien Beratungsstelle, 2007

Sonderthema Klimawandel und Gesundheit

Der Klimawandel birgt ein erhebliches Bedrohungspotenzial für die Gesundheit der Bevölkerung. Bereits seit dem Jahr 1988 berichtet der Zwischenstaatliche Ausschuss über Klimaänderungen der Vereinten Nationen, das Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC), alle fünf Jahre in sog. Assessment Reports über aktuelle Erkenntnisse und Prognosen zu den Ursachen und Folgen des Klimawandels unter anderem für die öffentliche Gesundheit sowie zu prioritären Handlungsbedarfen und Reaktionsmöglichkeiten auf Seiten politischer Entscheidungsträger. Nicht zuletzt seit der Publikation des vierten Sachstandsberichts des IPCC im Jahr 2007, der alle wissenschaftlichen Fakten und Implikationen zum Klimawandel enthält, hat sich die öffentliche Debatte zum Klimawandel intensiviert und eine neue Medienpräsenz erreicht. Angesichts der Bedeutsamkeit des Themas und des bestehenden Aufklärungs- und Diskussionsbedarfs stellt auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den diesjährigen Weltgesundheitsstag, als Öffentlichkeitsplattform für Gesundheitsthemen und Gesundheitsbotschaften, am 07. April 2008 unter das internationale Leitthema »Protecting Health from Climate Change!«. Aus diesem Anlass werden wir in den nächsten zwei Ausgaben der Zeitschrift *impulse* Sonderseiten zum Thema Klimawandel und Gesundheit mit unterschiedlichen Schwerpunkten veröffentlichen.

Klimawandel und Gesundheit – Globale Verursachung und lokale Problemfelder

Die Häufigkeit und Schadenausmaße globaler Naturkatastrophen und Extremwetterereignisse in den zurückliegenden Jahren sowie das Ausmaß der Beeinträchtigung zentraler Umweltressourcen (wie Luft, Boden, Wasser) verweisen eindringlich auf das Bedrohungspotenzial des Klimawandels als Teil globaler Umweltveränderungen. Die räumlichen Differenzen sowie Besonderheiten der Ursachen und Ausprägungen des Klimawandels spiegeln sich u. a. in einer erheblichen Heterogenität und Variabilität der klimainduzierten Gesundheitsrisiken wider.

Klimainduzierte Gesundheitsbelastungen

Bezogen auf Mitteleuropa sind im Kontext demografischer und sozioökonomischer Entwicklungen sowie in Verbindung mit ökologischen Veränderungen Modifizierungen im Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum zu erwarten, die auf direkte und indirekte Auswirkungen des Klimawandels zurückgehen:

- Extremwetterereignisse und Naturkatastrophen, die akute Verletzungen, langfristige psychische Störungen (z. B. Traumatisierung) sowie eine erhöhte Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate verursachen. Sachschäden wie die Zerstörung von Infrastrukturen (z. B. Verkehrswege, Gesundheitseinrichtungen) bergen weitere gesundheitsrelevante Risiken (z. B. Beeinträchtigung der Wasserqualität).
- Höhere Durchschnittstemperaturen und eine Zunahme von Temperaturextremen beeinträchtigen das Wohlbefinden und erhöhen vor allem bei empfindlichen, vorbelasteten Bevölkerungsgruppen wie Säuglingen, alten und pflegebedürftigen Menschen das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen, Hyperthermie und Hitzetod. Verstärkte Sonneneinstrahlung steigert das Risiko für Hautschäden.
- Veränderungen in den Ökosystemen gehen einher mit der Ansiedelung neuer, möglicherweise giftiger Pflanzenarten sowie von Pflanzen mit hohem Allergenpotenzial (z. B. *Ambrosia artemisiifolia*).
- Aus medizinischer Sicht ist eine steigende Inzidenz und Prävalenz von Pollenallergien zu verzeichnen, die sich auf einen früheren Beginn der Pollensaison, eine längere Pollenflugperiode sowie auf höhere Pollenkonzentrationen zurückführen lässt.
- Feinstaubpartikel in der Luft und höhere Konzentrationen von bodennahem Ozon (Smog), hervorgerufen durch häufigere Waldbrände sowie einer stärkeren Sonneneinstrahlung, begünstigen Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankungen sowie Schleimhautreizungen.
- Globale Migrationsbewegungen (z. B. aufgrund von ›Klimafucht‹) führen zu Veränderungen in der räumlichen Ausbreitung und im Infektionspotenzial von Krankheitsträgern (z. B. Zecken).

Anpassungs- und Interventionsstrategien

Ob und inwieweit diese potenziellen Gesundheitsrisiken tatsächlich eintreffen und ihr Schadenspotenzial entfalten werden, ist aufgrund bestehender Wissenslücken und interagierender Einflussgrößen mit einem hohen Unsicherheitsfaktor behaftet. Den größten Nutzen versprechen insofern proaktive Handlungsstrategien, die Umwelt- und Gesundheitsschutz

auf der Ebene der lokalen Lebens-, Arbeits- und Wohnumwelt miteinander verbinden. In vielen Handlungsfeldern bestehen Analogien und Synergiepotenziale zwischen technischen Maßnahmen zur Verlangsamung und Stabilisierung des Klimawandels (›mitigation‹) und primärpräventiven Public Health-Interventionen. Für den Bereich der Anpassung an den Klimawandel (›adaption‹), z. B. in der städtischen Raum- und Bauleitplanung, zeigt sich dies folgendermaßen: Die Ausweitung von Grünflächen in Ballungsräumen durch Schatten und Kühlung spendende Bäume, Parks, begrünte Dächer etc. kommt einerseits den Ökosystemen zu Gute, beeinflusst gleichzeitig aber auch die Aufenthaltsqualität im Freien und ist damit wichtige Determinante zur Erhaltung bzw. Förderung von physischer und psychischer Gesundheit der Bevölkerung sowie bedeutsame Vorsorgemaßnahme zur Vermeidung hitzebedingter Todesfälle.

Handlungsfelder aus Public Health-Perspektive

Aus Public Health-Perspektive bietet die salutogenetische Frage nach den vorhandenen und zu erweiternden Ressourcen und Potenzialen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zahlreiche Anknüpfungspunkte für zielgruppenorientierte, verhaltens- und verhältnisorientierte Interventionen. Bewährte Gesundheitskommunikationsstrategien können genutzt werden, um in zentralen Lebensumwelten wie Arbeitsplatz, Schule oder Stadtteil über Zusammenhänge zwischen Klimawandel und Gesundheit sowie über Möglichkeiten der persönlichen Gesundheitsvorsorge (z. B. Vermeidung von Dehydrierung bei Hitze, Schutz vor Sonneneinstrahlung) zu informieren. Systematische Weiterbildung der Gesundheitsfachberufe (z. B. Pflegepersonal in Altenheimen/ambulante Pflege) in Hinblick auf proaktive gesundheitsbezogene Handlungsansätze ist erforderlich, um präventive Handlungsstrategien zu vermitteln bzw. zu implementieren. Auf der Ebene der Gesamtbevölkerung gilt es, Public Health-Instrumente und Surveillance-Systeme zu nutzen, um im Falle von Krankheitsausbrüchen und anderen Notfallsituationen konkrete Maßnahmen ergreifen zu können. Als Reaktion auf die Hitzewelle im Sommer 2003 sind z. B. in Westeuropa auf nationaler und/oder lokaler Ebene Notfallpläne für Hitzewellen entwickelt worden.

Vorsorgemaßnahmen zur Reduzierung der Vulnerabilität gegenüber klimainduzierten Gesundheitsrisiken und zur Erhöhung von Bewältigungsressourcen können nicht nur Leben schützen und Gesundheit erhalten, sie erfordern zudem weit aus weniger ökonomische Ressourcen als die Orientierung an reaktiven Strategien, die einerseits aus ethischen Gründen nicht zu vertreten sind und andererseits erhebliche Belastungen für das Gesundheitswesen und damit für die gesamte Gesellschaft bedeuten.

PROF. DR. CLAUDIA HORNBERG, ANDREA PAULI, *Arbeitsgruppe 7 ›Umwelt und Gesundheit‹, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Hornberg: Tel.: (05 21) 1 06 43 65 (-43 66 Sekr.), E-Mail: claudia.hornberg@uni-bielefeld.de, Pauli: Tel.: (05 21) 1 06 45 78, E-Mail: andrea.pauli@uni-bielefeld.de*

Thomas Altgeld, Sabine Hillmann

LVG Niedersachsen e.V. und AfS Hannover e.V. fusionieren

Die jahrelange enge Zusammenarbeit zwischen der Akademie für Sozialmedizin Hannover e. V. und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. wird nun zu Beginn des Jahres 2008 auch unter einem gemeinsamen Vereinsdach fortgesetzt, angestrebt wurde das, weil die Mitgliedstrukturen beider Vereine sich von den Akteuren her weitgehend ähnelten und eine gemeinsame Geschäftsführung bereits seit 2005 bestand. Nach dem Tod der langjährigen Geschäftsführerin Frau Ulrike-Maja Stade-Rohde wurde seit Anfang 2005 die Akademie auf Wunsch des niedersächsischen Sozialministeriums von Herrn Thomas Altgeld, dem Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., als ehrenamtlichem Geschäftsführer weitergeführt. Die weiter intensivierte Zusammenarbeit zwischen Landesvereinigung und Akademie hat gezeigt, dass ein gemeinsamer Verein eine ideale Lösung wäre, um den organisatorischen und administrativen Aufwand zu verringern. Im Sommer 2007 haben die Mitgliederversammlungen beider Vereine die Beschlüsse für den seit 01.01.2008 arbeitenden Verein gefasst.

Ansätze der beiden Vereine

Ziel der Akademie war die Förderung und wissenschaftliche Fortbildung von Ärzten und Ärztinnen sowie anderen Beschäftigten im Bereich der Sozialmedizin, Prävention und Rehabilitation in Niedersachsen. Daher spricht die Akademie mit ihren Veranstaltungen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen etc., Beschäftigte in der GKV, Sozialrichterinnen und -richter, Apothekerinnen und Apotheker, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozial- und Wohlfahrtsverbände, gemeinnützige Einrichtungen und Bildungsstätten sowie Selbsthilfeorganisationen an. Wesentlich ist dabei die Verknüpfung von Wissenschaft und Versorgungspraxis. Wichtig hierbei sind der Austausch und die Vernetzung mit anderen Institutionen im sozialmedizinischen Bereich. 16 institutionelle Mitglieder und weitere engagierte Mitglieder aus verschiedenen Bereichen der Sozialmedizin waren vor Fusion in der Akademie organisiert.

Innerhalb der letzten 40 Jahre wurden sowohl regelmäßige Fachtagungen mit festen Zielgruppen und Themenbereichen als auch aktuelle Schwerpunktthemen aufgegriffen. Zu den jährlich wiederkehrenden Veranstaltungen der Akademie zählt u. a. die Robert-Koch-Tagung, die Jahrestagung der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Niedersachsen sowie die Niedersächsische Suchtkonferenz. Weitere aktuelle Schwerpunktthemen der Fortbildungen in den letzten fünf Jahren waren die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen, Verbesserung der Pflegequalität und der psychiatrischen Versorgung sowie neue Versorgungsformen. Die jährlich rund 10-15 Fortbildungsveranstaltungen werden in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Akademie und dem wissenschaftlichen Beirat festgelegt.

Die Landesvereinigung wurde 1905 als ›Hauptverein für Volkswohlfahrt‹ in Hannover gegründet und gehört damit zu den ältesten Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeeinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland. Basierend auf den Erfahrungen aus diesem langen Zeitraum integrierte die LVG neue wie alte Konzepte zur Prävention, Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsförderung. Die Landesvereinigung zählte vor der Fusion 70 Mitglieder aus allen Bereichen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens. Diese wurden über die Vereinsarbeit vernetzt und die inhaltliche Zusammenarbeit unterschiedlichster Trägerorganisationen gefördert, z. B. im Rahmen der Netzwerke ›Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen‹, ›Armut und Gesundheit‹ oder ›Patientenunterstützung und -information in Niedersachsen‹.

Neben jährlich etwa 50 Fortbildungsveranstaltungen werden regelmäßige Informationsmaterialien, unter anderem der Newsletter ‚impulse‘, sowie Handreichungen und Flyer herausgegeben und Modellprojekte durchgeführt. Insbesondere arbeitet die Landesvereinigung mit dem sogenannten Setting-Ansatz. Wo Lebensbedingungen Gesundheit beeinflussen, z. B. in Krankenhäusern, in Betrieben, in Schulen, in Kommunen, werden mit Hilfe von Organisationsentwicklungsprozessen unter

Beteiligung aller Gruppen die Strukturen gesundheitsförderlicher gestaltet. Wesentliche Arbeitsschwerpunkte sind die Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, die Gesundheit älterer Menschen sowie die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit. Im Rahmen der jüngeren Modellprojekte der LVG wurden in den vergangenen Jahren auch verstärkt trägerübergreifende Versorgungs- oder Aktivierungsthemen aufgegriffen, z. B. die Implementierung niedrigschwelliger Betreuungsangebote in Niedersachsen, die Landesagentur Generationendialog oder der regionale Knoten gesundheitliche Chancengleichheit.

Gemeinsame Perspektiven

Der umfassend formulierte Vereinszweck des gemeinsamen Vereinsdaches ›Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.‹ (abgekürzt LVG & AfS) lautet: ›Der Zweck des Vereins ist die Förderung der Gesundheit der niedersächsischen Bevölkerung.‹ Zur Umsetzung des ambitionierten Vereinszweckes wird weiterhin ein Multiplikatorenansatz verfolgt, der die Fort- und Weiterbildung, Vernetzung und Information von Professionellen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich organisiert und vorantreibt. Dazu gehören auch die Herausgabe von Informationsmaterialien und die Durchführung von Modellprojekten. Die Arbeit beider Arbeitsbereiche wird durch wissenschaftliche Beiräte unterstützt, die in ihrer bisherigen Zusammensetzung beibehalten werden.

Der gemeinsame Verein hat mittlerweile mehr als 80 Mitglieder, damit sind in der LVG & AfS alle wichtigen Organisationen des Gesundheits- und Sozialbereiches organisiert, u. a. alle gesetzlichen Kassenarten, alle Kammern des Gesundheitswesens, die gesetzliche Renten- und Unfallversicherungen, verschiedene Berufsverbände, Selbsthilfeverbände, wissenschaftliche Einrichtungen sowie Beratungsstellen. Der Verein arbeitet zudem eng mit den zuständigen Fachministerien zusammen.

THOMAS ALTGELD, SABINE HILLMANN,
Adresse siehe Impressum

KVN und Patientenvertretung für Barrierefreiheit in Arzt- und Therapeutenpraxen

Die freie Arztwahl setzt barrierefreie Arztpraxen voraus. Tatsächlich aber ist es für Menschen mit Behinderungen oft schwierig, sich ärztlich oder psychotherapeutisch behandeln zu lassen. Was macht ein gehbehinderter Mann, wenn der einzige Augenarzt am Ort seine Praxis im dritten Stock ohne Fahrstuhl im Haus hat? Wie kann sich eine Rollstuhlfahrerin bei einer Frauenärztin untersuchen lassen? Wie ist eine Psychotherapie möglich bei einem ertaubten Menschen? Für Menschen mit Behinderung ist die medizinische Behandlung oft komplizierter als für Patientinnen und Patienten ohne Behinderung. Aus diesem Grund haben sich die Mitglieder des Patientenbeirats der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) mit der Barrierefreiheit von Arzt- und Therapeutenpraxen befasst.

Der Patientenbeirat als Grundsatzforum

Die KVN hat den Patientenbeirat Ende 2006 eingerichtet. Für die KVN ist der Patientenbeirat eine Möglichkeit, sich mit Patientinnen und Patienten über grundsätzliche Fragen der medizinischen Versorgung zu verständigen. Wo drückt der Schuh aus Sicht beider Seiten? Was kann man gemeinsam tun? Der Patientenbeirat soll Impulse geben, um die Versorgung weiter zu optimieren. Er ist paritätisch besetzt mit je acht Vertreterinnen und Vertretern niedersächsischer Selbsthilfe- und Patientenorganisationen und der KVN.

Barrierefreiheit ist kein Luxusangebot

Aus Sicht der Patientenvertreter ist Barrierefreiheit von Arztpraxen keineswegs eine zusätzliche ärztliche Leistung. Sie ist kein Luxusangebot, sondern Voraussetzung für die Teilnahme an der medizinischen Versorgung. Von Seiten der KVN wurde die Gesprächsbereitschaft gegenüber den Patientenvertreterinnen und -vertretern betont.

Jetzt wird ein gemeinsamer Maßnahmenkatalog erarbeitet. Im ›Niedersächsischen Ärzteblatt‹, der Mitgliederzeitschrift der KVN, wird das Thema in den kommenden zwei Jahren regelmäßig aufgegriffen. Ziel ist es, die Leser und Leserinnen zu sensibilisieren. Wel-

che Schwierigkeiten haben Menschen mit verschiedenen Behinderungen im Praxisalltag? Geklärt wird auch, ob Fortbildungen angeboten werden sollen.

Die Patientenvertreterinnen und -vertreter haben sich zudem bereit erklärt, einen Fragebogen zu erstellen, den die KVN ihren Mitglieder an die Hand gibt: Wie breit muss z. B. eine Tür sein, damit eine Patientin im elektronischen Rollstuhl ins Wartezimmer kommt?

Der Umbau kostet viel Geld

Doch es bleiben Probleme. Wenn eine Ärztin ihren schwerhörigen Patienten ansieht, während sie die Tabletteneinnahme erklärt, statt zeitgleich das Rezept auszufüllen, erleichtert das die Kommunikation. Und ein zusätzlicher Haltegriff auf der Toilette kann auch helfen. Aber wenn sich eine Praxis im zweiten Stock befindet, kein Fahrstuhl vorhanden und keine weitere Praxis in der Nähe ist, dann ist ein Umbau erforderlich und der kostet viel Geld. Aus Sicht der KVN muss hier auch die öffentliche Hand ihrer Verantwortung nachkommen, da die Teilhabe behinderter Menschen gesetzlich verankert ist. Ein freiberuflich tätiger Arzt kann nicht allein gelassen werden mit der Finanzierung von Umbaumaßnahmen oder der Neuanschaffung medizinischer Geräte. Die Patientenvertreter und -vertreterinnen und die KVN wollen deshalb den Dialog mit Entscheidungsträgern in der Politik suchen.

NICLAS BEIER, *Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Berliner Allee 22, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80 32 91, Fax: (05 11) 3 80 33 14, E-Mail: niclas.beier@kvn.de, Internet: www.kvn.de*

Niedersachsenbüro – Neues Wohnen im Alter

Das ›Niedersachsenbüro – Neues Wohnen im Alter‹ nahm zum 1. Januar 2008 seine Tätigkeit auf. Das Büro unterstützt alle Akteure in den Kommunen und Landkreisen Niedersachsens, die ihren älteren Einwohnerinnen und Einwohnern ein selbstständiges und selbstbestimmtes Wohnen ermöglichen möchten. Träger sind der Arbeitskreis Humane Architektur e. V. mit der Niedersächsischen Fachstelle für Wohnberatung und das Forum Gemeinschaftliches Wohnen e. V. Das Niedersachsenbüro wird durch das Land Niedersachsen gefördert.

Ziele und Aufgaben

Ziel des Niedersachsenbüros ist es, Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe älterer Menschen in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, unterstützt das Forum Gemeinschaftliches Wohnen (FGW) die Entwicklung von selbstorganisierten Wohn- und Nachbarschaftsprojekten, die durch Selbsthilfe, Eigeninitiative und bürgerschaftliches Engagement entstehen. Der Arbeitsschwerpunkt der Niedersächsischen Fachstelle für Wohnberatung (NFW) besteht darin, den Aufbau und die Weiterentwicklung eines bedarfsgerechten Wohnangebotes und einer qualifizierten Wohnberatung zu unterstützen.

Das Niedersachsenbüro hat seinen Sitz in Hannover im Verwaltungsgebäude der Region Hannover und ist unter den unten genannten Anschriften zu erreichen.

Weitere Informationen gibt es demnächst unter www.neues-wohnen-nds.de.

ANNETTE BRÜMMER, KATRIN HODLER, *Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung, Haus der Region, Hildesheimer Str. 20, 30165 Hannover, Tel. (05 11) 3 88 28 95, E-Mail: info@fachstelle-wohnberatung.de Internet: www.fachstelle-wohnberatung.de*
INGEBORG DAHLMANN, *Forum Gemeinschaftliches Wohnen e. V., Haus der Region, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover, Tel. (0511) 4 75 32 53, Fax (0511) 4 75 35 30 E-Mail: info@fgwa.de*

Ann-Christin Werner

Seniorenservicebüros Programm ›Leben und Wohnen im Alter‹

In den nächsten Jahren wird es aufgrund der demografischen Entwicklung einen erhöhten Beratungs- und Unterstützungsbedarf für ältere Menschen in den verschiedensten Lebensbereichen und Alltagssituationen geben. Das Land Niedersachsen wird deshalb ab 2008 Seniorenservicebüros einrichten und somit eine flächendeckende und nachhaltige seniorenpolitische Infrastruktur einführen. Die Seniorenservicebüros sind Teil des Programms ›Leben und Wohnen im Alter‹ und dienen als örtliche Anlauf-, Beratungs- und Koordinierungsstellen für die Fragen und Bedürfnisse älterer Menschen.

Aufgaben

- Erschließung, Koordinierung und Vermittlung wohnungs- und haushaltsnaher Hilfen
- Kooperation und Vernetzung der örtlichen und regionalen Dienstleister unter Einschluss von Selbst- und Nachbarschaftshilfen
- Vermittlung von Angeboten für Seniorinnen und Senioren
- Informationsstelle für alle Fragen der Lebens- und Alltagsbewältigung älterer Menschen

Zu den zentralen Pflichtbausteinen der Seniorenservicebüros zählen die Vermittlung, Organisation und Koordination des Freiwilligen Jahres für Senioren (FJS) sowie ambulanter Hilfen zur Unterstützung der Lebensführung und der allgemeinen Betreuung (DUO) sowie eine weitere frei wählbare Pflichtaufgabe.

Die Seniorenservicebüros sind an bestehende Strukturen anzubinden wie z. B. Freiwilligenagenturen, Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser, Familienservicebüros oder die Kommunalverwaltung.

Kooperationen mit regionalen Trägern, Pflegekassen und/oder der Wohnungswirtschaft sind erwünscht.

Sowohl haupt- als auch ehrenamtliche Kräfte sind in den Seniorenservicebüros tätig. Die Einbeziehung von ehrenamtlichen und freiwilligen Seniorinnen und Senioren ist ausdrücklich erwünscht.

Förderung

Das Land Niedersachsen wird von 2008 bis einschließlich 2011 fünfzehn

Seniorenservicebüros fördern. Die Förderung umfasst Personal- und Sachkosten von bis zu 40.000 Euro jährlich und endet nach vier Jahren. Die Qualifizierungskosten für die Seniorenbegleitung werden ebenfalls gefördert.

Anträge

Antragssteller können sowohl freie Träger als auch Kommunen sein. In jedem Fall ist die zustimmende Begleitung des zuständigen Landkreises oder der kreisfreien Stadt bei Antragstellung erforderlich; denn es kann maximal ein Servicebüro pro Landkreis gefördert werden.

Anträge sind zu richten an:
NIEDERSÄCHSISCHES LANDESAMT FÜR
SOZIALES JUGEND UND FAMILIE
Postfach 100844, 31108 Hildesheim
Stichtag ist der 31. März 2008.

Erläuterungen zu den Pflichtbausteinen:

Freiwilliges Jahr für Seniorinnen und Senioren (FJS)

Die persönlichen Erfahrungen und Fähigkeiten Älterer sind besonders gefragt. Das Freiwillige Jahr für Seniorinnen und Senioren (FJS) bietet älteren Menschen die Möglichkeit, sich gemeinsam mit anderen zu engagieren. Das Einsatzgebiet reicht von sozialpflegerischen Einrichtungen über Kirchengemeinden und Verbänden bis hin zu Bildungseinrichtungen, Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der Behindertenhilfe. Die Freiwilligen engagieren sich mindestens für ein halbes Jahr ein bis zwei Tage pro Woche.

Alltagsbegleitung und Haushaltsassistenten für Seniorinnen und Senioren (DUO)

Das Interesse, Hilfe für den Alltag von Bürger zu Bürger anzubieten, ist aufgrund der veränderten Familienstrukturen sehr gefragt. Bei der Alltagsbegleitung und Haushaltsassistenten handelt es sich um ein Konzept zur Qualifizierung und Vermittlung von ehrenamtlichen Alltagsassistentinnen und -assistenten. Durch eine qualifizierte Schulung sollen Engagierte unterschiedlichsten Alters und fachlicher Kenntnisse auf eine freiwillige ehrenamtliche Aufgabe vorbereitet werden.

Eine frei wählbare Pflichtaufgabe kann sein: Die Vermittlung, Organisation und Koordination von Patenschaften zwischen den Generationen, Wohnberatung, Vermittlung eines Einkaufsservice, Information über präventive Hilfen, geriatrische Rehabilitation und Pflege oder allgemeine Informationen zur Lebens- und Alltagsbewältigung im Alter.

Weitere Informationen:
LANDESAGENTUR GENERATIONENDIALOG
Nds., Dagmar Vogt-Janssen,
Fenskeweg 2, 30165 Hannover,
Tel.: (05 11) 38 81 18 96, E-Mail:
dagmar.vogt-janssen@gesundheit-nds.de,
Internet: www.generationendialog-
niedersachsen.de

Anschrift der Verfasserin: siehe Impressum

S. Milz, S. Meier, C. Stock

Evaluation des Arbeitskreises gesundheitsfördernder Hochschulen

1995 gründeten die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. (LVG) und der Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen (FGN) unter Mithilfe der Universität Bielefeld einen Arbeitskreis, der zunächst durch den Austausch von Know-how und die Bekanntmachung des Themas Gesundheitsförderung an Hochschulen gekennzeichnet war. Mittlerweile stellt der Arbeitskreis weltweit das größte und aktivste Netzwerk zur Gesundheitsförderung an Hochschulen dar.

Alle Hochschulen sowie Institutionen und Personen, die in der Gesundheitsförderung an Hochschulen tätig und/oder daran interessiert sind, können dem Arbeitskreis beitreten. Derzeit umfasst der Arbeitskreis 222 Personen (Stand: Ende 2007). Diese kommen aus mehr als 70 Hochschulen und weiteren relevanten Institutionen.

Das Ziel des Arbeitskreises besteht darin, gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen an Hochschulen zu initiieren und zu unterstützen. Dabei orientiert er sich an der Ottawa-Charta der WHO mit ihren Grundsätzen



Gabriele Windus

Erfahrungen mit neuem Nichtraucherschutzgesetz sind positiv

zur Gesundheitsförderung. Der Arbeitskreis baut auf dem Setting-Ansatz auf und unterstützt die Hochschulen bei dessen Umsetzung.

Die Evaluation und ihre Ergebnisse

Die Evaluation des Arbeitskreises erfolgte mit Hilfe des ›multi faceted network assessment instrument‹ nach Broesskamp-Stone (2004). Als Methoden kamen eine Dokumentenanalyse, zwei Experteninterviews und eine Mitgliederbefragung (N=33) mit einem standardisierten Fragebogen zum Einsatz. Durchgeführt wurde die Untersuchung an der Universität Bielefeld.

Die Analyse zeigte im Ergebnis, dass die vom Arbeitskreis verfolgten Visionen ›von einander lernen‹, ›Gesundheitsförderung an Hochschulen als Zukunftsaufgabe für die Gesellschaft‹ und ›Partizipation‹ zum Großteil als erreicht betrachtet werden können.

Weiterhin wurde deutlich, dass die Mitglieder durch die Komplexität und die Verbundenheit des Arbeitskreises sowie durch vertrauensvolle Beziehungen, bestehende Kontakte und die Verwirklichung des ›Gesetzes der Gegenseitigkeit‹ Unterstützung erfahren.

Allgemeine Netzwerkgrundsätze, wie z. B. die Implementierung und Verwirklichung des ›Gesetzes der Gegenseitigkeit‹, das Teilen von Informationen, Ressourcen und Risiko, der gleiche Zugang zu Ressourcen für jedes Mitglied sowie Verantwortlichkeit und Konsens-Orientierung können als von dem Arbeitskreis umgesetzt bewertet werden. Eine Ausnahme stellt die Vermeidung von Zentralität dar.

Die Mitgliederbefragung zeigte auch positive Effekte der Netzwerkarbeit bezüglich der Gesundheit von Studierenden und Beschäftigten an den beteiligten Hochschulen: Drei Viertel der befragten Mitglieder nahmen gesundheitliche Verbesserungen bei den Beschäftigten und fast die Hälfte der Befragten nahmen diese bei den Studierenden wahr.

Vorschläge für die weitere Arbeit

Aus der Netzwerkevaluation lassen sich folgende Vorschläge zur Optimierung der Arbeit des Arbeitskreises ableiten:

- Hochschulen im Osten sollten

verstärkt zur Mitarbeit aufgefordert werden, um die Nord-West-Lastigkeit abzuschwächen.

- Stärkung horizontaler Kommunikation zum Abbau der Zentralität in der Netzwerkarbeit
- Verbesserung der Einbindung der Personen, die die Hochschule im Arbeitskreis repräsentieren, in die Gesamtpolitik der Hochschule
- Verbesserung der Integration von Gesundheit/Gesundheitsförderung ins Leitbild von Hochschulen bzw. Übertragung der Leitsätze des Arbeitskreises in die Hochschulen
- Stärkere Fokussierung auf die Umsetzung langfristiger Ziele
- Verstärkter Einbezug von Studierenden
- Gesundheitsförderliche Bedingungen für Studierende in den Hochschulen stärker in den Blick nehmen
- Vernetzung mit anderen Ländern verstärken

Zusammenfassend zeigte die Evaluation, dass der Arbeitskreis Gesundheitsfördernder Hochschulen effektiv arbeitet, sinnvolle Strukturen und Prozesse aufgebaut und praktikable Grundsätze formuliert hat. Durch sein 12-jähriges Bestehen hat der Arbeitskreis bewiesen, dass er in der Lage ist, sich verändernden Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung an Hochschulen anzupassen und adäquat auf Veränderungen zu reagieren.

Literatur bei den Verfasserinnen

SIMONE MILZ, SABINE MEIER, *Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG Bevölkerungsmedizin und biomedizinische Grundlagen, Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld, E-Mail: SimoneMilz@gmx.de*
 ASSOC. PROF. DR. CHRISTIANE STOCK, *University of Southern Denmark, Institute of Public Health, Niels Bohrs Vej 9-10, DK 6700 Esbjerg, E-Mail: cstock@health.sdu.dk*

Nach einem Gutachten des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg sind etwa 140.000 Todesfälle pro Jahr in Deutschland ursächlich auf Folgen des Tabakrauchens zurückzuführen; davon werden rund 3.300 vorzeitige Todesfälle dem Passivrauchen zugeschrieben.

Auf dem so genannten ›Nichtraucher-Gipfel‹ am 23.02.2007 in Hannover haben die Länder beschlossen, zum Schutz der Bevölkerung vor den schwerwiegenden gesundheitlichen Gefahren des Passivrauchens eigene gesetzliche Regelungen zu erlassen.

Ausgehend von dieser Grundsatzentscheidung hat der Niedersächsische Landtag das Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens (Nds. NiRSG) beschlossen, das am 01.08.2007 in Kraft getreten ist. Mit diesem Gesetz gewährleistet Niedersachsen als eines der ersten Bundesländer einen umfassenden Schutz vor dem Passivrauchen.

Die Rauchfreiheit, auf die das Nds. NiRSG mit insgesamt 11 Regelungen zielt (unter anderem in Landesbehörden, Gerichten, Kindertagesstätten, Schulen, Jugendeinrichtungen, Sporthallen, Museen, Krankenhäusern, Heimen und der Gastronomie), wird in den meisten Bereichen inzwischen problemlos umgesetzt.

Ausnahmen von dem Rauchverbot sind für einen vollständig umschlossenen Nebenraum in einem öffentlichen Gebäude oder einer Einrichtung möglich sowie in Wohnbereichen von Heimen, Hafträumen und dann, wenn Therapieziele in medizinischen Einrichtungen sonst gefährdet wären. Raucherräume müssen von ihrer Funktion her untergeordnet und an ihrem Eingang deutlich sichtbar gekennzeichnet sein. Ausnahmen gelten allerdings nicht für Schulen, Einrichtungen, die Kinder oder Jugendliche aufnehmen, Sporthallen und Hallenbäder. In Schulen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe gilt das Rauchverbot ebenfalls auf den Hof- und Freiflächen.

In Gaststätten, Diskotheken und Festzelten gilt wegen der besonders hohen Belastung durch die Schadstoffe ein grundsätzliches Rauchverbot. Wirtinnen und Wirte können ebenfalls einen Nebenraum als Raucherraum ein-

richten. Er muss vollständig umschlossen und deutlich sichtbar gekennzeichnet sein. Es darf sich dabei nicht um einen Durchgangsbereich oder eine Abtrennung durch Vorhänge handeln.

Der Nichtraucherschutz in Gaststätten wird in der Regel konstruktiv umgesetzt, wenngleich die Ausnahmeregelungen noch häufig der Klärung im Einzelfall bedürfen (z. B. bei Überschneidungen von Gastronomie und anderen Betrieben wie Spielkasinos oder Vereinshäusern). Die überwiegende Mehrheit der Menschen begrüßt die rauchfreie Gastronomie. Dies hat schon eine Befragung des Deutschen Krebsforschungszentrums aus dem Jahr 2006 belegt, in der sich zwei Drittel aller Deutschen dafür aussprachen.

Um mögliche Fragen und Probleme nach der Einführung des NiRSG zu begleiten, hat das Sozialministerium einen Tag nach Inkrafttreten eine eigene Telefonhotline eingerichtet, die rege genutzt wurde.

Für die Einhaltung des Nichtraucherschutzes ist die Inhaberin oder der Inhaber des Hausrechts bzw. für Gaststätten die Betreiberin oder der Betreiber – bzw. die von diesen Beauftragten – verantwortlich. Wer in Niedersachsen vorsätzlich das Rauchverbot nicht einhält, handelt ordnungswidrig; dieses Verhalten kann mit einer Geldbuße zwischen 5 und 1000 Euro geahndet werden. Wegen ihrer Ortsnähe sind für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach dem NiRSG die Städte und Gemeinden zuständig. Diese mussten bisher in der Gastronomie nur vereinzelt Verwarnungen aussprechen oder Bußgelder verhängen.

Mit dem NiRSG hat der Gesundheitsschutz höchste Priorität erhalten. Ziel ist der Schutz vor den Folgen des Passivrauchens, von dem z. B. auch Gelegenheitsraucher profitieren. Rauchfreiheit wird für die Regelungsgebiete zum Normalfall.

DR. GABRIELE WINDUS, *Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 120 30 43, E-Mail: Gabriele.Windus@ms.niedersachsen.de*

T. A. Schmidt, D. Vogt-Janssen

Altenpflege + ProPflege 2008

Vom 12. bis 14. Februar 2008 fand in Hannover die Altenpflege + ProPflege statt. Diese Veranstaltung umfaßt eine Fachmesse mit Kongress für Pflege, Therapie, Betreuung und professionelle Patientenbetreuung und findet jährlich wechselnd in Hannover oder Nürnberg statt. Im Rahmen des Fachkongresses wurden rund 75 Einzelveranstaltungen in Form von Seminaren und Workshops zu verschiedenen Pflegethemen angeboten.

Von der Redaktion der Zeitschrift *Altenpflege* des Vincentz-Verlages wurde bereits zum 17. Mal der Altenpflegepreis verliehen, den das ›Minna-Sattler-Seniorenzentrum‹ der Arbeiterwohlfahrt in Dortmund erhielt. Ausgezeichnet wurde die Einrichtung für ihr besonderes Engagement in der Betreuung gehörloser älterer Menschen.

Neben verschiedenen Foren fand in diesem Jahr bereits zum fünften Mal die Sonderschau ›Lebensräume‹ unter dem Motto ›leben.wohnen.arbeiten‹ statt, die von universal design e. V. organisiert wurde. Präsentiert wurden Produkte und Dienstleistungen, die eine Nutzung unabhängig vom Alter ermöglichen sollen, Konzepte für Pflegeberufe sowie architektonische Lösungen.

Ergänzt wurde die Sonderschau von einem umfangreichen Programm mit verschiedenen moderierten Beiträgen und Aktivitäten. Der erste vormittägliche Programmpunkt ›... auf die Dauer hilft nur Power‹ forderte zur Teilnahme am Fitnesstraining für Jung bis Alt auf. Weiterhin fanden Diskussionsforen mit verschiedenen Referentinnen und Referenten zur Situation und Entwicklung der Pflege aus verschiedenen Blickrichtungen statt. Diskutiert wurden u. a. die Themen besondere Anforderungen an Pflege, ›Daheim – statt im Heim‹, neue Konzepte für eine aktivierende Pflege, Mobilisierung der Zivilgesellschaft sowie Wohnkonzepte und Wohnraumanpassung. Mitarbeiterinnen der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. nahmen an den Diskussionen zu den Themen Ehrenamt vs. Professionalität und Herausforderungen der neuen Landflucht an die (vor-)pflegerische Versorgung in den Städten teil. Vorgestellt wurden in diesen Zusammenhängen niedrigschwellige

Betreuungsangebote für Menschen mit demenzieller oder psychischer Erkrankung bzw. geistiger Behinderung sowie die in Niedersachsen geplanten Seniorservicebüros für ältere Menschen.

Anschrift der Autorinnen: siehe Impressum

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: (05 11) 3 50 55 95
E-Mail: info@gesundheit-nds.de
Internet: www.gesundheit-nds.de
ISSN: 1438-6666

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

Redaktion: Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Iris Bunzendahl, Mareike Claus, Irena Diel, Sabine Hillmann, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter, Tania-Aletta Schmidt, Dr. Ute Sonntag, Kerstin Utermark, Dagmar Vogt-Janssen, Irntraut Windel, Birgit Wolff
Beiträge: Gesine Bär, Winfried Becker, Niclas Beier, Annette Brümmer, Ingeborg Dahlmann, Kirsten Faust, Kathrin Gattermann, Kathrin Hodler, Prof. Dr. Claudia Hornberg, Bettina Kaiser, Prof. Dr. Thomas Klie, Swantje Köbsell, Prof. Dr. Frauke Koppelin, Claudia Kwirand, Prof. Dr. Bettina Lindmeier, Sabine Luther, Sabine Meier, Dr. Sabine Metzging, Dirk Meuer, Simone Milz, Ernst-Albrecht von Moreau, Heike Otremba, Andrea Pauli, Detlef Sauthoff, Jörg große Schlarman, Prof. Dr. Wilfried Schnepf, Roland Schüler, Hannelore Sonnleitner-Doll, Thomas Stoch, Prof. Dr. Christiane Stock, Prof. Dr. Reinhold Stöppler, Prof. Dr. Georg Theunissen, Prof. Elisabeth Wacker, Prof. Petra Weber, Ann-Christin Werner, Dr. Gabriele Windus, Petra Winkler

Sekretariat: Dana Kempf

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 59: 30.04.08

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

Auflage: 7.000

Gestaltung: formfuersorge, Jörg Wesner
Druck: Interdruck Berger & Herrmann GmbH
Erscheinungsweise: 4x jährlich, im Quartal

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

Thomas Stoch

Wirksame Hilfen für Familien von Menschen mit Behinderung

... am Beispiel des Familienentlastenden Dienstes (FED)

Um es vorweg zu nehmen: Familien von Kindern mit Behinderung sind nicht automatisch überlastet, sie sind auch nicht in besonderem Maße unglücklich. Vielmehr finden sich in Familien, in denen Angehörige mit Behinderungen leben, häufig eine Herzlichkeit und ein familiärer Zusammenhalt, wie er in anderen Familien nicht üblich ist. Eltern wachsen mit ihrer Aufgabe, für ein behindertes Kind zu sorgen, für seine Rechte zu kämpfen und die bestmögliche Förderung und Unterstützung zu erhalten.

›Manchmal denke ich, dass es gut war, ein behindertes Kind zu bekommen. Auch wenn es damals ein Schock für uns war – heute sehe ich die Welt mit anderen Augen und freue mich über Kleinigkeiten. Ich glaube, ohne diesen Schicksalsschlag wäre ich ein langweiliger Spießbürger geworden, so das Original-Zitat eines Vaters.

Natürlich gibt es Situationen, in denen Eltern verzweifeln. Die erste Diagnose stellt das eigene Lebenskonzept in Frage, die Beziehung zum Partner bzw. zur Partnerin, zu Freunden und Verwandten wird auf die Probe gestellt.

Unverständnis, Betroffenheit, gut gemeinte Ratschläge

Als belastend werden vor allem die Reaktionen des Umfeldes beschrieben: Unverständnis, Betroffenheit, gut gemeinte Ratschläge, außerdem die häufige Odyssee auf der Suche nach Antworten, nach neuesten medizinischen Erkenntnissen. Der Umgang mit Ämtern und Behörden wird als belastend erlebt. Den Betroffenen fehlt es an Informationen. Sie wünschen sich einen Austausch und eine Unterstützung durch andere Menschen in einer ähnlichen Lebenssituation.

Beratung, Betreuung, Begegnungsmöglichkeiten

Hier greift der Familienentlastende Dienst (FED) des DRK Wolfenbüttel mit seinen vielfältigen Angeboten. Über 250 Familien aus der Region Braunschweig/Wolfenbüttel erhalten seit Gründung des FED im Mai 2003 eine

unabhängige Beratung, finden Begegnungsmöglichkeiten mit anderen Familien und nutzen ein System der häuslichen Pflege und Betreuung durch gut ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des FED.

Nach sorgfältiger Absprache wird die Betreuung zu Hause stunden- oder tageweise übernommen, um die Angehörigen punktuell und je nach Bedarf zu unterstützen. Die Eltern nutzen diese Betreuungsstunden als wertvolle Möglichkeit, sich selbst entspannen zu können, sich Hobbies oder anderen Beschäftigungen zu widmen oder sich intensiver den Geschwisterkindern oder dem eigenen Partner zuzuwenden.

Kraft für den Alltag

So entstehen Inseln, die Kraft für den Alltag geben, aus denen Lebensmut und neue Impulse geschöpft werden können. Insofern sind diese Angebote ein wichtiger Beitrag für die Zufriedenheit und Gesundheit pflegender Angehöriger.

Darüber hinaus steht den betroffenen Familien ein umfangreiches Gruppen- und Freizeitangebot zur Verfügung. Gemeinsame Veranstaltungen und Aktivitäten für Kinder mit und ohne Behinderung bieten einen hohen Freizeitwert und steigern deren Lebensqualität. Gerade heranwachsende Kinder und Jugendliche mit einer Behinderung wollen sich altersgemäß beschäftigen und Freunde treffen. Dabei merkt man ihnen die Freude und den Spaß deutlich an. Sie profitieren von diesen Angeboten und werden so nachhaltig gefördert.

Aussage einer Mutter: ›Ich merke, dass meine Tochter glücklich ist, wenn sie Ihre Angebote wahrnimmt – also geht es auch mir gut, weil ich weiß, sie ist gut aufgehoben.‹

Der FED des DRK Wolfenbüttel leistet derzeit über 50.000 Betreuungsstunden im Jahr und beschäftigt 40 hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und über 150 Ehrenamtliche. Die Leistungen des FED werden von den örtlichen Sozialhilfeträgern und den Pflegekassen übernommen. Der FED des Deutschen Roten Kreuzes Wolfenbüttel ist ein anerkanntes niedrigschwelliges Betreuungsangebot und

wird durch das Land Niedersachsen und durch die Aktion Mensch e. V. unterstützt.

THOMAS STOCH, *Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Wolfenbüttel e.V., Dietrich-Bonhoeffer-Straße 8, 38300 Wolfenbüttel, Tel.: (0 53 31) 97 50 23, Fax: (0 53 31) 97 50 97, E-Mail: fed@drk-wolfenbuettel.de, Internet: www.drk-wolfenbuettel.de*

Hannelore Sonnleitner-Doll

Kooperationsprojekt ›Frau sein mit Behinderung‹

In Frankfurt leben ca. 25.000 Frauen mit körperlicher Behinderung. Die Gesundheitsvorsorge für Frauen und Menschen mit Behinderung hat einen hohen Stellenwert, da sich viele von ihnen regelmäßig wegen ihrer Erkrankungen und Behinderung in ärztliche Behandlung begeben müssen. Treppen vor den Arztpraxen, zu schmale Türen, fehlende oder zu kleine Aufzüge stellen jedoch alltägliche, teilweise unüberwindbare Barrieren für Menschen mit Behinderung dar. Gehörlose Frauen und Frauen, die geistig behindert genannt werden, bzw. Frauen mit Lernschwierigkeiten beklagen ein zu geringes Zeitbudget in den Arztpraxen sowie Schwierigkeiten bei der Verständigung.

Frauen mit Körperbehinderung, die eine gynäkologische Untersuchung durchführen lassen wollen, haben einen im wahrsten Sinne des Wortes beschwerlichen Weg vor sich: Zunächst müssen sie mit dem Rollstuhl in die Arztpraxis gelangen, um anschließend – oft unter extrem schwierigen Umständen – auf den gynäkologischen Stuhl oder auf die extrabreite und hohe Untersuchungsfläche ›hochzusteigen‹. Eine solche Spezialliege ist in den meisten Arztpraxen bisher nur selten vorhanden.

Das Angebot

Um diese Situation behinderter Frauen bei gynäkologischen Untersuchungen im **pu** 58/2008

wie auch bei Beratung und Information zu verbessern, entstand 1998 in Kooperation des pro familia Ortsverbands Frankfurt am Main e. V. mit dem Club Behinderter und ihrer Freunde in Frankfurt und Umgebung (CeBeeF) e. V. ein spezielles Angebot. Wir behandeln Themen wie Sexualität, Liebe, Partnerschaft, Familienplanung sowie Gesundheit und möchten Frauen mit Behinderung konkrete Hilfsmöglichkeiten anbieten wie

- Einzelberatung (Peer Counseling)
- Paarberatung
- Medizinische und gynäkologische Untersuchung (höhenverstellbarer Untersuchungsstuhl, Lifter und Liege vorhanden)
- Ärztliche Beratung ohne Zeitdruck
- Gesprächsgruppen und andere Gruppenangebote
- Informationsveranstaltungen
- Medizinisches Beratungstelefon
- Beratung per E-Mail

Das Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt unterstützt diese Kooperation mit öffentlichen Mitteln seit Jahren. Da die Themen ›Weibliche Sexualität, ›Verhütung, ›Behinderung und Kinderwunsch‹ im Kontext ihrer Erkrankung einem Tabu unterliegen, müssen Menschen mit Behinderung eine Möglichkeit und einen entsprechenden Rahmen erhalten, sich damit ernsthaft auseinander zu setzen. Dies erfordert nicht nur sehr viel Einfühlungsvermögen, Verständnis und Einsicht der Ärztin und Beraterin in spezielle Lebenssituationen und Lebensführungen, sondern bedarf auch eines großen zeitlichen Aufwandes.

Da die Frauen oft mehrere Krankenhausaufenthalte und Operationen hinter sich haben, diverse Medikamente einnehmen und auch Ärztinnen/Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen regelmäßig aufsuchen müssen, ist eine besonders gründliche und sorgfältige Anamnese notwendig. Nach der Anamnese wird die Klientin per Hebelifter aus dem Rollstuhl entweder auf die Untersuchungsliege oder auf den gynäkologischen Stuhl gehoben. Unsere Mitarbeiterinnen helfen beim Aus- und Anziehen bzw. dabei, die Klientin entsprechend zu lagern. Diese Sitzungen

sind zeitintensiv und körperlich für alle Beteiligten anstrengend. Sie dauern im Durchschnitt ca. 1–1,5 Stunden.

Die Behindertensprechstunde wurde 2007 von ca. 200 Ratsuchenden in Anspruch genommen. Das Alter der Mädchen und Frauen mit Behinderung lag zwischen 13 und 80 Jahren.

Im Rahmen des Kooperationsprojektes ›Frau sein mit Behinderung‹ nehmen unsere Ärztinnen an gemeinsamen Veranstaltungen und Gruppenangeboten mit dem CeBeeF teil. Es finden Film- und Informationsabende, Kurse zu ›Feldenkreis‹ und zur ›Brustselbstuntersuchung nach der Mamma-Care Methode‹ für Frauen mit körperlicher Behinderung statt.

Die Angebote des in der Bundesrepublik einmaligen Projektes versetzen Frauen mit Behinderung in die Lage, sich in jeweils unterschiedlicher Form, beispielsweise durch Rollenvorbilder in Filmen, bei Angeboten zur Körperwahrnehmung oder zur Anregung der Sinne, im geschützten Rahmen und gemeinsam mit anderen Frauen mit Behinderung mit sich selbst in Bezug auf ihre Sexualität auseinander zu setzen. 2008 feiert das Kooperationsprojekt sein zehnjähriges Jubiläum.

PETRA JACOBS, *CeBeeF e. V.*,
Elbinger Straße 2, 60487 Frankfurt am
Main, Tel.: (0 69) 97 05 22-86,
E-Mail: p.jacobs@cebeef.com

HANNELORE SONNLEITNER-DOLL, *pro familia*,
Ortsverband Frankfurt am Main e. V.,
Palmengartenstraße 14, 60325 Frankfurt
am Main, Tel.: (0 69) 90 74 47 44,
E-Mail: frankfurt-main@profamilia.de

Gesine Bär

Verfügungsfonds und Mikrofinanzierungen

... als Instrumente der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung

Stadtteilbezogene Entwicklungsansätze, wie der WHO-Setting-Ansatz oder der Ansatz ›Soziale Stadt‹, stellen umfassende Ansprüche an Beteiligung. Ziel der Beteiligung ist es, die Bewohnerinnen und Bewohner eines Stadt-

teils dazu zu befähigen, ihre Interessen selbst zu artikulieren und sich zu Akteuren und Akteurinnen des lokalen Entwicklungsprozesses zu machen.

Auf diese Weise können, so die Modellvorstellung, die persönlichen Lebensverhältnisse, die Organisationsstrukturen und Angebote, die Lebensumwelt im Stadtteil und subjektive Aspekte wie das eigene Wohlbefinden und das Gefühl, selbst Einfluss nehmen zu können, verbessert werden. Ein wichtiges Instrument zur Entfaltung des lokalen bürgerschaftlichen Engagements ist ein durch Stadtteilgremien selbstverwaltetes Budget. Abgeleitet aus den positiven Erfahrungen der Sozialen Stadt wird die Fondsidee gegenwärtig im Rahmen des Forschungsprojektes ›Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung‹ in drei Fallstudienstadtteilen erprobt. Das Gesamtprojekt wird vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) durchgeführt und vom Ministerium für Bildung und Forschung finanziert.

Verfügungsfonds in den Gebieten der Sozialen Stadt

Mit unterschiedlicher Bezeichnung in den einzelnen Bundesländern (Stadtteilbudgets, Verfügungsfonds, Aktionsfonds, Gebietsfonds) werden den Quartiermanagements Mittel zur schnellen und unbürokratischen Projektfinanzierung an die Hand gegeben. Die Ergebnisse einer vom Difu als Bundestransferstelle Soziale Stadt 2005/2006 durchgeführten Befragung in den Programmgebieten Soziale Stadt zeigen, dass gut die Hälfte der Gebiete über einen solchen Fonds verfügt. Die Höhe der jährlichen Mittel liegt in der Mehrzahl der Fälle zwischen 10.000 und 25.000 Euro.

Die Vergabe der Mittel ist in den einzelnen Gebieten unterschiedlich geregelt. Sie reicht von der Vergabe durch das Quartiermanagement über die Vergabe in Kooperation mit Gremien, in denen lokale Akteure und Bewohnerschaft vertreten sind bis hin zur Vergabe mit eigens eingerichteten Bürgerjurs.

Die Evaluationen der Bundes- und Landesprogramme belegen die gute Wirkung durch den unmittelbaren Zugriff auf einen Fonds. Dies schafft

einen konkreten Anlass für Mitwirkung, motiviert die Beteiligten und zeitigt rasche und kontrollierbare Ergebnisse. In der schnellen Realisierbarkeit von lokal entstandenen Bedarfen liegt eine besondere Stärke des Instruments. Es hat sich gezeigt, dass es häufig die vielen, kostenmäßig eher kleinen Projekte sind, die freiwilliges Engagement vor Ort ergänzen und ermöglichen. Dabei wurde in den verschiedenen Evaluationen der kritische und sparsame Umgang der Jurys mit den zu vergebenden Mitteln betont. Das begrenzte Budget hat außerdem eine Diskussion über Prioritäten und Strategien bei der Förderung entfacht.

Mikroprojektförderung im Stadtteil

Die ersten empirischen Erfahrungen im Forschungsprojekt haben den Bedarf für ein solches Instrument für Mikrofinanzierungen in der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung gezeigt. Gerade durch die nicht-investive Bindung der Sozialversicherungsmittel kann ein solches Gesundheitsförderungsbudget in idealer Weise Verfügungsmittel komplementieren.

Das Difu hat zusammen mit den Praxispartnerinnen und -partnern in Hamburg-Altona Lurup ein Modell für eine solche Fondsförderung entwickelt: Im Rahmen von vorab definierten Vergabekriterien werden für kleinere, schnell zu realisierende Projekte ›Mikrofinanzierungen‹ zur lokalen Gesundheitsförderung durch lokale Vergabegremien bewilligt. Dabei ist an die Verfahren der sozialen Stadtteilentwicklung anzuknüpfen, die, wenn noch nicht geschehen, auch die Bewohnerschaft des Fördergebiets einbeziehen sollte.

Ziel des Verfahrens ist es, neben der Stärkung von lokaler Verantwortung und Partizipation einen passgenauen, unbürokratischen und zügigen Mitteleinsatz zu ermöglichen. Den Zuwendungsgebern wird der Aufwand einer kleinteiligen Mittelbewilligung und -abrechnung erspart. Seitens der Krankenkassen wird für eine Bereitstellung von solchen ›Setting-Budgets‹ ein klares Bekenntnis der Kommune zur (gesundheitsfördernden) Stadtteilentwicklung sowie die Kompatibilität mit den Kriterien des Leitfadens der

Spitzenverbände zur Umsetzung des § 20 SGB V vorausgesetzt.

Die Umsetzung des Instruments der gesundheitsfördernden Mikrofinanzierungen wird in den drei am Projekt beteiligten Fallstudienstädten sehr unterschiedlich verlaufen. Die Beteiligten (Krankenkassen und lokale Koordination) steuern nun das Ziel an, am Ende der Pilotphase pauschale Bewilligungen von qualitätsgesicherten Vergabeprozessen durch die Krankenkassen zu etablieren. Das Forschungsprojekt wird diesen Praxistest wissenschaftlich begleiten und prüfen, inwieweit Verfügungsmittelmodelle für die gesundheitsfördernde Setting-Entwicklung einsetzbar sind.

GESINE BÄR, *Deutsches Institut für Urbanistik (Difu), Straße des 17. Juni 112, 10623 Berlin, Tel.: (0 30) 39 00 12 99, E-Mail: baer@difu.de*

Detlef Sauthoff, Dirk Meuer

Gesundheitsprävention durch Streitschlichtung

Während das Verfahren der Mediation mittlerweile in vielen gesellschaftlichen Bereichen angewandt wird und insbesondere an Schulen zunehmend über Konfliktlotsen- bzw. Streitschlichtertrainings verankert wird, sind Mediation und Streitschlichtertrainings für Menschen mit Behinderung bislang weitgehend Neuland. Auch in diesem Bereich führen erfolgreiche Streitschlichterprojekte zu positiven Wirkungen auf die Selbstbestimmung der Einzelnen, auf das Betriebsklima und auf das Wohlbefinden der Beschäftigten, wie ein Projekt in Leer zeigt.

Streitschlichtertraining in Leer

In den betreuten Werkstätten der Lebenshilfe Leer fanden in den Jahren 2003 und 2004 zwei Durchgänge einer Streitschlichtertraining statt. Insgesamt wurden in dieser fünfzügigen Ausbildung zwölf Teilnehmerinnen und Teilnehmer befähigt, als Streitschlichter in Konflikten zu vermitteln.

Den theoretischen Hintergrund der Ausbildung bildete das Konzept der

Mediation. Mediation bedeutet, dass die streitenden Parteien in einem Konflikt von einer dritten Person, dem Mediator bzw. der Mediatorin, als selbständige und handlungsfähige Akteure dabei unterstützt werden, ihren Konflikt eigenverantwortlich und einvernehmlich zu lösen.

Die fünf Schritte der Streitschlichtung (1. Einstieg; 2. Sichtweisen der Parteien, Themensammlung; 3. Konflikterhellung; 4. Lösungssuche; 5. Vereinbarung) strukturieren das Verfahren und machen es gut erlernbar.

Von den zwölf in Leer ausgebildeten Streitschlichterinnen und Streitschlichtern haben zwei, Elke Freimut und Oskar Wagner, die Streitschlichtung in besonderem Maße für sich entdeckt. Sie leben Streitschlichtung mit ganzem Herzen. Mit Unterstützung einer Sozialarbeiterin haben sie ein Streitschlichtungs-Büro organisiert und eingerichtet. Das Angebot wird von den ca. 90 Beschäftigten in ihrer Werkstatt gut angenommen. Im Schnitt machen sie eine Streitschlichtung pro Woche.

Daneben bieten sie zusammen mit der externen Trainerin Monika Fiedler ca. zweimal im Jahr Fortbildungen zu den Themen ›Streitschlichtung – Was bringt das?‹ (3 Tage) und ›Wie gehe ich mit Konflikten um?‹ (5 Tage) für jeweils 12 Teilnehmende an. Die Fortbildungen sind in der Regel ausgebucht.

Selbstbestimmung und Gesundheitsprävention

Die Etablierung des Streitschlichtungsprojekts in Leer hat nach Aussage von Oskar Wagner und von Wilhelm Fröhling, dem Leiter des begleitenden Dienstes, positive Auswirkungen sowohl auf einzelne Teilnehmende der Ausbildung als auch auf das Betriebsklima. Oskar Wagner berichtet, dass er selbst seit der Ausbildung insgesamt sehr viel ruhiger und selbstbewusster geworden ist. In Konflikten könne er mit einem Bewusstsein für die eigenen Bedürfnisse, wie für die der anderen konstruktiver agieren. Er hat außerdem beobachtet, dass er insgesamt besser in der Lage ist, sich um seine psychischen Bedürfnisse und um seine körperliche Gesundheit zu kümmern. Zudem habe sich das Betriebsklima deutlich

verbessert. Auch die anderen Beschäftigten seien insgesamt ruhiger und ausgeglichener geworden.

Wilhelm Fröhling, Leiter des begleitenden Dienstes der betreuten Werkstätten in Leer, kann das aus seiner Sicht bestätigen. Der begleitende Dienst wird durch das Angebot der Streitschlichtung von Beschäftigten für Beschäftigte deutlich entlastet. Gerade angesichts zunehmenden dissozialen Verhaltens neuer Beschäftigter ist die Streitschlichtung in seinen Augen eine wertvolle integrierende und entlastende Maßnahme. Zusätzlich werde die Selbstbestimmung der Beschäftigten entscheidend gefördert. In der Zusammenschau mit dem Engagement der Gruppenleitung, dem Beratungsangebot des begleitenden Dienstes und dem Fortbildungsangebot, das u. a. auch gesundheitliche Themen und Selbsterfahrungsangebote beinhaltet, sieht er die Streitschlichtung als wichtigen Baustein zur Förderung der Selbstbestimmung und der Gesundheitsprävention der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

DIRK MEUER, DETLEF SAUTHOFF,
Elisabethstraße 2, 26135 Oldenburg,
E-Mail: Dirk.Meuer@web.de,
D.Sauthoff-Mediator@gmx.de

Ernst-Albrecht von Moreau

Lebenshilfe Lüneburg-Harburg zeigt Rückgrat!

Mit dem Projekt ›Ergonomie im Betrieb – Gesundheit für alle‹ ergriff die Lebenshilfe Lüneburg-Harburg im März 2006 die Initiative für ein innovatives Präventionsprojekt. Mit Hilfe qualifizierender und individuell beratender Maßnahmen sollen Beschäftigte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Werkstätten fit am Arbeitsplatz bleiben. Dabei steht der Rücken im Fokus des physiotherapeutischen und arbeitswissenschaftlichen Expertenteams, das die Lebenshilfe bei der Umsetzung begleitete.

Belastungen bei der Arbeit

Die Werkstatt für Menschen mit Behinderung in Tostedt ist mit über 200

Beschäftigten und knapp 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei der Verrichtung vielfältiger Dienstleistungen typischen Arbeitsanforderungen ausgesetzt: ständiges Stehen und Auf-den-Beinen-Sein. Außerdem gehören Heben und Tragen, häufig wiederkehrende Tätigkeiten wie auch Zwangshaltungen, z. B. ständiges Sitzen, zum Arbeitsalltag. Diese Belastungen können auf Dauer zu Rückenbeschwerden führen. Auch Verspannungen mit Folgen wie Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen und frühzeitige Ermüdung sind mögliche Folgen. Belastungen sollen nicht zur Last führen.

Projektaufbau

Deshalb wurde im März 2006 eine Qualifizierung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen sowie Führungskräften über mögliche Wirkungen von Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit gestartet. In der zweiten Projektstufe 2007 besuchten die Experten und Expertinnen die Beschäftigten direkt am Arbeitsplatz in der Werkstatt. Dort wurde individuell ausgelotet, welche Sofortmaßnahmen Entlastungen herbeiführen und was selbst getan werden kann, um die Gesundheit dauerhaft zu erhalten.

Alle Aktivitäten und Interviewergebnisse wurden ausgewertet, um nachhaltige Verbesserungsmaßnahmen zu gewährleisten. Es steht fest, zum gesunden Arbeiten gehören zwei Seiten: Eine Seite, die gute Arbeitsbedingungen ermöglicht, und eine andere, die auch gesundheitsförderlich mit den Arbeitsmitteln umgeht. Nur mit Beteiligung aller hat Ergonomie eine Chance.

Unterstützt wurde das Projekt von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sowie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

ERNST-ALBRECHT VON MOREAU, *Lebenshilfe Lüneburg-Harburg gemeinnützige GmbH für die Werkstätten in Stadt und Landkreis Lüneburg und Landkreis Harburg*
Tel.: (0 41 82) 2 20 80 oder 31) 30 18 21

Selbstbehauptung und Selbstverteidigung für Frauen und Mädchen mit Behinderungen

Der Verein Frauen und Mädchen Selbstverteidigung und Sport – FSV e. V. hat 1999 und 2000 einen Teil seiner Trainerinnen in dem Schwerpunkt Selbstbehauptung und Selbstverteidigung für Frauen und Mädchen mit Behinderungen ausbilden lassen. Seitdem werden regelmäßig entsprechende Kurse angeboten. Daraus ist auch eine Kooperation mit anderen Organisationen erwachsen. Zur Zeit beteiligt sich der Verein an einem Projekt der Regenbogenschule, LWL Förderschule mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung im Rahmen von ›Jugend für Vielfalt, Toleranz und Demokratie – gegen Rechtsextremismus, Fremdenfeindlichkeit und Antisemitismus‹. Der FSV stellt die Trainerinnen für dieses Projekt.

Der Arbeitsansatz

Frauen und Mädchen mit Behinderungen werden noch einmal mehr zu Opfern gemacht und als Opfer gesehen als Frauen und Mädchen allgemein. Selbstbehauptung und Selbstverteidigung lernen die Teilnehmerinnen anhand von Rollenspielen, Wahrnehmungsübungen und Techniken. Wichtig ist, bei den Stärken und Fähigkeiten der Teilnehmerinnen anzusetzen, nicht bei ihren Defiziten. Es geht deshalb nicht darum, eine vorgegebene Technik perfekt zu beherrschen. Vielmehr wird in Einzelarbeit für jede die eigene, individuelle Technik oder Strategie entwickelt und eingeübt.

Der Bereich der Selbstbehauptung umfasst:

- das Erfahren des eigenen persönlichen Raumes, um Grenzerletzungen zu identifizieren;
- den Einsatz von Stimme, Körperhaltung und das Kennen lernen der eigenen Ausdruckskraft, um effektiv Grenzen zu setzen;
- die Unterscheidung zwischen angenehmen und unangenehmen Berührungen zu erfahren;
- das Einüben von situationsangemessenen Verhaltensweisen und Gesprächsstrategien in Konfliktsituationen;
- die Information über Formen von Gewalt und ihren Umgang damit;

- der Umgang mit Mobbing durch andere;
- das Absetzen eines Notrufes und das Verhalten bei erfahrener sexualisierter Gewalt;
- das Informieren über bestehende Hilfsinstitutionen wie z. B. Notruf, Mädchenschutzhaus oder Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der Polizei.

Im Bereich der Selbstverteidigung geht es um:

- das Erlernen von Schlägen, Tritten und Stößen;
- das Einüben von Handgelenksbefreiungen;
- die Befreiung aus Würgeangriffen und ›Schwitzkasten‹;
- das Erlernen der Verteidigung aus der Bodenlage;
- das Kennen lernen und Ausnutzen von Schwachstellen des Gegners;
- der Einsatz von Alltagswaffen, z. B. Kuli, Schlüssel und Bürste, zur Abwehr des Gegners;
- der Einsatz von Hilfsmitteln, wie z. B. Rollstuhl, Elektrorollstuhl, Gehhilfen und Krücken, als Waffe.

Ein großer Teil der Täter sexualisierter Gewalt stammt aus dem Nahbereich des Opfers, ist also flüchtig oder sogar näher dem Opfer bekannt. An dieser Tatsache ansetzend gilt es, frühzeitig und auch schon im Kleinen Nein-Sagen zu lernen, um so nicht dem Bild eines geeigneten Opfers zu entsprechen. Schon leichte Gegenwehr kann zu einem Abbruch der Tat führen. Vor diesem Hintergrund vermitteln die Trainerinnen des Frauensportvereins FSV Münster e.V. ihre Kenntnisse.

Organisationsform

Es finden Wochenendveranstaltungen statt. Die Organisation für die Kurse wird in der Regel durch Kooperationen mit Vereinen wie z. B. Zugvogel e. V. – Urlaubsservice für Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer durchgeführt. So können wesentlich mehr Menschen mit Behinderungen erreicht werden.

Zukunftsplanung

Der FSV wird in 2008 eine neue Fortbildung für Trainerinnen durchführen.

Geplant ist auch, Frauen mit Behinderungen als Trainerinnen auszubilden.

KIRSTEN FAUST, *Achtermannstr. 10-12, 48143 Münster, Tel.: (02 51) 51 90 66, Fax: (02 51) 98 79 689, E-Mail: fsv@muenster.de*

W. Becker, B. Kaiser, S. Luther, H. Otremba

Um Schimmels Willen: Feuchteschäden in Wohnräumen und Soziale Lage

Unter dem Titel ›Um Schimmels Willen: Feuchteschäden in Wohnräumen und Soziale Lage‹ ist ein neuer Gesundheitsbericht des Gesundheitsamtes Bremen erschienen. Dieser Bericht ist als gemeinsamer Bericht der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung (GBE) und dem Referat Umwelthygiene entstanden. Er reiht sich ein in die Folge von Gesundheitsberichten, die sich insbesondere mit der sozialen Lage bzw. der sozialen Polarisierung in der Kommune auseinandersetzen.

Feuchtigkeit und Schimmelbildung sind seit langem bekannte Probleme in Innenräumen, die in den letzten Jahren weiter an Bedeutung gewonnen haben. In der Umwelthygiene des Bremer Gesundheitsamtes hat sich die Thematik zu einem Arbeitsschwerpunkt entwickelt. Dabei stellen neben der direkten Beratung vor Ort, der Hilfe zur Selbsthilfe, der Information und Fortbildung auch die Weiterentwicklung von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen wesentliche Bestandteile dieser Arbeit dar.

Ausgehend von einer Auswertung der Wohnungsbegehungen und des Beratungsangebotes für die Jahre 2000–2006 wird der Arbeitsschwerpunkt im Bericht dargestellt. Die Relevanz von Feuchtigkeit und Schimmel spiegelt sich in den Beratungszahlen wider: Durchschnittlich betreffen 72% der Anfragen zu einer Innenraumluftproblematik und 81% der Ortstermine diesen Komplex.

Feuchtigkeit und Schimmelbildung in Wohnräumen können zu gesundheit-

lichen Problemen führen. Bewohner und Bewohnerinnen von Wohnungen mit Feuchteschäden haben ein höheres Risiko für Asthma und Allergien sowie eine höhere Infektanfälligkeit im Vergleich zu Menschen, die nicht in derartigen Wohnungen leben. Die vom Gesundheitsamt durchgeführte Erhebung von Umwelt-, Gesundheits- und Sozialdaten, deren Ergebnisse in diesem Bericht vorgestellt werden, bestätigt die Problematik. Insbesondere Menschen mit geringem Haushaltseinkommen sind betroffen. Auch dies wird durch die Erhebung für Bremen gezeigt: Rat und Hilfe beim Gesundheitsamt suchen überwiegend sozial benachteiligte, insbesondere einkommensarme Menschen, aus allen Stadtteilen Bremens.

Dies unterstreicht die Notwendigkeit von kostenlosen Beratungsangeboten insbesondere für diese Menschen. Um sie gezielter zu erreichen, werden verstärkt Kooperationen mit geeigneten Partnern gesucht.

Der Bericht erscheint in einer begrenzten Druckauflage. Interessierte können Einzel Exemplare beim Gesundheitsamt anfordern. Auf der Homepage des Gesundheitsamtes steht der Bericht auch zum Download zur Verfügung.

GESUNDHEITSAMT BREMEN (HRSG.):
WINFRIED BECKER (1), BETTINA KAISER (2),
SABINE LUTHER (2), HEIKE OTREMB (2),
Horner Str. 60-70, 28203 Bremen, Tel. (04 21) 36 11 51 90, E-Mail: gesundheitsberichterstattung@gesundheitsamt.bremen.de, Internet: www.gesundheitsamt.info
1. Ref. Kommunale Gesundheitsberichterstattung, Abt. Gesundheit und Umwelt
2. Ref. Umwelthygiene, Abt. Gesundheit und Umwelt

M Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen

Deutschland ist noch weit davon entfernt, Interkulturalität als ein durchgängiges Prinzip professionellen Handelns im Sozial- und Gesundheitswesen zu begreifen – eine klare Aussage, die Rommelspacher und Kollak als Herausgeberinnen des Buches ›Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen‹ vertreten. Dass Migrantinnen und Migranten vor allem in den präventiven Bereichen der sozialen Dienste unterrepräsentiert und in ›Endstationen‹ der sozialen Arbeit, wie Jugendgerichtshilfe, Drogennotdiensten und Psychiatrie überrepräsentiert sind, ist keine überraschende Tatsache mehr. Ist wirklich nur der sozialer Status dafür verantwortlich? Der vorliegende Band stellt Projekte, Konzepte sowie theoretische Analysen der gegenwärtigen Diskussion über interkulturelle Öffnung im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens vor. Gleichbehandlung und Partizipation werden präzise in Frage gestellt. In der kritischen Betrachtungsweise werden Hintergründe der Problematik geschildert sowie Ziele und Perspektiven interkultureller Öffnung deutlich definiert. Eine Reflexion sozialpädagogischer Forschung sowie interkultureller Pädagogik zeigt einen hohen Bedarf, verstärkt interkulturelle Fragestellungen nicht nur in die wissenschaftlichen Analysen einzubeziehen, sondern das Thema Interkulturalität auch auf der Ebene der Individuen, der Teams, der Organisationen und der Gesellschaft bewusst zu machen. Die interkulturelle Kompetenz ist ein Stichwort für mehr Verständnis verschiedener spezifischer Problematiken, für Offenheit und Qualität, für gleichberechtigte Teilhabe von Klientinnen und Klienten sowie Professionellen, für interkulturellen Austausch und Wissensvermittlung, auch für den Abbau zahlreicher Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund im Sozial- und Gesundheitswesen. (id)

BIRGIT ROMMELSPACHER, INGRID KOLLAK (HRSG.): *Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2008, 324 Seiten, ISBN 978-3-938304-99-0, 30,00 Euro

Gender als interdependente Kategorie

Auf wissenschaftlicher Ebene wurden mit den Women's Studies die Ungleichheiten aufgrund des Geschlechtes analysiert und aufgearbeitet. Die schwarze Frauenbewegung hat den weißen Feminismus kritisiert. Die Jüdinnen, Schwarzen Frauen, Migrantinnen und Frauen mit Behinderungen machten die Erfahrung, dass sie im feministischen Mainstream als ›die Anderen‹ repräsentiert und verobjektiviert wurden.

Das vorliegende Buchprojekt entwickelt die Frage weiter, wie das Zusammendenken sozialer Kategorien und Marginalisierungen, z. B. Gender, Ethnizität, Alter, Religion und soziale Lage, beschrieben und problematisiert werden kann. In den verschiedenen Wissenschaften sind dafür unterschiedliche Begriffe entstanden: Diversity, Vielfalt, Heterogenität. Die Buchbeiträge machen die Begriffe Intersektionalität und Interdependenzen für Forschungen zu Ungleichheit, Marginalisierung und Privilegierung produktiv.

Ein Buch für Menschen, die Theorie mögen. (us)

KATHARINA WALGENBACH, GABRIELE DIETZE, ANTJE HORNSCHIEDT, KERSTIN PALM: *Gender als interdependente Kategorie. Neue Perspektiven auf Intersektionalität, Diversität und Heterogenität*. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, 2007, 192 Seiten, ISBN 978-3-86649-131-1, 19,90 Euro

Claudia Kwirand

Handbuch der Psychomotorik

Das Buch stellt wesentliche Grundgedanken der Psychomotorik vor. Unterschiedliche konzeptionelle Ansätze sowie Beispiele aus der Praxis tragen zur Klärung des Begriffs bei.

Im Rahmen eines kindzentrierten psychomotorischen Ansatzes kommt dem positiven Selbstkonzept eine zentrale Bedeutung zu. Somit stellt die

Autorin die Frage nach den Wirkfaktoren psychomotorischer Förderung in den Mittelpunkt des Buches. Weiterhin werden praktische Hinweise für eine psychomotorische Entwicklungsdiagnostik gegeben und die Rahmenbedingungen der Förderpraxis beschrieben. Durch Abbildungen, Fotos und Symbole ist das Buch sehr anschaulich und übersichtlich.

RENATE ZIMMER: *Handbuch der Psychomotorik – Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern*. Herder, Freiburg im Breisgau, 2006, 271 Seiten, ISBN 3-451-28930-X, 22,00 Euro

Claudia Kwirand

Mit Eltern, Gruppen und Teams erfolgreich arbeiten

Sozialpädagogische Fachkräfte werden im Arbeitsalltag häufig zeitgleich als Begleiter von Gruppen, Mitglieder eines Teams und Partner von Eltern gefordert. Jede dieser drei Rollen umfasst einen großen Teilbereich sozialpädagogischen Handelns und verlangt ein hohes professionelles Maß an verschiedenen Kompetenzen. In ihrer Grundstruktur ähneln sich die kooperativen Formen der Gruppen-, Team- und Elternarbeit jedoch sehr, gehen fließend ineinander über und leben vom Zusammenwirken. Aus diesem Grund wurden in dem Arbeitsbuch für angehende Erzieher und Erzieherinnen die drei genannten Aufgabenbereiche vereint und in komprimierter und anschaulicher Form dargestellt.

Der Autor gibt zusätzliche Anregungen, um sich aktiv und vertiefend mit der Materie auseinander zu setzen, und bietet z. B. über Internet-Adressen die Möglichkeit, weitere Informationen einzuholen.

MARTIN VOGELSBERGER: *Mit Eltern, Gruppen und Teams erfolgreich arbeiten – Sozialpädagogische Praxis, Band 7*. Beltz Verlag, Weinheim, 2006, 128 Seiten, ISBN 3-407-56231-4, 14,90 Euro

Gewalt in der Partnerschaft

Dieses Buch handelt von Gewalt in Partnerschaften. Die ersten beiden Kapitel beschreiben die Erscheinungsformen, die Hintergründe und die Auswirkungen von Gewalt. Danach werden Wege aus der Gewalt beschrieben. Das vierte Kapitel fragt: (Wie) können wir Gewalt verhindern? Das Buch ist sehr anschaulich geschrieben, mit vielen Beispielen versehen und stellt immer wieder zusammen, was Betroffene bzw. deren Umfeld tun können. Checklisten machen überprüfbar, ob Stalking oder andere Gewalt vorliegt. Wichtige Fakten werden als Blickfang zusammengestellt. Das Buch richtet sich an Betroffene, an erzieherisch Tätige und an Menschen, die beruflich z. B. im Krankenhaus oder in der Arztpraxis, mit Betroffenen zu tun haben. Ein Adress- und Informationsteil beschließt das Buch. (us)

ANDREA BUSKOTTE: *Gewalt in der Partnerschaft. Ursachen / Auswege / Hilfen.* Patmos Verlag, Düsseldorf, 2007, 186 Seiten, ISBN 978-3-491-40107-5, 14,90 Euro

Migration und psychische Gesundheit

Das Buch ist ein Tagungsband des 5. Migrations-Symposiums ›Migration und seelische Gesundheit – psychische Potenziale und Belastungen‹, das 2006 unter dem Dach des bundesweiten Kongresses ›Armut und Gesundheit‹ stattgefunden hat. Das Buch stellt ergänzte und modifizierte Redebeiträge der Referentinnen und Referenten des Symposiums vor, deren Schwerpunkt in einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Migrationsstudien liegt. Theoretische Überlegungen des Themas sowie Modelle und Beispiele guter Praxis sind Inhalte der Publikation. Es werden verschiedene Facetten der Thematik zur Migration und psychischen Gesundheit berücksichtigt, spezifische Belastungen sowie Potenziale der Migration diskutiert und vertiefte Einsichten zu psychischen Folgen der Migration analysiert. Mit der Kenntnis, dass Integration der Migrantinnen und Migranten in Deutschland immer

noch ein Randthema ist, wird in dem Buch daran appelliert, sich sowohl wissenschaftlich-forschend als auch in der Praxis – insbesondere ressourcen- und resilienorientiert – mit dem Thema ›Migration‹ intensiver zu befassen. In diesem Sinne unterstreicht das Buch, dass Migration nicht nur als ein kritisches Lebensereignis zu betrachten ist, sondern vielmehr als eine Chance und Bereicherung. (id)

THEDA BORDE, MATTHIAS DAVID (HRSG.): *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale.* Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2007, 212 Seiten, ISBN 978-3-938304-44-0, 25,90 Euro

Ann-Christin Werner

Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel

In dem Buch beschreiben Autorinnen und Autoren aus dem Blickfeld unterschiedlicher Disziplinen wie z. B. der Soziologie, Theologie, Medizin und Philosophie die neue Arzt-Patienten-Beziehung und berücksichtigen dabei deren geschichtlichen Verlauf. Sie hinterfragen die Bedingungen des Wandels und beschreiben die veränderten Wahrnehmungen und Beziehungen zwischen diesen Personengruppen. Auch das Verhältnis zwischen Patientin bzw. Patient, Ärztin bzw. Arzt und Kostenträger wird problematisiert. Im Weiteren werden auftretende Spannungsfelder, wie einwilligungsunfähige Patienten, Behandlungsfehler und der Umgang mit Patientenverfügungen beschrieben. Ebenfalls wird die Beziehung anhand von medizinischen Fallbeispielen erläutert.

Besonders auffallend in diesem Buch ist, dass die Autorinnen und Autoren die Begriffe Arzt und Patient nur in der männlichen Form verwenden.

VOLKER SCHUMPELICK, BERNHARD VOGEL (HRSG.): *Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel.* Herder Verlag, Freiburg, 2006, 600 Seiten, ISBN: 3-451-23041-0, 19,00 Euro

Stichwort: Gesundheitswesen

Die inzwischen 3. Auflage des Lexikons bietet, wie auch die vorherigen Auflagen, präzise Informationen zu mehr als 450 Stichworten rund um das Thema Gesundheitswesen. Zusätzlich enthält es umfassende Informationen zu den Auswirkungen des am 01.04.2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG). Die verständlich geschriebenen Texte enthalten Querverweise auf andere Stichworte, was hilft, sich über ein Thema weitergehend zu informieren. Internetadressen und Stichwortübersetzungen ins Englische bieten interessierten Lesenden zusätzliche Recherchemöglichkeiten. Um im Dschungel der Abkürzungen zurecht zu kommen, ist das Abkürzungsverzeichnis eine gute Hilfestellung. (sh)

STEPHANIE BECKER-BERKE, BIRGIT LAUTWEIN-REINHARD: *Stichwort: Gesundheitswesen. Ein Lexikon für Einsteiger und Insider. 3., vollständig aktualisierte Auflage.* KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn 2007, 312 Seiten, ISBN 978-3-9809562-7-7, 12,80 Euro

Sexualität im weiblichen Lebenslauf

Die vorliegende Dissertation will empirisch erfassen, wie Sexualität gelebt wird. Vera Bamler hat 21 Frauen, die zwischen 1912 und 1931 geboren wurden, interviewt. ›Aus der Perspektive der Sich-Erinnernden entwickelten die befragten Frauen Interpretationen, die ihre sexuellen Erfahrungen vor dem Hintergrund historischer, kultureller, gesellschaftlicher, sozialer und biografischer Einflüsse widerspiegeln. Innerhalb der biografischen Konstruktionen werden ihre persönlichen Motivationen, Bewältigungs-, Erwartungs-, Einstellungs-, Deutungs- und Verhaltensmuster sichtbar.‹ (us)

VERA BAMLER: *Sexualität im weiblichen Lebenslauf. Biografische Konstruktionen und Interpretationen alter Frauen.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 199 Seiten, ISBN 978-3-7799-1379-5, 19,00 Euro

Psychische Gesundheit von Heimkindern

Das Buch stellt eine der größten europäischen Studien zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe vor. Es handelt sich um Heimkinder, die inzwischen eine Hochrisikopopulation in der kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Versorgung bilden. Kinder und Jugendliche, welche in stationären Jugendhilfemaßnahmen leben, sind häufig extremen und kumulierten psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Eine vollständige Untersuchung einer repräsentativen Stichprobe von 20 Jugendhilfeeinrichtungen ergab, dass 60% der untersuchten Kinder und Jugendlichen die Diagnosekriterien für eine kinder- und jugendpsychiatrische Störung erfüllen. Sehr viele Kinder und Jugendliche weisen komplexe, schwer zu behandelnde Störungsbilder auf.

Neben einem empirischen Teil enthält das Buch eine ausführliche theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema. Zum Schluss werden klare Schlussfolgerungen der Ergebnisse für die Jugendhilfe, Jugendpolitik und für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung und Forschung gezogen und diskutiert. (id)

MARC SCHMID: *Psychische Gesundheit zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Juventa Verlag Weinheim und München, 2007, 224 Seiten, ISBN 978-3-7799-1694-9, 23,00 Euro

Frauke Koppelin

Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland

Der Sozialstaat durchläuft permanent sehr dynamische Wandlungsprozesse. Mit Recht hält das renommierte Autorenteam fest, dass kein anderer Politikbereich wie die Sozialpolitik beim Prozess des Um- und Abbaus so kritisch betrachtet wird. Das zweibändige Lehrbuch möchte Hilfestellung geben, sich im Reformdschungel zurecht zu finden und mit den aktuellen Herausforderungen umzugehen. In ihrem Werk greifen die Autoren und die Autorin nicht nur die deutsche Sozialpolitik auf. Sie beziehen auch internationale

Politiken in die Analyse mit ein. Aufbau und Inhalt sind an den sozialen Problemen und Risiken der Bevölkerung orientiert, um von dort aus zur Sozialpolitik mit ihrem vielfältigen Geflecht von Maßnahmen, Leistungen und Institutionen fortzuschreiten. Das Werk bietet einen sehr umfassenden Einblick in die Materie. Für Studierende, Lehrende sowie Expertinnen und Experten ist es eine sehr empfehlenswerte Lektüre und Handreichung.

GERHARD BÄCKER, GERHARD NAEGELE, REINHARD BISPINK, KLAUS HOFEMANN, JENNIFER NEUBAUER: *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 1: Grundlagen, Arbeit, Einkommen und Finanzierung. 622 Seiten, ISBN 978-3-531-33333-5 Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und soziale Dienste. 616 Seiten, ISBN 978-3-531-33334-2, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 4., grundl. überarb. u. erw. Aufl., 2008, je 34,90 Euro*

Weißbuch zu Muskel-Skelett-Erkrankungen

Die KKH greift nach den beiden bisher erschienenen Weißbüchern Prävention ›Stress?‹ und ›HERZgesund?‹ mit dem vorliegenden Band wiederum ein hochrelevantes Thema auf. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit. Am stärksten leiden Bürokräfte, Warenkaufleute und Arbeitslose unter Rückenschmerzen. Mit 24% entfallen die meisten Krankentage auf Rückenleiden. Der Band enthält neben internationalen und deutschlandweiten Daten Auswertungen von Routinedaten der KKH. Die Prävention von Sportverletzungen und Sportschäden sowie Osteoporose, Stürze im Alter und Ergonomie sind weitere relevante Themen, die aufgegriffen werden. Dem Einfluss von Ernährung und Bewegung ist ein weiteres Kapitel gewidmet. Praxisbeispiele geben jeweils einen Einblick, wie präventive Maßnahmen in Schule, Betrieb und Pflegeheimen verankert werden können und welche Barrieren und Umsetzungsschwierigkeiten dabei auftreten können. Ein Interview mit Entscheidungs-

trägern im Gesundheitswesen zu Herausforderungen und Lösungsansätzen rundet die Darstellung zur Prävention von Beeinträchtigungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ab. (us)

KKH KAUFMÄNNISCHE KRANKENKASSE IN ZUSAMMENARBEIT MIT DER MHH MEDIZINISCHEN HOCHSCHULE HANNOVER (HRSG.): *Weißbuch Prävention 2007/2008 – Beweglich? Muskel-Skelett-Erkrankungen – Ursachen, Risikofaktoren und präventive Ansätze*. Springer Verlag, 2008, 259 Seiten, ISBN 978-3-540-77273-6, 39,95 Euro

Der Zweiklassenstaat

Lauterbach beschreibt Deutschland als Zweiklassenstaat und belegt dies mit Beispielen aus dem Bildungs-, Gesundheits- und Rentensystem sowie der Pflege. Besonders die Insiderdarstellungen zum Gesundheitswesen sind sehr interessant und erschütternd. Der Autor fordert mehr Bildungschancen für die Ärmsten, gerechte Gesundheits- und Pflegesysteme und die konsequente Beschneidung der Privilegien, die von Politikern und Lobbygruppen verteidigt werden. Er war Mitglied der Rürup-Kommission sowie des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und gehörte der Verhandlungskommission zur Gesundheitsreform an. Heute ist er Bundestagsabgeordneter und SPD-Mitglied. (us)

KARL LAUTERBACH: *Der Zweiklassenstaat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren*. Rowohlt Verlag, Berlin, 2007, 220 Seiten, ISBN 978 3 87134 579 1, 14,90 Euro



www.aktion-mensch.de

Die Aktion Mensch wurde im Jahr 1964 als Aktion Sorgenkind gegründet und ist eine der erfolgreichsten Organisationen im sozialen Bereich. Sie orientiert sich an den Ideen der Menschlichkeit und Solidarität, dem Streben nach sozialer Gerechtigkeit, dem Recht auf Selbstbestimmung und der gesellschaftlichen Teilhabe aller Menschen. Ihre wesentlichen Arbeitsschwerpunkte sind die Förderung von Projekten und Einrichtungen der Behindertenhilfe und -selbsthilfe und – seit 2003 – der Kinder- und Jugendhilfe sowie umfangreiche Aufklärungsmaßnahmen, die zu einem offenen und positiven gesellschaftlichen Klima für diese Themen beitragen sollen.

www.familienratgeber.de

Der Familienratgeber der Deutschen Behindertenhilfe – Aktion Mensch e.V. ist ein Online-Service für Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen. Die Website informiert über die Themenfelder Geburt, Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Schwerbehinderung sowie Beratung und Hilfe. Weiterhin werden eine bundesweite Adressendatenbank, Literaturhinweise sowie ein Diskussionsforum bereitgestellt.

www.behindertenbeauftragte.de

Die Website der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen informiert u. a. über die Themen Gleichstellung/Antidiskriminierung, Leistungen zur Teilhabe und internationale Angelegenheiten. Neben weiteren Materialien stehen das Behindertengleichstellungsgesetz sowie der Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe als Downloads zur Verfügung.

www.lebenshilfe.de

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. versteht sich als Selbsthilfevereinigung, Eltern-, Fach- und Trägerverband für Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Familien. Sie begleitet Menschen mit geistiger Behinderung in ihrem Bestreben, gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzunehmen

und tritt für die barrierefreie Gestaltung aller Lebensbereiche ein. Neben allgemeinen Informationen über das Thema ›Leben mit Behinderung‹ stellt die Website u.a. Hinweise auf Literatur und andere Medien sowie auf Fort- und Weiterbildungsangebote bereit. Verschiedene Fachzeitschriften der Lebenshilfe stehen als Download zur Verfügung.

www.bvkm.de

Der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. versteht sich als Selbsthilfeverband, Fachverband, Trägerorganisation und sozialpolitische Interessensvertretung für körper- und mehrfachbehinderte Menschen und ihre Angehörigen. Die Website liefert umfangreiche Informationen, Materialien, Veranstaltungshinweise, Literaturtipps und Links für Betroffene und Fachleute.

www.bdh-reha.de

Der Bundesverband für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter e.V. (BDH) ist die größte deutsche Fachorganisation auf dem Gebiet der Rehabilitation von neurologischen Patientinnen und Patienten. Er bietet rechtliche Beratung und professionelle Vertretung vor Behörden, Versicherungen und den Instanzen der Sozialgerichtsbarkeit sowie ehrenamtliche soziale Betreuung an.

www.sgb-ix-umsetzen.de

Die von der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen verantwortete Internetplattform zum Umsetzungsstand des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen stellt neben dem Gesetzestext vielfältige Informationen, Berichte, Stellungnahmen und Materialien zur politischen Diskussion des SGB IX bereit.

www.projekt-persoeliches-budget.de

Mit der Einführung des Sozialgesetzbuches IX im Jahre 2001 wurde in Deutschland erstmalig die rechtliche Grundlage dafür geschaffen, dass Menschen mit Behinderung anstelle von Sachleistungen ein Persönliches Budget in Anspruch nehmen können. Die Web-

site dokumentiert die wissenschaftliche Begleitforschung des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Modellprojekts ›Trägerübergreifendes Persönliches Budget‹, das 2007 abgeschlossen wurde. Seit 1.1.2008 besteht in Deutschland ein Rechtsanspruch auf Persönliches Budget.

www.weibernetz.de

Der Verein Weibernetz e.V. – Bundesnetzwerk von Frauen, Lesben und Mädchen wurde 1998 als bundesweiter Zusammenschluss von Frauen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen sowie der meisten Landesnetzwerke und Koordinierungsstellen behinderter Frauen gegründet. Er setzt sich für die Verbesserung der Lebenssituation von Frauen und Mädchen mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen ein.

www.people1.de

Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V. ist ein Verein von und für Menschen mit Lernschwierigkeiten, d. h. von und für Menschen, die nicht ›geistig behindert‹ genannt werden wollen. Die Website informiert in leichter Sprache über die Aktivitäten und Projekte des Vereins und stellt vielfältige Materialien bereit.

www.ibft.at/upload/sages.pdf

Die Broschüre ›Sag es einfach! – Europäische Richtlinien für die Erstellung von leicht lesbaren Materialien für Menschen mit geistiger Behinderung‹ wird von der Europäischen Vereinigung der ILSMH herausgegeben. Sie gibt Hilfestellung bei der Erstellung von Texten für Menschen mit Schwierigkeiten beim Lesen, Schreiben und Verstehen und will die Produktion von leicht lesbarem Material anregen.



Veranstaltungen der LVG Niedersachsen e. V.

Partizipation – eine zentrale Herausforderung in der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten Wie erfolgreiche Zusammenarbeit und Beteiligung gelingen können!

21. April 2008, Hamburg

Gute Praxisprojekte der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung zeichnen sich u. a. dadurch aus, dass sie die Partizipation der Zielgruppe fördern und die Zielgruppen bereits bei der Planung und der Durchführung von Maßnahmen beteiligen. Die praktische Umsetzung erweist sich jedoch als schwierig.

In diesem Workshop werden neben dem Stufenmodell der Partizipation ausgewählte handhabbare Methoden für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Projektakteuren und Zielgruppen vorgestellt. Der Workshop ist eine Kooperationsveranstaltung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Rundum Wohlfühlen in der KiTa – Einführung in die Arbeit mit dem Gesundheitszirkel

26.–27. Mai 2008, Hannover

Der Workshop hat zum Ziel, das Instrument des Gesundheitszirkels vorzustellen und seine Anwendungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Dabei sollen die Bedürfnisse der KiTa-Mitarbeiterinnen im Mittelpunkt stehen. Neben Übungen, Tipps und Anregungen zur Verbesserung des individuellen körperlichen Wohlbefindens sollen auch Ideen zur langfristigen Verbesserung der Gesundheit erarbeitet werden. Der Workshop wird in Kooperation mit dem Zentrum für Erwachsenenbildung Heimvolkshochschule Stephansstift durchgeführt.

3. Internationale Fachtagung Health Inequalities – Theorie – Empirie – Praxis

13.–14. Juni 2008, Bielefeld

Das Thema der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten konnte in den letzten Jahren eine zunehmende Aufmerksamkeit für sich reklamieren, wobei jedoch bis heute deskriptive Studien überwiegen. Eine explizite, theoriegeleitete Diskussion über genaue Verursachungsmechanismen ist dabei ebenso wenig präsent wie eine Diskussion über sozialpolitische Konsequenzen gesundheitlicher Ungleichheiten. Ziel der Tagung ist es, einerseits vertiefte theoretische Diskussionen über soziale und gesundheitliche Ungleichheiten anzuregen, und andererseits den deutschen Stand in der empirischen Forschung mit dem internationalen Forschungsstand abzugleichen.

Gesundheit vor Ort herstellen – Neue Handlungsfelder für Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen Jahrestagung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

16. Juni 2008, Hannover

Das Niedersächsische Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst, das im Frühjahr 2006 verabschiedet wurde, eröffnet neue Handlungsmöglichkeiten für Gesundheitsämter,

was Gesundheitsförderung, sowie die Koordination von anderen Angeboten anbelangt.

Die Jahrestagung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen greift diese Veränderungen der Rahmenbedingungen auf und stellt Beispiele guter Praxis vor Ort vor. Außerdem werden neue Herausforderungen und Handlungsfelder skizziert.

Sprach- und Entwicklungsförderung in der KiTa – Mit Charlotte und Serafin unterwegs ...

16.–17. Juni 2008, Hannover

Dieses Förderkonzept orientiert sich an der Bedeutsamkeit von ganzheitlichen Sprachlernprozessen. Die verschiedenen Wahrnehmungsbereiche, Grob-, Fein- und Mundmotorik, Konzentration, Emotion, Kommunikation, Sozialverhalten und Kognition bilden hier die Basis für ganzheitliche (Sprach-) Entwicklungsförderung und sollen mit den jeweils aktuellen Themen oder Projekten der Kindergartengruppe inhaltlich verknüpft werden. Eingebettet in die verschiedenen Entwicklungsbereiche, stellen Kommunikation und auditive Wahrnehmung den besonderen Schwerpunkt dar. Die Veranstaltung wird in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Kultusministerium – Referat Tageseinrichtungen und Tagespflege für Kinder – Fachdienst Hannover und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. durchgeführt.

Gesundheit (k)eine Frage der Integration? – Interkulturelle Zusammenarbeit mit Eltern in Kitas und Horten

26. Juni 2008, Hannover

Kindertagesstätten werden je nach Lage und Standort mehr oder weniger stark von zugewanderten Eltern und Kindern besucht, was sowohl Bereicherung wie auch Herausforderung in sprachlicher und kultureller Hinsicht bedeuten kann. Denn Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund bilden keine homogene Gruppe, sondern unterscheiden sich nach Herkunftsregion bzw. -land, Kultur, Religion, Werten, Aufenthaltsdauer, sozialem Status u. v. m. Eine befriedigende Zusammenarbeit mit Eltern erfordert interkulturelle Kompetenzen auf Seiten der Beschäftigten in Kitas. Interkulturelle Kompetenzen sind nicht nur ein Qualitätsmerkmal für Kindertagesstätten, sie nutzen auch dem Transfer von Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten.

Konzepte gegen Kinderarmut – Kommunen sind am Zug

01. Juli 2008, Oldenburg

Armut ist als ein Entwicklungsrisiko für Kinder zu sehen. Folgewirkungen können sich in allen relevanten Bereichen äußern und betreffen Gesundheit, Bildung, soziale Teilhabe. Diese Aufgabe erfordert ein koordiniertes Vorgehen, in dem die verschiedensten Anbieter und Institutionen einer Kommune eng kooperieren, sich gegenseitig ergänzen und in ständigem Dialog sind. Die Veranstaltung ist die dritte Tagung in der gemeinsamen Veranstaltungsreihe ›Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Theorie für Praxis‹ der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin

Neues aus der Akademie für Sozialmedizin

Zukunft der Krankenhausversorgung in Niedersachsen – Wohin führt der Weg?

16. April 2008, Hannover

Einhergehend mit dem Ablaufen der Konvergenzphase stellt sich die Frage nach der Gestaltung der zukünftigen Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung ab 2009. Diese Diskussion läuft bereits auf Hochtouren, sowohl auf der Bundesebene als auch auf der Landesebene. Die Tagung ›Zukunft der Krankenhausversorgung in Niedersachsen – Wohin führt der Weg?‹ soll dazu dienen, Material für die aktuelle Diskussion der Zukunft der Krankenhausversorgung an die Hand zu geben. Dies umfasst ebenso die landesspezifischen Probleme, wie beispielsweise die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, als auch die Erörterung weiterer Fragestellungen und möglicher Lösungsansätze.

Die Fachtagung findet in Kooperation mit dem Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit und dem IKK Landesverband Nord statt.

Medikamentenabhängigkeit – erkennen und behandeln

07. Mai 2008, Braunschweig; 21. Mai 2008, Winsen (Luhe)

04. Juni 2008, Osnabrück; 25. Juni 2008, Oldenburg,

je 16.00–19.00 Uhr

Etwa 1,9 Millionen Menschen in Deutschland sind medikamentenabhängig, das entspricht etwa zwei Prozent der Bevölkerung. Nach Nikotin und Alkoholismus steht die Medikamentenabhängigkeit auf Platz 3 der Suchtkrankheiten. Die Veranstaltungen sollen aufzeigen, wie eine mögliche Abhängigkeit durch den Arzt erkannt und frühzeitig gegengesteuert werden kann. Die Fortbildung richtet sich an niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte, hausärztlich tätige Internisten und Internistinnen sowie an weitere Interessierte.

Die Veranstaltungen werden in Kooperation mit der AOK Niedersachsen durchgeführt.

Niedersachsen e.V. und des Fachbereichs Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Oldenburg, Ostfriesland, Wilhelmshaven. Sie zielt auf die Vernetzung der Akteure aus den Einrichtungen des Jugendhilfe-, Sozial-, Bildungs- und Gesundheitssektors in der Region Weser-Ems mit Wissenschaft und Politik, um gemeinsam erarbeitete Ergebnisse in Regionen und Kommunen zu tragen.

Vorschau

Gesundheit und Lebensbedingungen von Mädchen und jungen Frauen, 22. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

30. Juni 2008, Hannover

Nds. Forum Alter und Zukunft

2. Quartal 2008

44. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V.

17.–19. September 2008, Hannover

Demographischer Wandel in der gesundheitsfördernden Hochschule, Tagung des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen

Herbst 2008, Paderborn

Psychische Gesundheit und Schule

Oktober 2008, Lüneburg

Frauen und Rauchen: was wirkt, was fehlt? Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung

13.–14. Oktober 2008, Berlin

Vorschau

2. ICF-Anwendersymposium

(im Rahmen der 44. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V.)

19. September 2008, Hannover

Tag der seelischen Gesundheit

10. Oktober 2008, Delmenhorst

Zukunft der Pflege in Niedersachsen

04. November 2008, Hannover

Niedersachsen

Entwicklung von Ess- und Bewegungsverhalten im Kindes- und Jugendalter – Chancen und Grenzen für die Prävention, 09.04.2008, Hannover, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung – Sektion Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80-2466, Fax: (05 11) 3 80 24 65, E-Mail: dge.Niedersachsen@t-online.de

Kinderarmut in Deutschland, Integration und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen unter verschärften Armutsrisiken, Tagung, 09.-11.04.2008, Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Andrea Grimm, Münchehäger Straße 6, 31547 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-1 27, E-Mail: andrea.grimm@evlka.de

Eltern stützen – Kinder schützen, Was muss sich ändern im Verhältnis Eltern – Kind – Staat? Fachtagung, 16.-17.04.2008, Hannover, Kontakt: AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Osterstraße 27, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 35 39 91 40, E-Mail: info@afet-ev.de

Sichere Orte für Kinder – Intervention und Prävention sexualisierter Gewalt in Kindertagesstätten, Fachtagung, 17.04.2008, Hannover, Kontakt: Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Postfach 203, 30002 Hannover, Tel.: (05 11) 106-7410, Fax: (05 11) 106-7612, E-Mail: Sabine.Heinze-Maevers@ls.niedersachsen.de

Betreutes Wohnen zu Hause, Quartiersbezogene Ansätze stellen sich vor, Tagung, 17.04.2008, Göttingen, Kontakt: Freie Altenarbeit Göttingen e.V., Am Goldgraben 14, 37073 Göttingen, Tel.: (0551) 4 36 06, Fax: (0551) 54 19 14, E-Mail: FreieAltenarbeitGoettingen@t-online.de, www.freialtenarbeitgoettingen.de

Bürgerhilfe in der Gemeindepsychiatrie – Integration im doppelten Sinne, 21.05.2008, Hildesheim, Kontakt: Sozialpsychiatrischer Verbund beim Landkreis Hildesheim; Frau Siever, Tel.: (0 51 21) 309-16 71, E-Mail: cornelia.siever@landkreishildesheim.de

3. Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung Konferenz, 16.-17.06.2008, Bonn, Kontakt: DNBGF – Geschäftsstelle c/o BKK Bundesverband, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen, Tel.: (02 01) 179-14 75, E-Mail: dnbgf@bkk-bv.de

GESUNDHEIT FÖRDERN, Public Health zwischen individueller Freiheit, staatlichem Paternalismus und Gemeinwohl, Tagung, 26.-27.06.2008, Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG), Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1241 496, Fax: (05 11) 12 41 497, E-Mail: zfg@evlka.de

Wie gesund ist unsere Pflege? Die Pflegeversicherung zwischen Kritik und Reform, 02.-04.07.2008, Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Andrea Grimm, Münchehäger Straße 6, 31547 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-1 27, E-Mail: andrea.grimm@evlka.de

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

Bundesweit

Fünfte Leipziger WohnprojekteTage, 04.-05.04.2008, Leipzig, Kontakt: Arbeitskreis Integriertes Wohnen, Dr. Winfried Haas, Konstantinstraße 12, 04315 Leipzig, E-Mail: akiw.leipzig@t-online.de

Alternative oder Glaubenssache – Komplementärmedizin auf dem Prüfstand, 07.04.2008, Berlin, Kontakt: AK 1-Koordination, Dorotheenstr. 101, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 2 27 5 89 09, Fax: (0 30) 2 27 5 69 02, E-Mail: ak1@gruene-bundestag.de

Erfahrungen in der Integrationsversorgung – Beispiele und Perspektiven aus der Schweiz, Türkei und Deutschland, Tagung, 10.04.2008, Berlin, Kontakt: Gesellschaft für Sozialen Fortschritt, Lindenthalgürtel 15, 50935 Köln, Tel.: (02 21) 4706 642, Fax: (02 21) 4706 675, E-Mail: sozialerfortschritt@t-online.de, Internet: www.sozialerfortschritt.de

14. Interdisziplinärer Pflegekongress, Fortbildung [Plus], 10.-11.04.2008, Dresden, Kontakt: Urban & Vogel GmbH, Kongressorganisation, Ehrenbergstraße 11-14, 10245 Berlin, Projektleitung: Andrea Tauchert, Tel.: (0 30) 20 45 60-3, Fax: (0 30) 20 45 60-42, E-Mail: tauchert@urban-vogel.de, Internet: www.heilberufe-kongresse.de

Sport und Gesundheit in der Lebensspanne, Jahrestagung, 10.-11.04.2008, Bad Schönborn/Karlsruhe, Kontakt: Universität Karlsruhe (TH), Institut für Sport und Sportwissenschaft Matthias Schlag, Kaiserstr. 12, 76131 Karlsruhe, Tel.: (07 21) 608-8323, Fax: (07 21) 6 08-48 41, E-Mail: schlag@sport.uka.de

Fachtagung Familiengesundheit, 24.04.2008, Berlin, Kontakt: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Hauptstraße 90, 65812 Bad Soden, Tel.: (0 61 96) 76 73 40, E-Mail: verlag@dbfk.de, Internet: www.dbfk.de

Sucht-Selbsthilfekonzert – Von der Konkurrenz zur Kooperation – Sucht-Selbsthilfe auf dem Weg in die Zukunft, 25.-27.04.2008, Berlin, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Westenwall 4, 59065 Hamm, Tel.: (0 23 81) 90 15-0, Fax: (0 23 81) 90 15-30, E-Mail: info@dhs.de

Geschlechterrollen und psychische Belastungen: Erste Ergebnisse des Projektes Gender/Stress, Tagung, 28.04.2008, Hamburg, Kontakt: Sonja Nielbock, Michael Gümbel, Beratung – Coaching – Seminare, Sternstr. 39, 20357 Hamburg, Tel.: (0 40) 43 09 71 07, E-Mail: info@sujet.org, Internet: http://gender.verdi.de/aktuelles/termine/03-12-2007_Projekttagung

Zukunft des Alterns. Migration und Alter – Chancen und Herausforderungen für die demographische Entwicklung im Ruhrgebiet, Symposium, 07.05.2008, Bochum, Kontakt: Dr. Anja Hartmann, TU Dortmund, Lehrstuhl für Arbeits- und Wirtschaftssoziologie, Verbundprojekt Zuda, Universitätsstr. 150, 44780 Bochum, Tel.: (02 34) 32-25 42 1, Fax: (02 34) 32-14 28 5, E-Mail: anja.hartmann@rub.de, zuda@rub.de

16. Internationale Konferenz, Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen in der Gesundheits-Gesellschaft – Welche Wege gehen Gesundheitsfördernde Krankenhäuser?, 14.-16.05.2008, Berlin, Kontakt: Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V., Saarbrücker Straße 20/21, 10405 Berlin, Tel.: (0 30) 81 79 85 8-10, Fax: (0 30) 81 79 85 8-29, E-Mail: info@dnfgk.de, www.univie.ac.at/hph/berlin2008, www.dnfgk.de

Gender – Trauma – Sucht, Internationales Symposium, 16.-17.05.2008, Berlin, Kontakt: Alice Salomon Hochschule Berlin, University of Applied Sciences, Edith Treder, Alice Salomon Platz 5, 12627 Berlin, Tel.: (0 30) 992 45-335, Fax: (0 30) 992 45-245, E-Mail: treder@asfh-berlin.de, Internet: www.asfh-berlin.de

Ungleichheit in der Mundgesundheit – Herausforderung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, WHOCC-Symposium, 23.-24.05.2008, Jena, Kontakt: Congressmanagement & Marketing GmbH, Markt 8, 07743 Jena, Tel.: (0 36 41) 35 33 0, E-Mail post@conventus.de

Zwischen Selbstvermarktung und Legitimation: Kosten-Nutzen-Bilanz erziehungswissenschaftlicher Arbeit, Fachtagung, 30.-31.05.2008, Dortmund, Kontakt: Berufsverband der Erziehungswissenschaftlerinnen und Erziehungswissenschaftler e.V., Braunschweiger Str. 22, 44145 Dortmund; Tel.: (02 31) 84 79 63 18, E-Mail: info@bv-paed.de

13. Deutscher Kinder- und Jugendhilfetag – Gerechtes Aufwachsen ermöglichen!, Fachkongress, 18.-20.06.2008, Essen, Kontakt: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ, Mühlendamm 3, 10178 Berlin, Tel.: (0 30) 400 40-200, Fax: (0 30) 400 40-232, E-Mail: agj@agj.de

TEACCH bei Menschen mit Behinderung – Förderung interaktiver, emotionaler und lebenspraktischer Fähigkeiten, 05.07.2008, Hamburg, Kontakt: Margitta Tobaben, Schmalenreben 17, 22359 Hamburg; Tel.: (0 40) 24 42 10 06, Fax: (0 40) 24 42 10 07, E-Mail: margitta.tobaben@mato-gbb.de

International

The 17th ETC-PHHP Summer Course 2008: Health in All Policies, 14.-25.07.2008, University of Bergen, Faculty of Psychology, Norway, Kontakt: Klaus D. Pluemer Social Economist – Senior Lecturer, Academy for Public Health Düsseldorf, Health Promotion and Management, Kanzlerstrasse 4, 40472 Düsseldorf, Tel.: +49 (2 11) 310 96 40, Fax: +49 (2 11) 310 96 69, Internet: www.akademie-oegw.de, www.etc-summercourse.de

1. Kongress der Gesundheitspiazza Bodensee – Plattform für Zukunftsdiskussionen der internationalen Gesundheitswirtschaft, 17.-18.04.2008, Bregenz/Bodensee, Kontakt: Kongressbüro, Agentur WOK GmbH, Palisadenstraße 48, 10243 Berlin, Mandy Wittig, Tel.: +49 (30) 49 85 50 31, Fax: +49 (30) 49 85 50 30, E-Mail: gesundheitspiazza@agentur-wok.de, Internet: www.gesundheitspiazza.eu/