

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

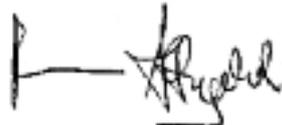
Integrierte Handlungs- konzepte

Integrierte Handlungskonzepte zur Herstellung von mehr Gesundheit in den Lebenswelten sind ein Kernelement der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation. Die Mehrzahl der Präventionsangebote in Deutschland kommt jedoch ohne integrierte Ansätze aus und ist entsprechend kleinteilig und mittelschichtorientiert organisiert, ohne nennenswerte gesundheitliche Effekte für die Zielgruppen mit den höchsten Gesundheitsförderungsbedarfen zu erreichen. Aber das fällt ja glücklicherweise gar nicht weiter auf, weil der Outcome gesundheitsfördernder und präventiver Angebote ohnehin kaum gemessen wird, sondern meist einseitig auf Struktur- und Prozessqualitätsdefinitionen gesetzt wird.

Wir stellen in dieser Ausgabe neue Ansätze zu integrierten Handlungskonzepten aus ganz unterschiedlichen Bereichen vor. Es ist weniger das Gesundheitswesen selbst, das hier neue Akzente setzt, sondern es sind vielmehr die Stadtplanung, die Armutsprävention und die kommunale Altenarbeit, die innovative und integrierte Konzepte mit hohem gesundheitlichen Nutzen für Zielgruppen entwickeln, die in der Mainstreamprävention zwar manchmal benannt, aber selten erreicht werden. Die hier entwickelten Strategien enthalten intersektorale Zusammenarbeit genauso wie zentrale Gesundheitsförderungsinhalte und -prinzipien. Sie setzen in Lebenswelten an und sind partizipativ angelegt. Durch diese Ausrichtung können Gesundheitspotenziale gestärkt und Gesundheitsrisiken vor Ort minimiert werden.

Im aktuellen Teil des Heftes setzen wir unsere diesjährige Sonderreitenserie zu den gesundheitlichen Aspekten des Klimawandels fort, stellen darüber hinaus verschiedene neue Modellprojekte und aktuelle politische Entwicklungen vor. Im Kommunalteil werden Beispielprojekte zu erfolgreichen integrierten Ansätzen vor Ort veranschaulicht. Abgerundet wird das Heft durch Rezensionen neuer Veröffentlichungen und Tagungsankündigungen. Wie immer sind Sie zur Beteiligung an den nächsten Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen herzlich eingeladen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten: »30plus, 40plus, 50plus – Mittleres Lebensalter und Gesundheit« (Redaktionsschluss 15.08.2008) und »Healthy Homes« (Redaktionsschluss 07.11.2008).

Mit herzlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Integrierte Handlungskonzepte und Gesundheitsförderung	2
■ Integriertes Handlungskonzept zur kindbezogenen Armutsprävention – Was zeigt uns »Mo.Ki«	3
■ Gesundheit, Migration und Integration am Beispiel der Stadt Stuttgart	4
■ Kindersichere Kommune	5
■ Strategien gegen Kinderarmut – Impulse für die Praxis	7
■ Gesundheitsförderung von arbeitslosen Menschen	8
■ Das Ruhrgebiet auf dem Weg zur altersfreundlichen Region – WHO-Projekt	9
■ Sektorübergreifende, zielgruppengerechte, kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen	10
■ Modellprojekt »Barrierefreies Görlitz/Zgorzelec	11
■ Gender und Diversität im Kontext des globalen Klimawandels	13
■ Kampagne zur Prävention von Harninkontinenz	14
■ Vorsorgepass zur Früherkennung von Krebs von Frauen und Männern	14
■ Integrierte Versorgungskonzepte	15
■ Möglichkeiten der akademischen Ausbildung im Bereich Gesundheitskommunikation	16
■ Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	18
■ Kommunales Netzwerk moderne Seniorenpolitik Niedersachsen	18
■ Wie kann eine Praxis angemessene Forschung im Rahmen der Gesundheitsförderung aussehen?	19
■ Kinder gestalten ihren Naschgarten	20
■ Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg	21
■ Kommunale Sportkonzepte	21
■ Sturzprävention als kommunale Aufgabe Beispiel Hamburg	22
■ Integrierte Rehabilitation am Arbeitsplatz – Modellentwicklung am Beispiel des Werk Emdens der Volkswagen AG	23
■ Mediothek	24
■ Internet	30
■ Termine	31
■ Impressum	12

Integrierte Handlungskonzepte und Gesundheitsförderung

In der Public Health Diskussion sind die Forderungen nach integrierten Konzepten und sektorübergreifender Kooperation nicht neu. Bekanntermaßen fordert die Ottawa Charta zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik auf. Und eine Reihe von Modellvorhaben und Initiativen wollen lokale Kooperation vor allem in den Bereichen Gesundheit, Umwelt, Soziales und Stadtentwicklung stärken. Zu ihnen gehören Initiativen, wie der WHO-Setting-Ansatz ›Gesunde Stadt‹ (seit 1989 in Deutschland), die Lokale Agenda 21 (seit 1992, Agenda Beschluss in rund 20% deutscher Kommunen) oder das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (in Folge der Helsinki-Konferenz 1994). Im Rahmen der ›Gesunden Städte Bewegung‹ wird die Bedeutung des breiten Spektrums der Determinanten von Gesundheit und somit die Notwendigkeit nach integrierter Planung betont. Die Teilnahme an der Phase III des Netzwerks machte die Entwicklung von Gesundheitsförderplänen zur Voraussetzung. Trojan und Legewie resümierten allerdings 2001 für die deutschen Städte und Gemeinden, dass kein systematischer Gesundheitsförderungsplan bekannt sei. Auch beim Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit zeigt eine unter Federführung des Deutschen Instituts für Urbanistik (Difu) durchgeführte Untersuchung, dass die Wirklichkeit der Kooperationen noch deutlich hinter den ambitionierten programmatischen Ansprüchen zurückfällt. Die einzelnen Programme treten sogar teilweise in Konkurrenz zueinander um Stellen, Mittel und politische Aufmerksamkeit. Die Arbeitsteiligkeit der Fachpolitiken, das Fehlen von wirksamen Steuerungsinstrumenten für Querschnittsaufgaben, der fehlende Sozialraumbezug und die Ressourcenknappheit stehen einer integrierten Gesamtpolitik im Wege. In der Gesamtschau der Programme kristallisiert sich außer den oben genannten Verwaltungsbereichen keine klare Vorstellung von dem heraus, was ein integriertes Konzept ausmachen soll und wer die zentralen Akteure sein können. In der BZgA-Veröffentlichung ›Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten‹ findet sich eine Definition. Das Vorhandensein eines integrierten Handlungskonzepts zählt zu den 12 wichtigsten Good-Practice-Kriterien. Allerdings ist die Definition wiederum nur sehr allgemein gehalten: ›Ein integriertes Handlungskonzept liegt dann vor, wenn bei der Realisierung eines Angebots oder Vorhabens alle zur Planung und Umsetzung notwendigen Akteurinnen und Akteure, zum Beispiel aus Politik, Verwaltung oder Praxis, einbezogen sind. (...) Sie sind gekennzeichnet durch eine ganzheitliche Herangehensweise zur Lösung komplexer Probleme (...).‹

Integrierte Entwicklungskonzepte im Programm Soziale Stadt

Im Rahmen des Bund-Länder-Programms ›Soziale Stadt‹ sind Integrierte Entwicklungskonzepte, wie es seit der Neufassung des Baugesetzbuchs 2004 heißt, seit 1999 zu einem der zentralen Instrumente bei der Aufwertung benachteiligter Stadtquartiere geworden. Die aktuelle Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern definiert sie als eine ›ganzheitliche Aufwertungsstrategie‹ und Konzepte ›zielgerichteter sozialer und ökologischer Infrastrukturpolitik‹. Als konkrete

Elemente dieser Strategiepapiere werden genannt: Zielsetzungen, um komplexe Probleme zu lösen, Maßnahmen zur Erreichung der Ziele sowie eine Kostenschätzung und Finanzierungsübersicht. Eine regelmäßige Fortschreibung im Kontext der quartiersbezogenen, wie gesamtstädtischen Entwicklung ist ebenso erwünscht, wie die Beteiligung der Bewohnerschaft und zentraler Stadtteilakteure.

Darüber hinaus werden 12 Maßnahmegruppen aufgeführt, die als zentral angesehen werden, um das Prädikat ›integriert‹ und ›ganzheitlich‹ zu verdienen. Sie reichen von Verbesserungen der Wohnverhältnisse und des Wohnumfeldes über lokale Beschäftigungsmöglichkeiten zur Integration von Migrantinnen und Migranten bis hin zur Stadtteilkultur. Einige Bundesländer haben ergänzende Leitfäden erarbeitet, welche Handlungsfelder in den Gebieten ihres Zuständigkeitsbereichs eine Rolle spielen sollen. Der Berliner Zielbaum für die Entwicklungskonzepte des Quartiersmanagements sieht beispielsweise neun strategische Ziele vor, denen jeweils drei bis sechs operationale Ziele untergeordnet wurden. Mit diesen Rahmensetzungen wird die Gratwanderung beschränkt, einerseits konkrete Vorgaben für die Umsetzung zu geben und gleichzeitig genügend Flexibilität für lokale Prioritäten zu lassen. Nicht ein verbindlicher Standard gilt, sondern für jedes Gebiet sollen maßgeschneiderte Lösungen mit eigenen Prioritäten möglich sein. Mit diesem thematischen Präzisierungsschritt gehen die integrierten Entwicklungskonzepte über die für den Gesundheitsbereich zitierten Umsetzungen und Definitionen hinaus.

Gesundheit als Teil der Quartiersentwicklung

Das Handlungsfeld Gesundheit wird bereits 2001 als eines von 16 zentralen Handlungsfeldern integrierter Stadtteilentwicklung in einem ersten Positionspapier zu integrierten Handlungskonzepten vom Difu als Bundestransferstelle Soziale Stadt benannt. Im Leitfaden der Bauministerkonferenz 2005 zur Programmausgestaltung wird die Gesundheitsförderung als ein Thema angeführt, das in den Quartieren zunehmend an Bedeutung gewinnt. Allerdings findet der festgestellte Bedeutungszuwachs auf sehr niedrigem Niveau statt. In der Mehrzahl der Programmgebiete bundesweit spielt die Gesundheitsförderung bislang eine nachgeordnete Rolle. Dies zeigt Böhme in einer Sonderauswertung der von der Bundestransferstelle Soziale Stadt beim Difu 2005/2006 durchgeführten dritten bundesweiten Befragung der Programmgebiete. Nur bei einem Drittel der befragten Gebiete zählt Gesundheit zu den im Entwicklungskonzept aufgenommenen Handlungsfeldern. Von 19 abgefragten Handlungsfeldern ist das Platz 17. Auch die Gesundheitsverwaltung ist in den wenigsten Gebieten in die Konzeption der Strategiepapiere eingebunden. In rund jedem fünften befragten Gebiet ist die Fachverwaltung beteiligt gewesen – das ist die unter allen 15 abgefragten Verwaltungsbereichen geringste Beteiligung. Die Ergebnisse machen aber auch deutlich, dass sich die Beteiligung des Gesundheitsamtes lohnt: In rund zwei von drei Gebieten, in denen die Fachverwaltung an der Konzeptbearbeitung beteiligt war, wurde das Handlungsfeld Gesundheit explizit berücksichtigt. Das hatte zur Folge, dass

Gerda Holz

Integriertes Handlungskonzept zur kindbezogenen Armutsprävention – Was zeigt uns ›Mo.Ki‹

Monheim am Rhein – Vorreiterin für integriertes Handeln zur Armutsprävention

Kindbezogene Armutsprävention ist Ausdruck der Übernahme öffentlicher Verantwortung für (arme) Kinder. Die Stadt Monheim am Rhein kann als Vorreiterin bei der Entwicklung eines solchen integrierten Konzeptes bezeichnet werden. Warum gerade hier? Wie wurde der Ansatz realisiert? Was wurde strukturell verändert? Einige Antworten dazu in aller Kürze.

›Mo.Ki‹ – Warum gerade hier?

Monheim am Rhein ist eine in NRW angesiedelte Mittelstadt mit rund 44.000 Einwohnern. Rund ein Viertel der Bürgerinnen und Bürger lebt in einem ehemals der Stadt Düsseldorf zugeordneten Stadtteil, der sich für Monheim untypisch vor allem durch großstädtische Hochhausbebauung im Rahmen des öffentlichen Wohnungsbaus auszeichnet. Das Quartier ›Berliner Viertel‹ ist seit rund zehn Jahren Teil des Programms ›Soziale Stadt‹. Gleichzeitig lebt dort ›die Zukunft‹ der Stadt, nämlich 44 % aller 3- bis 6-jährigen Monheimer, von denen jedes dritte Kind von Sozialtransfers abhängig ist. Minderjährige mit multiplen Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten sind überproportional vertreten. Während die Bildungschancen im Vergleich zu Kindern aus den anderen Stadtteilen gravierend niedriger sind, ist die Notwendigkeit zur Einleitung von Hilfen zur Erziehung und Kinderschutzmaßnahmen schwerwiegend höher. Sowohl Zukunftsfragen einer ganzen Stadt als auch Kostenfragen der Kinder- und Jugendhilfe waren Anlass, einen neuen Weg zu beschreiten.

›Mo.Ki‹ – Was wurde bisher realisiert?

Die Stadt verfolgt seit 2002 – zunächst durch das Jugendamt, heute übergreifend unter Federführung des Verwaltungsvorstands – gemeinsam mit dem AWO Bezirksverband Niederrhein e. V. den Auf- und Ausbau eines Präventionsansatzes für armutsbetroffene Kinder und deren Eltern bzw. Familien: ›Mo.Ki – Monheim für Kinder‹ war geboren.

Das Leitziel und damit die Basis für die kommunale Präventionsstrategie lautet: ›möglichst vielen Kindern in der Stadt eine erfolgreiche Entwicklungs- und Bildungskarriere eröffnen und sichern‹. Dies soll u. a. über folgende Teilziele erreicht werden:

- Abbau des Zusammenhangs zwischen sozialer Herkunft und Bildungserfolg. Zielgruppe sind Mädchen und Jungen aus (einkommens-)armen Familien.
- Den Kindern im Berliner Viertel eine bessere Chance auf Bildung, Erziehung und Förderung sowie ein selbstbestimmtes Leben in der Zukunft eröffnen. Neben Armut spielt der Migrationsaspekt eine besondere Rolle.
- Ein Frühwarnsystem einschließlich Angeboten der frühen Förderung/Hilfe zu etablieren, um Kindeswohlgefährdungen frühstmöglich zu verhindern.
- Bessere Verzahnung von Gesundheit, Kultur, Schule und Jugendhilfe usw. Es ist ein ressort-, institutionen- und professionsübergreifendes Agieren zu fördern und die gemeinsame Umsetzung des Leitziels zu gestalten.
- Nutzung aller in der Kommune vorhandenen Ressourcen, von der Wirtschaftsförderung bis zum bürgerschaftlichen

in rund der Hälfte sowohl Maßnahmen zum Themenfeld durchgeführt als auch gesundheitsbezogene Verbesserungen im Quartier festgestellt wurden.

Konkrete Aufmerksamkeit für die lokalen Gesundheitsziele organisieren

Explizit verankert ist das strategische Ziel ›Besseres Gesundheitsniveau‹ in den Berliner Quartiersverfahren. Dies hat in einigen Quartieren, wie beispielsweise im Wedding-Sprengelkiez dazu geführt, dass dem Handlungsfeld im Entwicklungskonzept ein wichtiger Stellenwert eingeräumt wurde. In allen Quartieren werden die durchgeführten Maßnahmen im Rahmen der Berichterstattungen den Zielen des Zielbaums zugeordnet. Gesundheitsförderung dringt also auch dort stärker ins Bewusstsein, wo es nicht als Handlungsfeld mit Priorität ausgewählt wurde. Bundesweit finden sich einige gute Beispiele integrierter gesundheitsfördernder Konzepte. Das Spektrum der Zielsetzungen ist breit. Es umfasst die bessere und zielgruppenadäquatere Gesundheitsversorgung mit Ärzten und Ärztinnen oder Pflegediensten, medizinische Prävention wie Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen oder Impfleckenschließungen sowie gesundheitsfördernde Ansätze zu Ernährung und Bewegung vorrangig in Kitas und Schulen. Häufig ging der strategischen Aufnahme der Gesundheitsziele eine quartiersbezogene Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Probleme und Ressourcen voraus. Dabei wird sich oft der Expertise von wissenschaftlichen Einrichtungen bedient. Im besten Fall gelingt es, die Empfehlungen dieser Untersuchungen in die nächste Fortschreibung des Entwicklungskonzepts einzubeziehen und durch die politischen Gremien und Stadtteilbeiräte in Kraft zu setzen. Ohne die politische Aufmerksamkeit und entsprechende Rückendeckung bleiben die gesundheitsfördernden Konzepte reine Papiertiger.

Literatur bei der Verfasserin

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

Engagement, um eine auf Nachhaltigkeit ausgerichtete Zukunftsoffensive zu verwirklichen.

Es wurde ein systematischer Umbau der Kinder- und Jugendhilfe vor Ort – weg von der Reaktion auf Defizite hin zur Prävention als aktive Steuerung und Gestaltung – eingeleitet, der zwischenzeitlich ein integrierter Handlungsansatz ist: Kindbezogene Armutsprävention fließt in eine breit ausgerichtete Bildungsoffensive der Stadt ein und bildet den Rahmen für ein allgemeines Frühwarnsystem zum Kinderschutz in der Kommune. Eingebunden sind immer Kinder, Eltern und Bürgerschaft im Quartier sowie die Fachkräfte aller vor Ort aktiven sozialen Institutionen. So umfasst das Netzwerk heute rund 70 unterschiedliche Akteure.

»Mo.Ki – Monheim für Kinder« stellt das Kind bzw. den Jugendlichen und seine Entwicklung in den Mittelpunkt aller Bemühungen. Gleichzeitig ist bedacht: »(arme) Kinder ohne (arme) Eltern gibt es nicht«. Eltern werden mehr und mehr zur eigenen Zielgruppe, um sie selbst und ihre elterlichen Kompetenzen – nicht zuletzt zum Wohle der gesamten Familien – zu stärken.

Die zentralen Handlungsorte sind die Lern- und Bildungsorte der Kinder, beginnend mit der Geburt bis zur Berufsausbildung. Es wird immer weiter an einer aufeinander abgestimmten Präventionskette mit fünf strukturbildenden Elementen gebaut:

Kind, 0–3 Jahre = Familien/Krippen (Mo.Ki 0/Baby)

Kind, 3–6 Jahre = KiTas (Mo.Ki I)

Kind, 6–10 Jahre = Grundschulen (Mo.Ki II)

Jugendliche, 10–16 Jahre = Weiterführende Schulen (Mo.Ki III)

Jugendliche, über 16 Jahre = Berufs-(aus-)bildung (Mo.Ki IV)

»Mo.Ki« – Welche strukturellen Wirkungen werden sichtbar?

Einige Beispiele: Eine ganze Kommune setzt sich mit Fragen und Folgen sozialer Benachteiligung auseinander. Sie identifiziert sich mit ihren armen Bevölkerungsgruppen. Sie übernimmt die »öffentliche« Verantwortung für alle Kinder des Ortes und für benachteiligte ganz besonders. Die Rechte, Bedürfnisse und Bedarfe von Kindern werden mehr und mehr in ihrer Eigenständigkeit gesehen und erforderliche Ressourcen bereit gestellt. Es wird Raum für alle Kinder und besonders für belastete Mädchen und Jungen geschaffen.

Begleit- und Unterstützungsangebote ab Schwangerschaft der Frau sowie frühe Förderung ab Geburt soll jedes Kind und dessen Eltern erreichen. Angebote der Information, Beratung aber auch der Betreuung sollen jedem Elternteil zugänglich werden, was aktuell verschiedene Partner gemeinsam ausgestalten. Alle 4-Jährigen besuchen eine KiTa, nun wird der Besuch aller 3-Jährigen in den Blick genommen. Die Lebenslage der Kinder im KiTa-Alter hat sich verbessert, so sind gesundheitliche Gefährdungen (z. B. Übergewicht) oder Bildungshemmnisse (z. B. Sprachprobleme) massiv gesunken. Die fünf in unterschiedlicher Trägerschaft befindlichen KiTas des Viertels sind gemeinsam als Familienzentrum zertifiziert. Sie bieten ein breit angelegtes Angebot für die verschiedenen Bedarfsgruppen an. Der Übergang zur Grundschule wird so gestaltet, dass gerade arme und benachteiligte Mädchen und

Jungen wirkungsvolle Unterstützung erhalten. Die Grundschulen verändern zunehmend ihre innere Organisation hin zum Ganztagsbetrieb u. a. mit neuer Rhythmisierung des Unterrichts sowie besonderen kulturellen und sportlichen (Förder-)Angeboten. Sie vermeiden mögliche Zugangshemmnisse für die verschiedenen sozialen Gruppen. Elternarbeit/-bildung mit belasteten und/oder bildungsfernen Familien zählt zunehmend zum schulischen Regelangebot. In den Grundschulen mit einem hohen Anteil benachteiligter Kinder gehören ab Sommer 2008 städtisch finanzierte Sozialpädagoginnen und -pädagogen dauerhaft zum Kollegium. Der Weg zum Familienzentrum in der Schule ist eingeschlagen. Schließlich soll in fünf Jahren der Anteil an Übergangsempfehlungen zur Realschule und zum Gymnasium um jeweils zehn Prozent erhöht sein. Neue Herausforderungen bestehen aktuell darin, den Mo.Ki-Ansatz in den weiterführenden Schulen und im Berufs- und Ausbildungsbereich zu implementieren. Es gibt also noch viel zu tun.

GERDA HOLZ, *Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.*,
Zeilweg 42, 60439 Frankfurt a. M., Tel.: (069) 95 78 9-0
E-Mail: gerda.holz@iss-ffm.de

Martha Aykut

Gesundheit, Migration und Integration am Beispiel der Stadt Stuttgart

Stuttgart entwickelt sich immer mehr zu einer internationalen Stadt. Hier leben Menschen aus 170 verschiedenen Nationen. Schon heute haben ca. 38% aller Stuttgarter einen Zuwanderungshintergrund, bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren sind dies sogar 56%.

Auf diese Internationalität reagierte die Stadt Stuttgart bereits 2001 mit einem Integrationskonzept, dem »Stuttgarter Bündnis für Integration«. Integration wurde zur Chefsache und für die Umsetzung und Weiterentwicklung der Integrationspolitik wurde eine Stabsstelle beim Oberbürgermeister eingerichtet.

Vorrangige Ziele der Integrationspolitik sind, das friedliche Zusammenleben der Menschen unterschiedlicher Herkunft zu fördern, Chancengleichheit herzustellen und Partizipation zu ermöglichen. Zuwanderung, kulturelle Vielfalt und Sprachenreichtum werden in Stuttgart als Potential für die internationale Stadtgesellschaft und für den Wirtschaftsstandort gesehen, Integration als ein beidseitiger Prozess, an dem Zugewanderte und Deutsche gleichermaßen beteiligt sind.

Interkulturelle Ausrichtung der Verwaltung

Integrationspolitik ist eine kommunale Querschnittsaufgabe – von der Jugend- bis zur Altenhilfe, in der schulischen und beruflichen Bildung, in der Kulturarbeit ebenso wie im Sozial- oder im Gesundheitssektor – und kein Spezialthema bestimmter Ressorts. Der besondere Fokus liegt daher auf der interkulturellen Ausrichtung der Verwaltung. Ämter, soziale Ein-

richtungen und auch der öffentliche Gesundheitsdienst müssen sich interkulturell öffnen, um die aktive Teilhabe von Migrantinnen und Migranten an den kommunalen Dienstleistungen sicherzustellen.

Mit gutem Beispiel geht hier das Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart voran. Bereits 2001 begann im Rahmen des Projekts ›Transfer interkultureller Kompetenz -TIK‹ die Qualifizierung von Mitarbeiterinnen, die sich seither verstärkt dem Thema widmen. Sie organisierten unter anderem einen interkulturellen Fachtag für die ganze Mitarbeiterschaft des Gesundheitsamtes. Seit dieser Auftaktveranstaltung werden fortlaufend Fortbildungsveranstaltungen zu kulturspezifischen Themen angeboten.

Ein großer Prozentsatz der Menschen, die im Gesundheitsamt beraten, betreut oder untersucht werden, hat eine Zuwanderungsgeschichte. Im Eingangsbereich signalisiert ein Willkommensgruß in verschiedenen Sprachen den Besuchern Offenheit für andere Kulturen. Außerdem gehört es inzwischen zum Qualitätsstandard, zu wichtigen Gesprächen einen professionellen Dolmetscher hinzuzuziehen.

Konzeptionell ist die interkulturelle Arbeit in den einzelnen Fachabteilungen fest verankert, insbesondere in der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Beratungsangebote für Menschen mit Infektionskrankheiten, HIV/AIDS konnten ausgebaut werden, Prostituierte erhalten zeitweise Beratung in der Muttersprache. Für junge muslimische Frauen finden Infoveranstaltungen statt, Kinder- und Jugendärzte bieten Sprechstunden in Brennpunktstadtteilen sowie Mütterberatung in Asylbewerberheimen an. Die niederschweligen Angebote des Gesundheitsamtes werden von Zuwandererfamilien gut angenommen. So betrug beispielsweise der Migrantenanteil in der interdisziplinären Frühförderstelle im Jahr 2005 etwa 50 %.

Die Daten der Gesundheitsberichterstattung werden regelmäßig auch nach Nationalität bzw. Migrationshintergrund ausgewertet, ebenso die im Jahr 2007 durchgeführte Jugendgesundheitsstudie. Präventionsprogramme wie das Netzwerk ›g'sund & g'scheit‹ können dann gezielt ansetzen.

Enge Zusammenarbeit

Die Stabsabteilung für Integrationspolitik und das Gesundheitsamt arbeiten eng zusammen und haben gemeinsam mehrsprachige Veröffentlichungen sowie interkulturelle Gesundheitsprojekte auf den Weg gebracht.

Zum Beispiel informiert der Leitfaden Gesundheit Migrantinnen und Migranten in verschiedenen Sprachen umfassend über das deutsche Gesundheitssystem. Außerdem gibt es ein Verzeichnis fremdsprachiger Ärzte und Ärztinnen, Hebammen, Pflegedienste und Apotheken in Stuttgart.

Stuttgart ist auch an dem bundesweiten Gesundheitsprojekt MiMi des Ethnomedizinischen Zentrums und des BKK Bundesverbands beteiligt. 29 Gesundheitsmediatoren aus Stuttgart informieren ihre Landsleute zu Gesundheitsthemen in Vereinen, Deutschkursen, Stadtteilzentren und Firmen.

Um die Gesundheitsförderung stärker in den Deutsch- und Integrationskursen zu verankern, wurde das ›Curriculum Gesundheit‹ entwickelt. Sprachkursleitungen können Referen-

tinnen und Referenten des Gesundheitsamts sowie geschulte Gesundheitsmediatoren (MiMi) zu diversen Themen in den Unterricht einladen. Die Palette reicht von Kindergesundheit, Vorsorgeuntersuchungen, Haut und Hygiene oder Behinderungen bis zu Zahngesundheit, Ernährung und Stressbewältigung. Um die Hemmschwelle gegenüber Ämtern zu senken, können einzelne Unterrichtseinheiten auch vor Ort im Gesundheitsamt durchgeführt werden.

Ein weiteres Kooperationsprojekt ist der Arbeitskreis Gesundheit und Migration. Vertreter des Gesundheitsamts und der Stabsabteilung für Integrationspolitik treffen sich seit 2003 mehrmals im Jahr und organisieren interdisziplinäre Fachtage zu aktuellen Fragestellungen. Behandelt wurden bisher Themen wie Mehrsprachigkeit, Migration und Ernährung, Muslime als Patienten und Patientinnen, Selbsthilfe bei Migranten und Migrantinnen, Behinderungen bei Familien aus der Türkei oder die Gesundheit älterer Zuwanderer.

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten unterschiedlicher kultureller Herkunft und Religion stellt auch Kliniken und Pflegeeinrichtungen vor neue Herausforderungen. Praktische Hilfestellungen könnten interkulturelle Checklisten geben, die derzeit erarbeitet werden. Angesichts des demografischen Wandels müssen sich zukünftig alle Einrichtungen dem Thema Migration und Integration stellen.

MARTHA AYKUT, *Landeshauptstadt Stuttgart, Stabsabteilung für Integrationspolitik, Eberhardtstraße 61, 70173 Stuttgart*
Tel. (0711) 2 16 76 40, E-Mail: martha.aykut@stuttgart.de

Johann Böhmann

Kindersichere Kommune

Verletzungen sind bei Kindern in allen Industrienationen die mit Abstand häufigste Todesursache. Sie sind die häufigste Ursache für nicht angeborene, lebenslange Behinderungen und einer der häufigsten Gründe für eine stationäre Krankenhausbehandlung. Verletzungen bei Kindern haben damit weit reichende individuelle, soziale und ökonomische Folgen. Sie stellen ein vorrangiges Public-Health relevantes Problem mit erhöhtem Handlungsbedarf dar, insbesondere im Kontext sozialer Ungleichheit. Besonders brisant sind die in dieser Gesamtgruppe (unintentionell injuries) verborgenen Fälle von Gewalttaten und Vernachlässigungen.

Entsprechend der internationalen Definition der WHO existiert in Deutschland bei weltweit 136 Mitgliedern und fast 200 Anträgen (Stand Mai 2008) bisher keine ›safe community‹.

Kriterien einer ›safe community‹

Die WHO entwickelte 1989 Kriterien zur ›safe community‹. Indikatoren (Stand 2002) sind:

- 1.) An infrastructure based on partnership and collaborations, governed by a cross sectional group that is responsible for safety promotion in their community;
- 2.) Long-term, sustainable programs covering both genders and all ages, environments and situations;

- 3.) Programs that target high-risk groups and environments, and programs that promote safety for vulnerable groups;
- 4.) Programs that document the frequency and causes of injuries;
- 5.) Evaluation measures to assess their programs, processes and the effects of change;
- 6.) Ongoing participation in national and international ›Safe Communities‹ networks.

Die Entwicklung in Delmenhorst

Die Stadt Delmenhorst ist eine kreisfreie Stadt mit einer Bevölkerung von etwa 80.000 und Mittelzentrum für insgesamt 120.000 Einwohner. Im Stadtgebiet leben 4.015 Kinder im Alter bis zu fünf Jahren (5% der Einwohner) sowie 10.136 Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 17 Jahren (13% der Einwohner).

Der Prozess hin zu einer kindersicheren Kommune wurde in Delmenhorst 1997 von der Kinderklinik Delmenhorst initiiert und durch die Einbindung im Netzwerk ›Forum Unfallprävention‹ des deutschen grünen Kreuzes und der Bundesarbeitsgemeinschaft Kindersicherheit (BAG) sowie vom Landesgesundheitsamt Brandenburg unterstützt. Die Entwicklung verlief in zwei Abschnitten.

- 1.) Gründungsphase mit Bildung des ersten Runden Tisches und Beginn der Datenerhebung.
- 2.) Rekonstruktion mit stärkerer kommunaler Unterstützung.

Die Gründungsphase

Nach einer Tagung gründete sich der erste Runde Tisch, der vorläufige Ziele festlegte. Diese entstanden aus den Interessen der aktiven Teilnehmenden. Einen Schwerpunkt bildete die Bewegungsförderung, insbesondere durch Verbesserung der psychomotorischen Fähigkeiten im Sinne einer Förderung der aktiven Sicherheit. Dies bot vielen Teilnehmenden, z. B. aus Kitas, Grundschulen und Vereinen attraktive Teilnahme-möglichkeiten. Auch die heute noch bestehenden Strukturen mit Arbeitsgemeinschaften für Verkehr, bauliche Umwelt, Bewegungsförderung und Datenerfassung entstanden aus der Diskussion im Rahmen des Runden Tisches. Eine Evaluation im Rahmen einer Magisterarbeit zeigte neben ›der Stärke schwacher Bindungen‹ aufgrund der relativ unverbindlichen Struktur auch die Schwächen dieser Vorgehensweise auf.

Die Rekonstruktionsphase

Nachdem über mehr als vier Jahre mit großem Enthusiasmus vieler Akteure – und gelegentlichem Aktionismus – Projekte und Aktivitäten zunahmen, erfolgte eine Ermüdung vieler Teilnehmenden. Im Rahmen einer Tagung wurden daraufhin eine erneute Erweiterung des Teilnehmerkreises und eine stärkere Einbindung der kommunalen Verwaltung erreicht. Die Leitung und Koordination erfolgte nunmehr gemeinsam mit der Spitze des Fachbereichs 2 ›Gesundheit, Verbraucherschutz und Gefahrenabwehr‹. Neben der Verkehrswacht und Wohnungsbaugesellschaften konnten auch die Seniorenbeiräte für eine engagierte Mitarbeit gewonnen werden.

Die Neuausrichtung und ›Professionalisierung‹ in enger Kooperation mit der Verwaltung führte 2006 zur Definition des Gesundheitsziels ›sichere Kommune‹, welches durch Rats-

beschluss verabschiedet wurde. Die Finanzierung erfolgte ausschließlich aus Spendenmitteln über den Verein ›Gesundheit im Kindesalter‹.

Datenerfassung als wichtiger Bestandteil

Ein wesentlicher Bestandteil aller Aktivitäten war von Beginn an eine lokale Datenerfassung aller Verletzungen, die in allen drei Notfallambulanzen sowie in beiden örtlichen Kliniken behandelt wurden. Die Datenerfassung konnte über vier Jahre (1998–2002) komplett erfolgen und wird ab 2006 im Rahmen der europäischen ›Injury Database‹ (IDB) weitergeführt. Die Daten bildeten die Grundlagen für das Kapitel 9 des Niedersächsischen Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes 2002 über Unfälle im Kindesalter. Erstmals konnte damit für eine deutsche Kommune eine bevölkerungsbezogene Darstellung des Unfallgeschehens erfolgen. Ein wesentliches Ergebnis war die Bestätigung einer Hochrisikogruppe im Alter von 1 – 4 Jahren sowie der hohe Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund, die ein mehr als dreifaches Unfallrisiko aufwiesen.

Durch diese Daten ergab sich schon früh eine Fokussierung auf das Setting Kita und führte zu Aktivitäten für ›Problemgruppen‹ in entsprechenden Quartieren. Inhaltlich erfolgte eine Konzentration auf wenige Unfallereignisse wie Stürze vom Wickeltisch, Wohnungsbrand und Verbrühungen durch Wasserkocher.

Nur auf dieser Basis und mit dieser Konzentration auf Settings, Hochrisikogruppen und relevante Unfallereignisse wird in Zukunft eine unbedingt nötige quantitative Evaluation der kommunalen Maßnahmen durchzuführen sein – ein Vorhaben, das bisher nur selten erfolgreich war. Eine Orientierung an internationalen Standards erscheint nach jahrelangen Erfahrungen in anderen Ländern sinnvoll. Die Kommune bietet dafür – und für ähnliche Themen mit identischer sozialer Komponente, identischen Risikogruppen und vergleichbaren Auswirkungen auf die Gesundheit – die ideale Plattform. Hier ist die Prävention von Vernachlässigung und Gewalt besonders aktuell und wegen der erwähnten hohen Dunkelziffer notwendig. Leider sind die Ressourcen auf der kommunalen Ebene unzureichend. Dementsprechend sind auch das politische (s. Präventionsgesetzdiskussion) und das wissenschaftliche Interesse noch gering.

Literatur beim Verfasser.

DR. JOHANN BÖHMANN, Chefarzt Kinderklinik, Klinikum Delmenhorst gGmbH, Wildeshauser Str. 92, 27753 Delmenhorst, E-Mail: boehmann.hans@klinikum-delmenhorst.de, Internet: www.gik-delmenhorst.de

Antje Richter

Strategien gegen Kinderarmut – Impulse für die Praxis

Jedes sechste niedersächsische Kind ist arm, in manchen Regionen sogar jedes dritte. Kinderarmut ist ein Problem mit weit reichenden Auswirkungen: Sie schränkt Erfahrungs- und Lernmöglichkeiten ein und ist als ein Entwicklungsrisiko zu sehen. Die Benachteiligung beginnt schon in den ersten Lebensmonaten und verstärkt sich bei lang anhaltender Armut bis ins Jugendalter hinein. Hinzu kommt: Armut in der Kindheit führt oft zu anhaltendem Hilfebedarf im Erwachsenenalter und damit zu einem fatalen Kreislauf aus eingeschränkter Teilhabe und ungleichen Bildungs- und Gesundheitschancen bis in die nächste Generation hinein. Diese Spirale aus Armut in der Kindheit und Unterstützungsbedarf im Erwachsenenalter muss unterbrochen werden. Doch dazu ist ein umfassendes Konzept notwendig, das die Ressourcen vor Ort zusammen führt und die dort vorhandenen Kompetenzen nutzt.

In der Broschüre ›Strategien gegen Kinderarmut – Impulse für die Praxis‹ werden kurzgefasst zehn Schritte auf dem Weg gegen die Folgen von Kinderarmut vorgestellt. Ziel der Broschüre ist, erfolgreiche Strategien gegen Kinderarmut zu benennen, Impulse für die Praxis zu geben und die Diskussion über wirksame Gegenstrategien vor Ort anzuregen. An der inhaltlichen Erarbeitung bzw. an der Umsetzung in Layout und Druck beteiligten sich neben Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. mit dem Regionalen Knoten Niedersachsen als Koordinationsstelle zahlreiche Kooperationspartner.

Dazu gehören die Diakonie Hannover, der Flüchtlingsrat Niedersachsen, die AWO Region Hannover e.V., der AWO Bezirksverband Hannover e.V., die Ärztekammer Niedersachsen, die Bezirksstelle Hannover der Ärztekammer Niedersachsen, der Ökologische Ärztbund und der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, ein Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Jugendämter Niedersachsen, der Caritasverband Hannover e.V. und das Niedersächsische Landesgesundheitsamt Hannover (für Gesundheitsberichterstattung und Datenlage in Niedersachsen).

Ausgangspunkt des Vorhabens war eine Einladung des Regionalen Knotens Niedersachsen bzw. des niedersächsischen Arbeitskreises Armut und Gesundheit zur Veranstaltung ›Kinderarmut‹ in der Ärztekammer Niedersachsen im Frühjahr 2007. Der Austausch der Akteure aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich resultierte in dem Wunsch nach weiterer, regelmäßiger Zusammenarbeit in einer Unterarbeitsgruppe ›Kinderarmut‹ mit dem Ziel, Empfehlungen für Akteure vor Ort zu erarbeiten. Die Broschüre verdeutlicht das Ergebnis eines gemeinsamen Diskussionsprozesses sowie die Sicht und die Erfahrungen der Beteiligten.

Das Kinderarmut besteht, ist eine Tatsache

Das Eingeständnis ›bei uns in der Kommune gibt es Armut bei Kindern‹ ist der erste Schritt. Im Anschluss daran ist zu fragen: Wie können welche Hilfen frühzeitig präventiv eingesetzt werden? Im zweiten Schritt geht es darum, Kinderarmut richtig einzuschätzen. Ein kindgerechtes Armutskonzept bezieht sich auf die Lebenssituation und Lebenslage von Kindern und Jugendlichen und bezieht mehr ein als ›nur‹ materielle Armut.

Eine realistische Einschätzung der Lage in den vier Bereichen

- materielle Versorgung – Grundversorgung durch Nahrung, Kleidung, Wohnen
- kulturelle Versorgung – Bildung, sprachliche und kognitive Entwicklung
- soziale Situation – soziale Kontakte, soziale Kompetenzen
- psychische sowie physische Lage – Gesundheitszustand, körperliche Entwicklung

ermöglicht es, die Entwicklungsmöglichkeiten, sowie Lebens- und Teilhabechancen von Kindern besser einzuschätzen und anschließend gezielt zu fördern.

Dritter Schritt: ›Runder Tisch Kinderarmut‹

Kinderarmut ist ein Problem mit vielschichtigen Ursachen. ›Runde Tische‹ bieten eine Plattform, um es von allen Seiten zu beleuchten. So entstehen Möglichkeiten für übergreifende Kooperationsbeziehungen vor Ort. Am ›Runden Tisch Kinderarmut‹ sollten sich beteiligen: Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Soziale Dienste, Wohlfahrtsverbände, Schulen, Politik, freie Initiativen und andere Partner, die sich in der Armutsprävention engagieren.

Vierter Schritt: Regelmäßige Berichterstattung

Nur auf der Grundlage von Daten können effiziente Konzepte, Maßnahmen und Projekte entstehen, die zur wirkungsvollen Bekämpfung und Prävention geeignet sind. Dazu ist eine von Kommunalpolitik, Wohlfahrtsverbänden und der kommunalen Verwaltung getragene Übereinkunft über Indikatoren erforderlich, die regelmäßig erfasst und systematisch aufgearbeitet werden. Eine jährliche Berichterstattung über Kinderarmut gegenüber relevanten Gremien umfasst auch die aus den Daten abgeleiteten Zielen und Maßnahmen sowie deren Evaluation.

Alle weiteren Schritte werden in der Broschüre ausgeführt, hier im Anschluss jedoch nur kurz benannt. Dazu gehören:

- 5.) Leistungsfähiges Netzwerk ›Früher Hilfen‹ ausbauen
- 6.) Bildungs- und Betreuungsangebote für Kinder ausbauen
- 7.) Konzepte zur Elternbildung entwickeln
- 8.) Konzepte zur Gesundheitsförderung für Kinder in Kitas, Schulen und Wohnumfeld entwickeln
- 9.) Teilhabe sichern mittels finanzieller Unterstützung durch die Kommunen
- 10.) Qualitätssicherung dieses Prozesses gewährleisten

Die Übersicht über die geforderten Maßnahmen soll verdeutlichen, dass zur Bekämpfung der Folgen von Kinderarmut integrierte Lösungsansätze notwendig sind, die lokale und regionale Ressourcen und Kompetenzen bündeln und vor allem anderen eine wirksame und kontinuierliche Zusammenarbeit von Gesundheits-, Jugendhilfe-, Sozial- und Bildungsbereich erfordern.

Die Broschüre ist als PDF unter www.gesundheit-nds.de abzurufen und als gedruckte Ausgabe bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. zu beziehen.

DR. ANTJE RICHTER, *siehe Impressum*

Gesundheitsförderung von arbeitslosen Menschen

Arbeitslosigkeit macht krank

Seit der Studie über die Arbeitslosen von Marienthal in den 30er Jahren durch die Forscher Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel ist bekannt, dass Arbeitslosigkeit krank macht. Auch aktuelle Untersuchungen von Krankenkassen bestätigen diesen Befund: Im BKK Gesundheitsreport 2006 wird dargestellt, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen durchschnittlich nahezu doppelt so viele Leistungen der Krankenkassen in Anspruch nehmen.

Schwerpunkt sind psychische Krankheiten

Einkommensverlust und sozialer Abstieg stellen für die Mehrzahl der Menschen massive Belastungen dar. Sozialer Rückzug, Selbstzweifel und Depressionen sind vielfach die Folgen. Viele Arbeitslose reagieren mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Im Vergleich zu Erwerbstätigen sind Häufigkeit und Dauer psychischer Krankheiten bei Arbeitslosen um das Mehrfache erhöht. Psychische Erkrankungen sind bei Arbeitslosen auch der häufigste Grund für stationäre Behandlungen.

Arbeitslosigkeit ist teuer

Zugleich geht Arbeitslosigkeit mit erheblichen gesellschaftlichen Kosten einher. Der Gesellschaft gehen nicht nur die Produktivkraft dieser i. d. R. zum Nichtstun verurteilten Menschen wie auch deren Qualifikationen verloren, es sind auch Abstiegs-, mitunter Verelendungsprozesse mit hohen Folgekosten zu verzeichnen sowie Steuer- und Abgabenausfälle. Eine Schätzung für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland zeigt, dass dieser durch Arbeitslosigkeit aufgrund von Mehrausgaben (infolge des fast doppelt so hohen Leistungsbedarfs von Arbeitslosen) und Mindereinnahmen (infolge verminderter Einkommensbezüge von Arbeitslosengeld I- und II-Beziehern) jährlich Mehrausgaben in Höhe von 15 Mrd. Euro entstehen.

Arbeitslose können mit Gesundheitsförderung erreicht werden

Mit dem Verlust ihrer Gesundheit büßen Arbeitslose auch ihre Beschäftigungsfähigkeit ein. Deshalb ist es im Interesse der Krankenkassen wie auch der Arbeitsmarktförderung, die Gesundheit von Arbeitslosen zu erhalten oder – sofern sie bereits eingeschränkt ist – wieder herzustellen. Einige Projekte, die der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2007 als Beispiele guter Praxis hervorhebt, haben gezeigt, dass dies gelingen kann:

Das brandenburgische Projekt ›AmigA‹ (Arbeitsmarktförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung) verbessert durch medizinische und psychologische Beratung die Gesundheit und damit die Eingliederungschancen von Arbeitslosen in den Arbeitsmarkt.

Das in Hattingen (NRW) durchgeführte Projekt ›BEAM‹ konzentriert sich auf die Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit von Langzeitarbeitslosen mit psychischen Belastungen und Suchtproblemen.

Dem in NRW erprobten Projekt ›JobFit Regional‹ ist es gelungen, die Gesundheit und damit die Beschäftigungsfähigkeit der Arbeitslosen zu verbessern.

Allen drei Projekten gemein ist die jeweils eng aufeinander abgestimmte Arbeits- und Gesundheitsförderung. ›AmigA‹ und ›BEAM‹ richten sich an Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen, während ›JobFit‹ sich an Arbeitslose ohne gesundheitliche Einschränkungen wendet. Weitere Gemeinsamkeiten sind die von allen drei Projekten verfolgten verhaltenstheoretischen Ansätze, die Ansprache der Arbeitslosen in geeigneten Kontexten/Settings sowie die Partizipationsmöglichkeit der Teilnehmer. ›BEAM‹ und ›JobFit‹ wurden im Rahmen der BKK-Initiative ›Mehr Gesundheit für alle‹ gefördert, ›JobFit‹ auch mit Mitteln des MAGS NRW.

Integration der Gesundheits- in die Arbeitsmarktförderung

Mit dem ›JobFit-Ansatz‹ wurden mittlerweile rund 1.000 Arbeitslose erreicht, womit er im Vergleich zu den beiden anderen Ansätzen die deutlich größte Verbreitung erfahren hat. Er basiert auf zwei Elementen, der individuellen Gesundheitsberatung (nach der Methode des Motivational Interviewings) und einem Gruppenkurs zur multimodalen Stressbewältigung. Beide Elemente sind so angelegt, dass sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Beschäftigungs- und Qualifizierungsträger durchgeführt werden können und zwar direkt beim Träger. Als freiwilliges Angebot wird die Gesundheitsförderung in Aktivierungsmaßnahmen nach § 16 SGB II, z. B. Qualifizierungsmaßnahmen, Arbeitsgelegenheiten oder Beschäftigungspakt 50+, integriert. Die externe Evaluation zeigt, dass über den Träger als Setting die üblicherweise für Gesundheitsförderung schwer erreichbaren Arbeitslosen zu einem hohen Anteil für die gesundheitsfördernden Maßnahmen gewonnen werden können. Gesundheits- und Sozialverhalten wie auch die Vermittlungsquoten werden signifikant verbessert.

Von der Modellerprobung zur Regelförderung

Aufgrund der positiven Ergebnisse von ›JobFit Regional‹ wurden in der zweiten, kassenartenübergreifend angelegten Projektphase ›JobFit NRW‹ Wege gesucht, den JobFit-Ansatz über Instrumente der Regelförderung an jedem Standort in der Republik umzusetzen. Mit den SGB II-Trägern, den ARGEn, wurden Wege gefunden, die individuelle Eingangsberatung (i. d. R. 4 bis 8 Stunden) über sog. weitere Leistungen nach § 16 Abs. 2 SGB II zu finanzieren. Die Gruppenkurse können von den Krankenkassen im Rahmen von § 20 SGB V übernommen werden. Das Kurskonzept (einschließlich Trainermanual) wurde mit allen NRW-Kassen abgestimmt als Leitfadenskonform beurteilt. Die neue Fassung des Leitfadens Prävention der Krankenkassen (voraussichtlich Mitte 2008) wird bei Geringverdienern eine direkte Abrechnung zwischen Trägern und Krankenkassen empfehlen. Zudem haben die NRW-Kassen für ›JobFit‹ eine direkte Abrechnung der Kurskosten zwischen dem Träger und der Krankenkasse vereinbart, bei der der Teilnehmer versichert ist. Damit wird die zentrale finanzielle Hürde insbesondere für ALG II-Bezieher beseitigt, die von 347,- Euro monatlichen Bezügen keine Kosten für einen Präventionskurs in Höhe von 50,- Euro übernehmen können.

Derzeit laufen die ersten Übertragungen und Implementierungen von ›JobFit‹ auch in anderen Bundesländern an.

MICHAEL BELLWINKEL, BKK Bundesverband, Abteilung Gesundheit, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen, Tel.: (02 01) 179 14 72, Fax: (02 01) 179 10 14, E-Mail: BellwinkelM@bkk.bv.de, Internet: <http://www.bkk.de>

Rainer Fretschner

Das Ruhrgebiet auf dem Weg zur altersfreundlichen Region – Erfahrungen aus dem WHO-Projekt ›Age-friendly Cities‹

Ausgangslage

Das Ruhrgebiet ist in besonderem Maße vom demografischen Wandel betroffen. Wie keine andere Region im Westen der Bundesrepublik hat das Ruhrgebiet in den vergangenen 30 Jahren einen ökonomischen und sozialen Strukturwandel durchlaufen, der sich auch in den Veränderungen der Bevölkerungsstatistik widerspiegelt. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Gesamtbevölkerungszahl im Ruhrgebiet bis 2050 um 500.000 Menschen reduzieren wird, während im gleichen Zeitraum die Zahl der Menschen im Alter von 60 bis 79 Jahren um 60.000 auf 1,2 Millionen, die Zahl der 80-jährigen und Älteren gar um 145.000 auf 380.000 Menschen ansteigen wird. Das prognostizierte ›dreifache Altern‹ der Gesellschaft, d. h.

- die absolute Zunahme älterer Menschen in der Gesellschaft (bedingt durch eine weiter steigende Lebenserwartung),
- der Anstieg des relativen Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung (bedingt durch den Geburtenrückgang und die Abwanderung von Familien und jungen Menschen),
- sowie die Zunahme hochbetagter und sehr häufig pflegebedürftiger Menschen (durch Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung),

stellen auf kommunaler und regionaler Ebene Herausforderungen an die Wohnungswirtschaft, den öffentlichen Nahverkehr, die öffentliche Infrastruktur, die sozialen Dienste die Gesundheitsversorgung dar. Viele Kommunen arbeiten bereits daran, die Lebenssituation älterer Menschen durch Anpassung infrastruktureller Maßnahmen zu verbessern. Zahlreiche Initiativen und Modellprojekte zur Entwicklung der Seniorenwirtschaft auf kommunaler und regionaler Ebene (z. B. in den Bereichen haushaltsnahe Dienstleistungen, Migration und Alter oder intergenerationelles Lernen) zeigen Möglichkeiten und Ansatzpunkte auf, den demografischen Wandel ökonomisch sinnvoll zu gestalten.

Kriterien für altersfreundliche Städte

Welche Maßnahmen zeichnen eine altersfreundliche Stadt aus und sind geeignet, um die Lebensqualität älterer Menschen in Städten und Ballungsräumen zu verbessern? Diese Fragen standen im Mittelpunkt des Projekts ›Age-friendly

Cities‹ der Weltgesundheitsorganisation (WHO), an dem sich neben Metropolen wie Istanbul, London, Mexico City, Moskau und Tokio auch die Metropolregion Ruhr beteiligt hat. Das Projekt wurde initiiert und unterstützt vom Regionalverband Ruhr (RVR) und dem Ministerium für Generationen, Frauen, Familie und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MGFFI). Das Institut Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen (IAT) hat die wissenschaftliche Begleitung des Projektes übernommen. Auf der Basis qualitativer Interviews mit Seniorinnen und Senioren aus dem Ruhrgebiet wurden deren Bedürfnisse und Wünsche erhoben und an die WHO weitergeleitet. Auf dieser Grundlage wurde eine Checkliste mit Kernpunkten altersfreundlicher Städte entwickelt, die folgende Aspekte umfassen:

- Öffentlicher Raum
- Mobilität und Verkehr
- Wohnen
- Soziale Beteiligung
- Soziale Integration und Respekt
- Zivilgesellschaftliche Beteiligung und Beschäftigung
- Kommunikation und Information
- Gesundheitsdienstleistungen

Projektbericht und Checkliste werden auf der Homepage der WHO unter www.who.int/ageing/age_friendly_cities/en/index.html zur Verfügung gestellt. Die Checkliste kann flexibel an die Besonderheiten der jeweiligen Kommunen angepasst werden. Das Projekt hat gezeigt, dass trotz unterschiedlicher sozialer, ökonomischer und kultureller Ausgangsbedingungen die Bedürfnisse und Wünsche älterer Menschen auf der ganzen Welt vergleichbar sind. Unterschiede bestehen lediglich in der lokalen Umsetzung, um diesen Bedürfnissen und Wünschen zu entsprechen. Darüber hinaus wurde deutlich, dass altersfreundliche Kommunen attraktiv und lebenswert für alle Generationen sind, denn die Maßnahmen, die geeignet sind, um die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern, kommen auch jüngeren Generationen zugute. Hierzu zählen beispielsweise die Barrierefreiheit öffentlicher Gebäude, die leichte Zugänglichkeit zu öffentlichen Verkehrsmitteln und die unmittelbare Erreichbarkeit von öffentlichen und privaten Dienstleistungen.

Was hat sich im Ruhrgebiet geändert?

Die befragten Seniorinnen und Senioren aus dem Ruhrgebiet schätzen die Lebensqualität im Ruhrgebiet und sind überwiegend mit der Altersfreundlichkeit ihrer Kommunen sehr zufrieden. Nachbesserungen wünschen sie sich bei der Bereitstellung bezahlbarer haushaltsnaher Dienstleistungen, bei der Optimierung des öffentlichen Nahverkehrs und der Sicherstellung einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung. Das Age-friendly-Cities (AFC) AFC-Projekt war der Beginn einer intensiven Beschäftigung mit dem demografischen Wandel im Ruhrgebiet. Anfang 2007 haben sich Landkreise und Städte der Metropole Ruhr, inspiriert durch das AFC-Projekt, auf eine gemeinsame Erklärung zur Förderung der Seniorenwirtschaft in der Region geeinigt und sich u. a. selbst dazu verpflichtet, das Ruhrgebiet zu einer vorbildlichen Region für das

unabhängige Wohnen im Alter weiterzuentwickeln. Noch im selben Jahr fand auf Einladung des Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration sowie des Regionalverbandes Ruhr eine erste internationale Konferenz in Essen und Mülheim an der Ruhr statt, auf der gute Lösungen und innovative Modellprojekte in den Bereichen Wohnen und hausnahe Dienstleistungen, Kultur und Bildung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Partizipation vorgestellt und diskutiert wurden. Eine Nachfolgekonferenz findet in 2008 in Istanbul statt. Schließlich wurden die Ergebnisse des Projektes am 1. Oktober 2007, dem internationalen Weltseniorentag, auf einer regionalen Tagung in Duisburg den Seniorinnen und Senioren aus der Region und einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt. Es ist klar: Das AFC-Projekt kann nur ein erster Schritt sein, um die Städte des Ruhrgebiets auf den demografischen Wandel vorzubereiten. Weitere Schritte müssen folgen. Die Checkliste gibt die Richtung vor.

DR. RAINER FRETSCNER, *Institut Arbeit und Technik, Munscheidstr. 14, 45886 Gelsenkirchen, Tel.: (02 09) 170 71 63, E-Mail: fretschner@iat.eu*

Thomas Altgeld

Sektorübergreifende, zielgruppen-gerechte, kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen

Der neue Boomsektor der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter wird noch dominiert von wellness-orientierten Angebotstypen, die sich vor allem an bereits gesundheitsbewusste, eher aktive ältere Menschen richten. Auch wenn sich die erste Euphorie für Anti-Ageing-Produkte bereits gelegt hat, betont nach wie vor das Gros der Angebote, dass jeder irgendwie seines Glückes Schmied und mehr Gesundheit im Alter das unmittelbare Produkt leichter Verhaltensänderungen sowie einer hohen Fürsorge für sich selbst sei.

Die Zahl der älteren und ›hochbetagten‹ Menschen wächst und damit zumeist auch die Zahl der gesunden Lebensjahre. Mit steigender Lebenserwartung gewinnt aber genau diese Erhaltung von Lebensqualität und das gesunde Altern zunehmend an Bedeutung sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft als Ganzes. Auch bei älteren Menschen entscheiden neben individuellen Faktoren (Persönlichkeitsmerkmalen und genetischen Anlagen) vor allem die Lebensumstände vor Ort über Gesundheit oder Krankheit. Deshalb kommt der altersgerechten Politik auf allen Ebenen und insbesondere der kommunalen Ebene eine Schlüsselrolle zu. Kommunen schöpfen bislang trotz vielfältiger, doch zumeist unkoordinierter Aktivitäten ihre Handlungsspielräume und Potenziale bei weitem nicht aus. Gerade weil der demografische Wandel sich nicht in allen Kommunen gleichermaßen vollzieht, sondern die Altersverteilung sehr unterschiedlich aussehen kann, muss jede Kommune überprüfen, welche Zielgruppen bislang durch Gesundheitsförderung und

Prävention erreicht wurden und welche nicht. Bei Kommunen mit einem hohen Anteil an älteren Menschen kommt es nicht nur auf die Optimierung von Gesundheitsdiensten, sondern den Aufbau von effektiven Präventionsmaßnahmen an, unter anderem um langfristig auch kommunale Dienste entlasten zu können.

Neues Altern in der Stadt

Das 2005 von der Bertelsmannstiftung gestartete Pilotprojekt ›Neues Altern in der Stadt‹ zielte darauf, in den beteiligten Kommunen eine Neuausrichtung der Seniorenpolitik zu initiieren, um langfristig die Lebensqualität zu sichern. Es wurden sechs Modellkommunen ausgewählt, um Verfahren zu erproben, Instrumente zu entwickeln und verschiedene Schwerpunktthemen zu bearbeiten. Die baden-württembergische Stadt Bruchsal entschied sich innerhalb der Analyse- und Zielfindungsphase für das Themenfeld ›Gesundheitsförderung und Prävention‹.

Da Gesundheitsförderung eng mit dem Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit verknüpft ist, kommt der öffentlichen Hand hier eine besondere Verantwortung zu, auch schwer erreichbaren Gruppen Zugänge zu verschaffen. Die größten Präventionspotenziale haben nicht die sogenannten ›jungen und aktiven Alten‹ mit hohem Bildungsniveau und guter materieller Ausstattung, denn diese Gruppen sind zumeist ausreichend in der Lage, ihre Gesundheitschancen eigenständig zu verbessern. Besonders hohe Präventionsbedarfe und -potenziale haben insbesondere:

- Beschäftigte in höheren Lebensaltern mit geringem Verdienst,
- ältere Arbeitslose,
- Menschen im Rentenalter mit geringen Rentenbezügen,
- ältere Menschen mit Migrationshintergrund,
- alleinstehende ältere Menschen mit wenig sozialer Einbindung sowie
- pflegebedürftige und ältere Menschen mit Behinderungen.

Diese Gruppen werden durch vorhandene Programme kaum erreicht. In Bruchsal wurde aufgrund des großen Interesses vieler beteiligter Einrichtungen und engagierter Seniorinnen und Senioren ein Plenum für die Steuerungsprozesse eingerichtet. In der Auftaktveranstaltung wurden fünf Arbeitsgruppen ins Leben gerufen, die über einen Zeitraum von etwa acht Monaten hinweg jeweils sechs- bis zehnmal tagten.

Umfassende Angebotsanalyse

Die eingerichteten Arbeitsgruppen haben während der Aktionsphase zunächst eine Analyse der vorhandenen Angebote in ihrem jeweiligen Themenfeld durchgeführt und darauf aufbauend Defizite und Handlungsbedarfe ermittelt. Art und Umfang der Angebotsanalyse variierten sehr nach Themenfeld. Am umfassendsten fiel die Angebotsanalyse aufgrund der vielfältigen und heterogenen Angebotsstruktur für das Themenfeld ›Bewegung und Ernährung‹ aus. In der Arbeitsgruppe ›Präventive Hausbesuche‹ wurde darüber hinaus die Bewohnerstruktur des sozial benachteiligten Stadtgebiets, das für die Erprobungsphase dieses Angebots aus-

gewählt wurde, auf Basis vorhandener Kommunaldaten und Bewerbungsunterlagen für das Modellprogramm ›Soziale Stadt‹ in die Ausgangsanalyse einbezogen.

Nach der Diskussion der Handlungsbedarfe wurden Maßnahmenvorschläge entwickelt und priorisiert. Die Priorisierung erfolgte nach den Kriterien: hoher Konsens in der Arbeitsgruppe, zeitnahe Umsetzbarkeit und Machbarkeit. Außerdem wurde eine Internetplattform www.neues-altern-in-derstadt.de eingerichtet. In 2007 wurden zwei Unternehmensforen mit dem Ziel durchgeführt, ein Bruchsaler Aktionsbündnis ›Fit für den demografischen Wandel – mit leistungsfähigen Mitarbeitern‹ zu gründen. Das Interesse der ansässigen Unternehmen vor Ort war ausgesprochen hoch.

Die Kommunalverwaltung stellte für die Umsetzung der geplanten Maßnahmen nach einem Ratsbeschluss Haushaltsmittel für das Jahr 2008 zur Verfügung. Die Ergebnisse aus Bruchsal zeigen, wie spezifisch Programme und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im kommunalen Kontext entwickelt und sektorübergreifend umgesetzt werden müssen. Außerdem konnte eine Fokussierung insbesondere der geplanten Maßnahmen in den Bereichen präventive Hausbesuche sowie Bewegung und Ernährung auf bislang eher vernachlässigte Zielgruppen erreicht werden. Die Verknüpfung von präventiven Hausbesuchen mit dem Quartiersmanagement eines sozialen Stadtgebietes ist bundesweit einmalig. Gerade die zunehmende Altersarmut wird die Entwicklung solcher zielgruppengerechter Ansätze für sozial benachteiligte, ältere Bevölkerungsgruppen immer dringlicher machen. Die Gesundheitspotenziale dieser Bevölkerungsgruppen dürfen nicht länger jenseits des Mainstreams beispielsweise kassengetragener Präventionsaktivitäten liegen.

Literatur beim Verfasser

THOMAS ALTGELD, *siehe Impressum*

Thomas Hafner, Gunther Woelfle

Modellprojekt ›Barrierefreies Görlitz/Zgorzelec‹

Im Jahr 2050 wird ein Drittel der Deutschen über 60 Jahre alt sein. Und je älter man wird, umso stärker ist man in seiner Mobilität eingeschränkt. Daneben gibt es eine relativ gleichbleibende Zahl von Schwerbehinderten (ca. 6,7 Mio.) und eine nicht unerhebliche Zahl von Menschen, die temporär – also in bestimmten Lebensphasen bzw. Situationen – in ihrer Mobilität eingeschränkt sind wie Kranke, Haushalte mit Kleinkindern, Schwangere, Übergewichtige, Personen mit schwerem Gepäck oder Fahrrad. Eine EU-Kommission beziffert all diese Gruppen auf insgesamt 33,3% (1999) der europäischen Bevölkerung und geht von einer Steigerung auf fast 40% bis zum Jahr 2040 aus. Die Folge ist, dass in Zukunft in unserer Gesellschaft immer mehr Menschen auf eine möglichst barrierefreie Umwelt angewiesen sein werden.

Weiterer Handlungsdruck entsteht durch eine Reihe politischer Vorgaben. Hierzu gehören z. B. die Erklärung von Barcelona (24.03.1995), in der sich bis heute über 300 europäische Städte – auch unsere Modellstadt Görlitz – zu einer Umwelt ohne Barrieren bekennen; ferner das Behindertengleichstellungsgesetz nebst barrierefreier Informationstechnik-Verordnung (beide 2002). Zudem fordern die Bundesländer ›Barrierefreiheit‹ in ihren Landesgleichstellungsgesetzen und in ihrer Sozialberichterstattung. Die Städte verankern entsprechende Leitbilder in ihrer ›Lokalen Agenda 21‹ und im Rahmen des Bund-Länderprogramms ›Die Soziale Stadt‹.

Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik

Die neuen politischen Vorgaben bedeuten einen Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik: Hat sich die bisherige Politik stark am Prinzip der Hilfe und Fürsorge orientiert, so steht jetzt die gleichberechtigte Teilhabe aller – auch mobilitätseingeschränkter – Menschen am gesellschaftlichen Leben im Vordergrund.

Hier setzt unser Modellprojekt ›Barrierefreies Görlitz‹ an. Sociopolis aus Berlin entwickelte zusammen mit der Professur für Denkmalkunde und angewandte Bauforschung der Technischen Universität (TU) Dresden für die Stadt Görlitz ein internetgestütztes Leitsystem zur Barrierefreiheit von Gebäuden, Einrichtungen und des öffentlichen Raums.

Görlitz ist aus mehreren Gründen als Modellstadt geeignet: Es stellt mit ca. 3.600 Einzeldenkmälern und einem weitgehend erhaltenen mittelalterlichen Stadtkern sowie großen Gründerzeitvierteln das größte Flächendenkmal in Deutschland dar. Der Fremdenverkehr ist daher ein gewichtiger Wirtschaftsfaktor, nicht zuletzt auch aufgrund des Status als grenzüberschreitende Doppelstadt mit Zgorzelec. Außerdem ist Görlitz heute schon eine ›alternde‹ Stadt: der Anteil der Senioren und Seniorinnen (über 61 Jahre) an der Gesamtbevölkerung liegt mit 30,4% (2005) weit über dem Bundesdurchschnitt von 20,6%.

Ermöglicht wurde das Projekt durch die finanzielle Unterstützung der Sto-Stiftung in Essen. Zudem stellte die Stadt Görlitz vier Beschäftigte ab, die ausgesuchte Gebäude zusammen mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von Sociopolis und der TU Dresden aufnahmen und dokumentierten. Die Untersuchung des öffentlichen Raums und die Gestaltung der Umgebungspläne erfolgte im Rahmen eines Studentensprojekts im Masterstudiengang Denkmalpflege und Stadtentwicklung an der TU Dresden. Für die technische Umsetzung der Website waren Sociopolis und die Abteilung Projekt- und Informationsmanagement der Stadt Görlitz gemeinsam verantwortlich.

Ergebnis Datenbank

Das Ergebnis ist eine Datenbank, die über einen speziellen, in die offizielle Website der Stadt integrierten Internetauftritt alle mobilitätseingeschränkten Personen über die Barrierefreiheit ausgewählter Gebäude und des öffentlichen Raums informiert. Das Spektrum reicht von Sehenswürdigkeiten sowie Plätzen über Kultureinrichtungen bis hin zu Hotels und Gaststätten. Die aufgenommenen Objekte wurden in Zusam-

menarbeit mit dem Amt für Gebäude- und Liegenschaftsmanagement sowie der Denkmalschutzbehörde der Stadt Görlitz ausgesucht.

Im Herbst/Winter 2006 nahm man mit Hilfe einer von Sociopolis entwickelten Untersuchungsmatrix die Gebäude, deren unmittelbare Umgebung und den gesamten öffentlichen Raum der Innenstadt auf. Im Frühjahr/Sommer 2007 wurden die Datensätze aufbereitet und das Informationssystem generiert. Im November 2007 ging die Plattform unter www.goerlitz.de online.

Die zentrale Anforderung an die Website ist eine maximale Übersichtlichkeit für die Nutzer und Nutzerinnen. Aus diesem Grund lassen sich die Daten in unterschiedlichen Informationstiefen abrufen. Ein weiterer Anspruch des Informationssystems besteht darin, individuell auf verschiedene Mobilitätseinschränkungen zu reagieren.

Das Modellprojekt ist eine Dokumentation besonders gelungener Görlitzer Beispiele, bei denen die Ziele der Denkmalpflege und des barrierefreien Bauens vorbildlich realisiert wurden. Es sensibilisierte für die EU-Forderung nach einem ›Hindernisfreien Europa für alle‹. Erfreulich waren die positiven Beiträge in der Presse sowie die große Zustimmung seitens der lokalen Behindertenverbände. Ferner wurden einige private Eigentümer – z. B. von Hotels und Restaurants – erstmals auf dieses Thema aufmerksam.

Das Modellprojekt bewies, dass Barrierefreiheit nicht allein von möglichst DIN-gerechten, kostenintensiven und nicht immer denkmalverträglichen Maßnahmen abhängt, sondern dass noch zwei andere Aspekte von Bedeutung sind:

- Eine für jedermann zugängliche Datenbank, die umfassend über mögliche Barrieren informiert
- sowie statt ›perfekten‹ nur ›halb-perfekte‹, aber höchst effiziente Maßnahmen wie provisorische Holzrampen oder Nebeneingänge, die bei Bedarf vom Personal geöffnet werden können.

Letztere Maßnahmen tragen ebenfalls – und zwar zeitnah – zu einer barrierefreien Umwelt bei. Somit stellt der Ansatz des Modellprojekts ›Barrierefreies Görlitz‹ in Zeiten, in denen die Mittel zur flächendeckenden Umsetzung von Barrierefreiheit fehlen, eine sinnvolle Strategie dar, um alle mobilitätseingeschränkten Menschen bei ihrer selbstständigen Lebensführung zu unterstützen.

DR.-ING. HABIL. THOMAS HAFNER, DIPL.-ING. GUNTHER WOELFLE,
Sociopolis – Büro für Stadt- und Regionalentwicklung,
Sozialforschung und Neue Medien, Berlin; mehr Informationen
unter: www.sociopolis.de.

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

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

ISSN: 1438-6666

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

Redaktion: Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Iris Bunzendahl,
Mareike Claus, Sabine Hillmann, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter,
Tania-Aletta Schmidt, Dr. Ute Sonntag, Kerstin Utermark,
Dagmar Vogt-Janssen, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Thomas Altgeld, Dr. Jennifer Anders, Martha Aykut, Gesine Bär,
Michael Bellwinkel, Dr. Johann Böhmman, Dr. Ulrike Dapp,
Dr. Rainer Fretschner, Bernd Grimm, Uta Grimm, Prof. Dr. Ruth Haas,
Dr.-Ing. habil. Thomas Hafner, Gerda Holz, Prof. Dr. Claudia Hornberg,
Ursula Jess, Dr. Claudia Lampert, Andrea Pauli, Carsten Pfeil,
Dr. Antje Richter, Dr. Torben Sammet, Tania-Aletta Schmidt,
Prof. Dr. Matthias P. Schönemark, Daniel Tolks, Kerstin Utermark,
Dagmar Vogt-Janssen, Gunther Woelfle, Birgit Wolff

Sekretariat: Dana Kempf

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 60: 28. Juli 2008

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

Auflage: 7.000

Gestaltung: formfuersorge, Jörg Wesner

Druck: Interdruck Berger & Herrmann GmbH

Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

Andrea Pauli, Claudia Hornberg

Gender und Diversität im Kontext des globalen Klimawandels

Naturkatastrophen und die Frage einer ›fairen‹ Verteilung der Folgen des Klimawandels

Nur knapp einen Monat nach den Aktionen zum Weltgesundheitstag, der sich – wie bereits in der letzten *impulse*-Ausgabe dokumentiert – in diesem Jahr dem aktuellen Thema ›Klimawandel und Gesundheit‹ widmete, demonstrierte die Zyklon-Katastrophe in Burma die seit Jahren prognostizierten Auswirkungen klimatischer Veränderungen. Infolge der massiven Abholzung von Mangrovenwäldern sind in Burma wichtige natürliche Barrieren gegenüber Stürmen und Fluten verloren gegangen. Als eine Folge dieser Eingriffe in die Natur zeigt sich nun die besondere Betroffenheit all derer, die mangels Alternativen gezwungenermaßen und zudem häufig illegal und ohne entsprechende Infrastruktur in tiefer gelegenen Küstenregionen und Flussdeltas siedeln, wo sie Wetter-Extremen ungeschützt ausgeliefert sind. Die Naturkatastrophe in Burma verdeutlicht, dass sich die ökologischen, gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgen des Klimawandels nicht allein auf eine länderübergreifende ›Nord-Süd-Dimension‹ beschränken. Auch innerhalb eines Landes und innerhalb der Bevölkerung lassen sich soziale und räumlich-geographische Ungleichverteilungen (›climate injustice‹) erkennen.

Die Verteilung klimawandelbedingter Gesundheitsrisiken innerhalb Europas unter dem Aspekt von Diversität

In der Frage, ob und inwieweit langfristige Veränderungen im Zuge des Klimawandels und plötzlich auftretende, wetterbedingte Naturkatastrophen bestimmte gesellschaftliche (Teil-) Gruppen in unterschiedlicher Intensität betreffen, richtet sich der Blick meist auf Entwicklungs- und Schwellenländer. Dass solche Unterschiede durchaus auch in hochentwickelten Industriestaaten mit einer vergleichsweise homogenen Sozialstruktur wie Europa relevant sind, illustriert das Beispiel der Hitzewelle im Jahr 2003. Bestimmte Gebiete West- und Südeuropas waren in diesem Sommer einer ungewöhnlichen Anzahl aufeinanderfolgender Tage mit deutlich erhöhten Durchschnittstemperaturen ausgesetzt. Vergleichende Untersuchungen aus Lissabon, Madrid und Baden-Württemberg konnten für Tage mit starker oder extremer Wärmebelastung eine signifikante Erhöhung der Mortalität belegen. Die aus sechs europäischen Ländern vorliegenden Berichte dokumentieren weitgehend übereinstimmend, dass die Hitzewelle 2003 vor allem für hochaltrige Menschen (> 75 Jahre) ein Mortalitätsrisiko darstellte und eine Vielzahl hitzebedingter Todesfälle (z. B. infolge zu geringer Flüssigkeitsaufnahme) gefordert hat. Eine Aufschlüsselung der vorliegenden Daten nach Geschlecht hat zudem eine deutlich erhöhte geschlechtsspezifische Mortalitätsrate zulasten von Frauen ergeben. In Frankreich lag die Sterberate von Frauen an Tagen mit starker oder extremer Wärmebelastung in allen Altersklassen deutlich über denen gleichaltriger Männer. Aus Italien wurde darüber hinaus eine tendenziell höhere Sterblichkeit in Gebieten mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status berichtet. Als mögliche Einflussfaktoren wurden neben Geschlecht und Alter unter anderem sozioökonomische Faktoren (Sozialstatus), Gesundheitsstatus (prädisponierende Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems, Atemwegs-

erkrankungen, altersbedingte Multimorbidität), Wohnregion und Gebietscharakteristika (z. B. Grünflächen, Begrünung von Hausfassaden, lufthygienische Qualität, Wärmeinseln in urbanen Ballungsräumen) sowie Wohncharakteristika (Wohnen in hochgeschossigen Bauten, Innenraumqualität, Raumkühlung) identifiziert. Die nachgewiesenen Unterschiede in den Krankheitsereignissen und in der Mortalität legen soziale und räumlich zu lokalisierende Differenzen in der Vulnerabilität und Suszeptibilität (Empfindsamkeit) gegenüber direkten und indirekten Hitze- und Wärmebelastungen sowie in den Anpassungs- bzw. Bewältigungsmöglichkeiten innerhalb der Bevölkerung bzw. bestimmten Teilpopulationen nahe. Für Public Health ist daraus das Erfordernis abzuleiten, die gesundheitsbezogenen (physischen und psychischen) Effekte des Klimawandels insgesamt, ebenso wie Vorsorgeaspekte, Versorgungsfragen und Anpassungsmöglichkeiten unter dem Aspekt der Diversität und damit der Vielfalt und Unterschiedlichkeit von Individuen entsprechend differenziert zu behandeln.

Gender und Diversität – ›neue‹ Orientierungsmarken für Public Health

Als zentrale Diversitätskriterien gelten in Public Health Geschlecht, Alter, Wohnregion, Sozialstatus, Ethnizität und Kultur, Religion, Behinderung und sexuelle Orientierung. Während beispielsweise das Geschlecht (sex und gender) als Struktur- und Prozesskategorie zunehmend in seiner Relevanz für gesundheitsbezogene Forschungs- und Handlungsfelder entdeckt wird, fehlt es der Debatte um den globalen Klimawandel insgesamt an einer Diversitäts- und im Besonderen an einer geschlechterdifferenzierenden Perspektive. Die Berücksichtigung unterschiedlicher Lebensrealitäten, sozialer Rollen und gesellschaftlicher Einbindung von Frauen und Männern, Jungen und Alten, sozial Benachteiligten und sozial Privilegierten, Behinderten etc. beispielsweise in der Entwicklung und Implementierung von Präventivmaßnahmen (z. B. Frühwarnsysteme), Risikokommunikationsstrategien zu adäquatem Verhalten, Notfallplänen für den Katastrophenfall etc. ist demnach ein zentrales Qualitätskriterium für Public Health-Interventionen.

ANDREA PAULI, PROF. DR. CLAUDIA HORNBERG, *Arbeitsgruppe 7 ›Umwelt und Gesundheit‹, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Hornberg: Tel.: (05 21) 106 43 65 (-43 66 Sekr.), E-Mail: claudia.hornberg@uni-bielefeld.de*
 Pauli: Tel.: (05 21) 106 45 78,
 E-Mail: andrea.pauli@uni-bielefeld.de



Ursula Jess

Kampagne zur Prävention von Harninkontinenz

Die Prävalenz von Harninkontinenz (HIK) wird unterschiedlich beschrieben; viele Studien sprechen von 5 bis 8 Millionen betroffenen Menschen. Es ist bis heute ein tabuisiertes Thema. Viele Betroffene vertrauen sich ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt nicht an und verschweigen das Problem. Aus diesem Grunde werden viele Frauen und Männer, die ein Kontinenzproblem haben, in Statistiken nicht erfasst. Die Dunkelziffer ist hoch. Es gibt zahlreiche Beratungsangebote z. B. von Verbänden und Selbsthilfegruppen. Informationen werden außerdem über Internet und Printmedien verbreitet. Schließlich gibt es zahlreiche Anzeigeninformationen – z. B. für Hilfsmittel bei Harninkontinenz. Jedoch geht ein großer Teil dieser Hilfsangebote aus verschiedenen Gründen ins Leere:

Nur wenige Interessierte nutzen vor dem Auftreten von Problemen ihre Ressourcen für eine Prävention. Insbesondere ältere Menschen sind mit dem Internet nicht vertraut, eine Informationsbeschaffung im ›Verborgenen‹ ist ihnen damit erschwert. Das Internet kann Betroffene außerdem nicht ausreichend motivieren, sich um ihr Leiden zu kümmern. Die hohe Dunkelziffer von Betroffenen macht deutlich, dass viele Frauen und Männer dieses Problem aus Scham in der ärztlichen Praxis nicht zur Sprache bringen. Es reicht im übrigen nicht aus, wenn Ärztin oder Arzt den Betroffenen ein Training empfehlen und ihnen ein Übungsblatt aushändigen.

Die Kampagne

Es fehlen aufsuchende Angebote im Rahmen der eigenen Lebenswelt, in denen Hintergrundinformationen zur ›Blasenschwäche‹ vermittelt und Übungen zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur vorgestellt werden. Vor diesem Hintergrund hat ein Arbeitsbündnis unter Federführung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. gemeinsam mit den Landfrauenverbänden Hannover und Weser-Ems eine ausführliche Informationsveranstaltung für Frauen konzipiert.

Ideengeberin für das Konzept ist Ulla Henscher, Physiotherapeutin in Hannover und Leiterin der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie (GGUP) im ZVK. Die Kampagne wird vom Land Niedersachsen und von der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen Bremen finanziert.

Mit ausführlichen Informationen und praktischen Übungen werden die Ressourcen der potenziell betroffenen Frauen gestärkt und eine weitergehende Enttabuisierung erreicht. Im Focus liegen einfache Möglichkeiten, einer Harninkontinenz vorzubeugen, die Beschwerden zu lindern oder ganz zu beseitigen. Niedersachsen leistet mit diesem Vorhaben einen Beitrag zur Prävention von Harninkontinenz. Zudem wird der Vereinsamung und Isolierung von Menschen mit Harninkontinenz entgegengewirkt.

Die Umsetzung

Beide Landfrauenverbände bieten seit Herbst 2007 Informationsveranstaltungen nach einheitlichen Qualitätsstandards und mit speziell geschulten Physiotherapeutinnen an. Jeweils halbjährlich wird das Angebot auf neue Regionen in Niedersachsen ausgedehnt. Für den Besuch der Veranstaltungen ist eine Mitgliedschaft in einem Landfrauenverein nicht Voraussetzung. Teilnehmerinnen an den Veranstaltungen

- erhalten einen Überblick über Organe und Funktionen des Beckenbodens,
- erlernen Beckenboden schonende Verhaltensweisen und Bewegungen,
- werden ermutigt, sich in der ärztlichen Praxis beraten zu lassen,
- werden bestärkt, weitere kontinenzfördernde Angebote z. B. in einer physiotherapeutischen Praxis oder in einem Sportverein wahr zu nehmen.

Weitere Informationen bei ursula.jess@ms.niedersachsen.de und andra.saake@ms.niedersachsen.de

Carsten Pfeil

Vorsorgepass zur Früherkennung von Krebs für Frauen und Männer

Die Niedersächsische Krebsgesellschaft hat als erste Landesgesellschaft in Deutschland einen Vorsorgepass zur Früherkennung von Krebs sowohl für Frauen als auch für Männer entwickelt. Mit dem Vorsorgepass will die Krebsgesellschaft auf die gesetzliche Krebsfrüherkennung aufmerksam machen und mehr Frauen und Männer zu einer Teilnahme motivieren. Denn je früher Krebs erkannt wird, desto eher ist er heilbar.

Der neue Vorsorgepass gibt einen Überblick über das gesetzliche Krebsfrüherkennungsprogramm sowie über weitere medizinisch sinnvolle Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs. Zudem bietet er den Versicherten und Ärztinnen bzw. Ärzten die Möglichkeit, die Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum zu dokumentieren und erinnert gleichzeitig an den nächsten Untersuchungstermin.

Broschüre zur Krebsfrüherkennung

Neben dem Vorsorgepass gibt die Niedersächsische Krebsgesellschaft auch eine Broschüre zur Krebsfrüherkennung mit dem Titel ›Krebs (Vorbeugen, Früherkennung, Warnzeichen) – Ein praktischer Ratgeber‹ heraus. Sie geht in ausführlicher Form auf die Prävention, die gesetzliche Früherkennung sowie auf Risiken und Warnzeichen von Krebserkrankungen ein. Darüber hinaus werden Möglichkeiten, sich gesünder zu ernähren sowie Verhaltensregeln zur Reduzierung des persönlichen Krebsrisikos beschrieben.

Ab 01. Juli 2008 Untersuchungen auf Hautkrebs

In Niedersachsen erkranken über 40.000 Menschen jährlich neu an Krebs. Die häufigsten Krebserkrankungen sind Darmkrebs, Brustkrebs und Prostatakrebs, die zusammen knapp die Hälfte aller Neuerkrankungen ausmachen. Diese und auch viele andere Krebserkrankungen haben gute Heilungschancen, wenn sie früh genug erkannt werden. Deshalb gehören jährliche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu den Standardleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Frauen können sich ab dem Alter von

20 Jahren, Männer ab dem Alter von 45 Jahren untersuchen lassen. Trotzdem nutzen bisher nur etwa 50 Prozent der Frauen und nur etwa 20 Prozent der Männer dieses Angebot. Und das, obwohl die gesetzlichen Leistungen ständig verbessert werden. Bestes Beispiel dafür ist die Einführung der Ganzkörperuntersuchung auf Hautkrebs ab dem 01. Juli 2008. Anspruch haben alle Frauen und Männer ab dem Alter von 35 Jahren im zweijährigen Rhythmus.

Innerhalb von Niedersachsen können Broschüre und Vorsorgepass kostenlos in der Geschäftsstelle der Niedersächsischen Krebsgesellschaft angefordert werden.

CARSTEN PFEIL, *Niedersächsische Krebsgesellschaft e.V., Königstraße 27, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 388 52 62, Fax. (05 11) 388 53 43, E-Mail: service@nds-krebsgesellschaft.de, Internet: www.nds-krebsgesellschaft.de*

Matthias P. Schönemark

Integrierte Versorgungskonzepte – von der Taktik zur Strategie

Bei Novellierung des § 140 SGB V hat der Gesetzgeber eine Befristung der so genannten Anschubfinanzierung in Höhe von einem Prozent der ambulanten und stationären Vergütung für integrierte Versorgungsmodelle vorgeesehen.

Das bedeutet, dass nach dem 31.12.2008 kein außerordentliches Experimentalbudget für die Entwicklung, den Aufbau und den Betrieb von integrierten Konzepten mehr zur Verfügung stehen wird und etwaige neue Modelle entweder aus der ambulanten bzw. stationären Grundvergütung oder auf der Basis von Einzelverträgen finanziert werden müssen. Vielerorts wird deshalb befürchtet, dass zahlreiche Initiativen nach der vereinbarten Mindestlaufzeit auslaufen und das Interesse an neuen Verträgen zur integrierten Versorgung abnehmen oder sogar zum Stillstand kommen wird.

Taktisch motivierte Vorhaben

Zieht man Bilanz über die Initiativen zu integrierten Versorgungsmodellen, entsteht der Eindruck, dass integrierte Modelle zwischen Kosten-trägern und Leistungserbringern insbesondere aufgrund kurzfristiger taktischer Überlegungen gestartet wurden, die insgesamt zu keiner messbaren oder signifikanten Veränderung der Versorgungsqualität in Deutschland geführt haben. Auf Seiten der Kostenträger standen insbesondere Marketingeffekte und die Vorstellung, mit Hilfe integrierter Versorgungsmodelle schnell Kosten zu sparen im Vordergrund. Vielen Leistungserbringern ging es dagegen um die Ausschöpfung des ehemals budgetären Finanzierungstopfes. Insbesondere in der Endoprothetik, die nach wie vor den größten Anteil aller Verträge zur integrierten Versorgung ausmacht, wurden letztlich die etablierten Versorgungswege als »alter Wein in neuen Schläuchen« fortgeführt. Diese im Wesentlichen taktisch motivierten Vorhaben werden sich nun, bei geänderter strategischer Ausgangslage, als ökonomisch kaum mehr haltbar erweisen und sehr wahrscheinlich eingestellt werden.

Neun Erfolgsfaktoren

Es steht außer Frage, dass die interdisziplinäre bzw. intersektorale Versorgung von Patientinnen und Patienten über optimierte Schnittstellen hinweg nachhaltig sinnvoll ist. Für beide Vertragspartner könnte sich zukünftig für strategisch sinnvolle und nachhaltig wirksame Versorgungsmodelle, in einem durch Qualität ausgezeichneten Wettbewerb ein signifikanter Markt auftun. Eine wesentliche Voraussetzung für ein erfolgreiches Agieren in diesem Markt ist das Einhalten eines trilateralen Wertversprechens; d. h., im Beziehungsdreieck Patient – Krankenversicherung – Leistungserbringer muss eine Win-Win-Situation entstehen. Die integrierte Migräneversorgung am westdeutschen Kopfschmerzzentrum, die von der KKH gemeinsam mit der Universitätsklinik Essen seit nunmehr knapp zwei Jahren durchgeführt wird, ist ein Beispiel für eine solche Versorgungssituation. Die diesbezügliche Harvard Case Studie hat gezeigt, dass neun

Erfolgsfaktoren zu einem integrierten Versorgungsmodell mit nachhaltig strategischen Vorteilen für die Beteiligten führen:

1. **VERSORGUNGSPOLITISCHE RELEVANZ**
Die Indikation muss im Versorgungssystem als unter- bzw. fehlversorgt gelten.
 2. **KOMPROMISSLOSER QUALITÄTSFOKUS**
Gemeinsames Ziel muss sein, die Versorgungsqualität für die Patienten und Patientinnen signifikant messbar zu erhöhen.
 3. **KOSTENTRANSPARENZ**
Über sämtliche Kostenpositionen muss Klarheit herrschen (Vollkostenansatz).
 4. **HOHE DETAILTIEFE DER VERTRAGSINHALTE**
Grundlage des Vertrages ist eine genaue Beschreibung des einzelnen Versorgungsproduktes, einschließlich Leistungsinhalte, Prozesse und Aufbauorganisation.
 5. **GERECHNETER BUSINESSPLAN MIT SZENARIEN**
Abbildung zukünftiger Finanzströme (Cash Flow) und zugrunde liegender Annahmen, die den Erfolgskorridor detailliert beschreiben.
 6. **GEMEINSAME PRODUKTENTWICKLUNG**
Etablierung eines interdisziplinären Entwicklungsteams, um das gemeinsame Eigentum sicher zu stellen.
 7. **RISK SHARING**
Klare Benennung von Risiken und deren adäquate Verteilung bei beteiligten Partnern.
 8. **ETABLIERTE KOMMUNIKATIONSROUTINEN**
Festlegen von Berichtslinien, -formaten und -frequenzen sowie spezieller Verhaltensweisen zur Krisenkommunikation (rotes Telefon).
 9. **PROFESSIONELLE MANAGEMENT-METHODEN**
Aufbau eines Vertragscontrollings im Sinne von Vertragssteuerung und einer realistischen, verlässlichen Meilensteinplanung.
- Werden diese neun Erfolgsfaktoren in Konzeption, Etablierung und Betrieb des Modells berücksichtigt, ergibt sich eine Produktpartnerschaft, der eine neue Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Vertragspartnern zugrunde liegt. Die Entwicklung eines strategisch wirksamen integrierten Versorgungs-

produktes ist aufwändig und nimmt mindestens sechs Monate in Anspruch. Insofern ist es eher unwahrscheinlich, dass die deutsche Versorgungslandschaft kurzfristig eine Vielzahl solcher Modelle aufweisen wird. Es steht zu befürchten, dass kleine Partner vor der Anlaufinvestition zurückschrecken werden. Hier sind die Verbände gefordert, für ihre Mitglieder eine entsprechende Produktentwicklungsinfrastruktur zur Verfügung zu stellen.

Die zunehmende Komplexität multimorbider Erkrankungen und die rasante Weiterentwicklung medizinischer Technologien führen mittelfristig zu einer Aufweichung der Grenzen zwischen der medizinischen Disziplin und der bisher klassischen Versorgungsektoren. Dieser Herausforderung kann in einem zunehmenden Qualitätswettbewerb mit strategischen Produktpartnerschaften erfolgreich begegnet werden.

UNIV.-PROF. DR. MED. MATTHIAS P. SCHÖNERMARK, *Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover*

Daniel Tolks, Claudia Lampert

Möglichkeiten der akademischen Ausbildung im Bereich Gesundheitskommunikation

Das Themenfeld Gesundheitskommunikation oder Health Communication hat u. a. aufgrund der steigenden Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten Jahren eine stärkere Berücksichtigung erfahren, die sich nicht nur in der Praxis, sondern auch in der Forschung z. B. in der steigenden Zahl an Tagungen und Forschungsprojekten zu diesem Thema widerspiegelt. In der akademischen Ausbildung zeigt sich indes ein anderes Bild: Während in Nordamerika dieser Forschungsbereich ein Teilgebiet der Kommunikationswissenschaften (z. B. mit eigener Sektion in der Fachgesellschaft International Association for

Communication, ICA) und der Gesundheitswissenschaften darstellt, für das eigenständige Health-Communication-Studiengänge angeboten werden (wie z. B. das Emerson College Health Communication Graduate Program der Emerson University und der Tufts University's School of Medicine), ist das Ausbildungsangebot in Deutschland vergleichsweise unübersichtlich und verstreut. So finden sich in verschiedenen Studiengängen (z. B. Kommunikationswissenschaft, Soziologie, Psychologie etc.) vereinzelt Seminare zu gesundheitsbezogenen Themen, als Studienschwerpunkt wird Gesundheitskommunikation in diesen Disziplinen jedoch in der Regel nicht angeboten.

Der nachfolgende Überblick über die akademischen Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich Gesundheitskommunikation in Deutschland konzentriert sich daher auf gesundheitswissenschaftliche Studiengänge, die den Kommunikationsaspekt in ihr Curriculum integriert haben. Hierzu wurden 121 Studiengänge deutscher Hochschulen und Universitäten (ohne Fernuniversitäten), die in der Datenbank für gesundheitsbezogene Studiengänge (Sanovia.de) erfasst sind, daraufhin betrachtet, inwieweit Themen der Gesundheitskommunikation Teil der Studienordnung sind (Stand: 24.03.08).

Gesundheitskommunikation als Studieninhalt

Bislang ist das Thema Gesundheitskommunikation nur in wenigen gesundheitsbezogenen Studiengängen verankert (siehe Tab. 1). Unabhängig davon, ob es sich um Universitäten und Fachhochschulen handelt, ist feststellbar, dass es sich bei den angebotenen Studieninhalten zur Gesundheitskommunikation nie um Pflichtfächer handelt. Seminare aus dem Bereich der Kommunikations- und Medienwissenschaft finden sich in 26 der 121 Studiengänge.

Der einzige Studiengang im Bereich Gesundheitskommunikation wird bis-

lang an der Universität Bielefeld angeboten. Inhalte des Bachelorstudienganges Health Communication sind Grundlagen der Gesundheitswissenschaften sowie Themen aus dem Bereich Kommunikation bzw. der Gesundheitskommunikation. Einen Masterstudiengang im Bereich Gesundheitskommunikation gibt es bislang nicht. An den anderen Hochschulen und Universitäten zeichnet sich die Entwicklung ab, dass Seminare, die Teil eines Diplomstudienganges waren, bei der Gestaltung von Bachelorstudiengängen nicht mehr berücksichtigt werden, jedoch in einigen Masterstudiengängen angeboten werden.

Da das Forschungsfeld Gesundheitskommunikation in seiner thematischen Struktur sowie seiner interdisziplinären Anbindung noch nicht verbindlich abgesteckt wurde, ist das Ausbildungsangebot insgesamt durch eine auffallende Heterogenität gekennzeichnet, die nicht zuletzt auch mit der fachlichen Ausrichtung der Lehrenden zusammenhängt.

Fazit

Der kursorische Überblick über die Ausbildungsmöglichkeiten zeigt, dass bislang in Deutschland kein einheitliches und umfassendes Studienangebot im Bereich Gesundheitskommunikation besteht. Für eine konstruktive Weiterentwicklung des Forschungsfeldes wäre eine disziplinenübergreifende Diskussion über die Inhalte und Schwerpunkte von Gesundheitskommunikation wünschenswert, die sich auch in einer entsprechenden Verankerung in der akademischen Ausbildung niederschlägt. Interessierten Studierenden ist einstweilen zu empfehlen, sich im Vorfeld einen Überblick über die Ausbildungsschwerpunkte und -inhalte an den jeweiligen Hochschulen und Universitäten im Bereich Gesundheitskommunikation zu verschaffen.

Lehrangebot im Bereich Gesundheitskommunikation

Institution	Studiengang	Studieninhalte/Seminare
Universität Bremen	Public Health Bachelor of Science	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation und Wahrnehmung Strategien und Methoden der Gesundheitskommunikation • Methods and strategies of Health Communication • Health Communication and Medical English (Zusatzangebot)
Universität Bielefeld	Health Communication Bachelor of Science	<ul style="list-style-type: none"> • Studiengang mit Schwerpunkt auf Gesundheitsberichterstattung, -telematik, -beratung, -bildung, -management
	Master of Public Health	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen Gesundheitspädagogik und -psychologie • Vertiefung Gesundheitspädagogik und -psychologie • Vertiefung Ökologie und Gesundheit
Universität Bayreuth	Gesundheitsökonomie Bachelor of Science	<ul style="list-style-type: none"> • E-Health • Strategisches Marketing • Kommunikation und Konfliktmanagement
Hochschule Magdeburg-Stendal	Gesundheitsförderung/-management Diplom	<ul style="list-style-type: none"> • Health Communication (kein regelmäßiges Angebot)
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg	Master of Business Administration Sozial- und Gesundheitsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Social Marketing
	Pflege & Gesundheit Diplom	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsmarketing • Dienstleistungsmarketing • Informatik im Gesundheitswesen
Fachhochschule Oldenburg, Ostfriesland, Wilhelmshaven	Master of Public Health	<ul style="list-style-type: none"> • Modelle und Strategien moderner Gesundheitskommunikation
Fachhochschule Fulda	Gesundheitsmanagement Bachelor of Science	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen der Kommunikation • Unternehmenskommunikation • Gesundheitskommunikation

Stand: 24.3.2008

DANIEL TOLKS, *Bogenstraße 29,*
26180 Rastede,
E-Mail: danieltolks@hotmail.com

DR. CLAUDIA LAMPERT, *Hans-Bredow-Institut*
für Medienforschung, Warburgstraße 8-10,
20354 Hamburg,
E-Mail: c.lampert@hans-bredow-institut.de



Tania-Aletta Schmidt, Birgit Wolff

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Das gerade verabschiedete Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das am 01. Juli 2008 in Kraft tritt, wurde im Vorfeld kontrovers diskutiert. Besonders die noch ausstehende Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit weiterhin mangelnde Berücksichtigung des Hilfebedarfes Demenzkranker wurden angemahnt. Dennoch ergeben sich gerade für diesen Personenkreis Verbesserungen durch die Ausweitung des bereits mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz von 2002 geschaffenen zusätzlichen Betreuungsbetrages und der damit verbundenen Fördermöglichkeit niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben.

Mit der Reform wird sich der zusätzliche Betreuungsbetrag, bei Erfüllung der entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen, von derzeit 460,- Euro auf bis zu 2.400,- Euro im Jahr erhöhen. Geplant sind zwei Stufen, d. h. 1.200,- Euro bzw. 2.400,- Euro pro Jahr, abhängig vom Hilfebedarf, der durch Begutachtung des Medizinischen Dienstes ermittelt wird. Dies bedeutet, dass den Betroffenen monatlich ein Betreuungsbetrag in Höhe von 100,- bzw. 200,- Euro zur Nutzung qualitätsgesicherter Betreuungsleistungen zur Verfügung steht. Weiterhin sollen auch Pflegebedürftige mit demenzieller oder psychischer Erkrankung bzw. geistiger Behinderung und einem erhöhtem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß der bestehenden Kriterien in den Kreis der Anspruchsberechtigten einbezogen werden, auch wenn noch keine Einstufung in die Pflegestufe I, II oder III erfolgt. Entsprechende Begutachungskriterien und -verfahren werden vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände erarbeitet. Damit wird sich der Kreis der Anspruchsberechtigten wesentlich erweitern und dem tatsächlichen Hilfebedarf dieses Personenkreises stärker Rechnung getragen.

Zunehmende Bedeutung wird durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auch dem Aspekt der Beratung beigemessen. Dies zeigt sich sowohl bezüglich des § 7 a SGB XI, durch den zukünftig ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht als auch die Möglichkeit, nach § 92 c SGB XI Pflegestützpunkte

einzurichten, wobei diese Entscheidung den Bundesländern überlassen ist. Gerade die Einrichtung von Pflegestützpunkten wird sehr unterschiedlich diskutiert, so dass abzuwarten bleibt, wie sich die Strukturen in den einzelnen Ländern entwickeln werden.

Beratung spielt nach den Erfahrungen mit der Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes eine wesentliche Rolle bei der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen und insbesondere niedrigschwelliger Betreuungsangebote.

Bereits durch die Einführung dieses Gesetzes konnten die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei den Berechtigten nach § 45 a SGB XI verdoppelt werden. Nun besteht dieser Anspruch auch für diesen Personenkreis, wenn noch keine Pflegestufe vorliegt.

Weiterhin soll der bereits initiierte Ausbau von Versorgungsstrukturen gemäß § 45 c SGB XI fortgesetzt werden. Dafür wird die Fördersumme von 10 Mio. auf 25 Mio. erhöht. Voraussetzung ist allerdings, dass die jeweiligen Länder bzw. kommunalen Gebietskörperschaften paritätisch mitfinanzieren. Diese Mittel stehen nun neben den bisher genannten Förderzwecken, d. h. dem Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie Modellvorhaben, auch zur Schaffung von Selbsthilfestrukturen und durch bürgerschaftliches Engagement getragene Initiativen, zur Verfügung. Zur Umsetzung wurde der § 45 d eingefügt, in dem diese Strukturen ausführlich beschrieben sind.

Für Menschen mit Demenzerkrankung, psychischer Erkrankung und geistiger Behinderung ergibt sich durch die Reform eine Vielzahl von Verbesserungen, wenngleich weiterer Reformbedarf erhalten bleibt. Nun gilt es zunächst, die bestehenden Möglichkeiten zu nutzen und gemeinsam mit den beteiligten Akteuren zu Gunsten der Betroffenen umzusetzen.

TANIA-ALETTA SCHMIDT UND BIRGIT WOLFF,
siehe Impressum

Dagmar Vogt-Janssen

Kommunales Netzwerk moderne Senioren- politik Niedersachsen

Kommunalpolitik wird sich in einer alternden Gesellschaft noch mehr als bisher geschehen mit den älteren, alten und hochbetagten Bürgerinnen und Bürgern befassen.

Während vor hundert Jahren 5 % der Bevölkerung Deutschlands 60 Jahre und älter waren, sind es im Jahr 2000 bereits 23,2 % gewesen. Für das Jahr 2025 werden mehr als 33 % und für 2050 mehr als 38,1 % ältere Menschen ab 60 Jahre prognostiziert.

Ebenso haben wir auch eine Zunahme des Anteils der über 70-, 80-90 und Hundertjährigen. Während vor 35 Jahren lediglich 265 Hundertjährige in Deutschland lebten, waren es 1994 bereits 4.602 (558 Männer und 4004 Frauen) und im Jahr 2000 waren es 7.200. Für das Jahr 2025 werden 44.200 und für 2050 etwa 114.700 Centenarians erwartet.

Schon diese Zahlen unterstreichen die Notwendigkeit, sich noch intensiver als bisher mit moderner Seniorenpolitik und dem Aufbau sowie der Förderung entsprechender kommunaler Infrastrukturen auseinander zu setzen.

Der Politikbereich der Senioren- und Altenpolitik wird gern als Teil von Sozialpolitik betrachtet, bei dem es vornehmlich um materielle Sicherheit sowie gesundheitliche und pflegerische Versorgung geht. Dieser einseitigen Betrachtungsweise, die lange Zeit in der Vorstellungswelt derjenigen verhaftet war, die Alterung lediglich in den Zusammenhang mit Gebrechlichkeit, Krankheit und Siechtum stellten, ist entgegen zu halten, dass Altern auch immer im Zusammenhang mit selbstständigem und selbstbestimmtem Leben zu sehen ist. Es geht darum, politische Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein aktives und kompetentes Altern in der Gesellschaft ermöglichen.

Es geht somit vor allem darum, Strukturen zu schaffen, die die Funktionsfähigkeit Älterer erhalten und fördern. Die Funktionsfähigkeit des Einzelnen ist nicht an sein biologisches Alter gebunden. Das sogenannte 'functional age' wird von vielfältigen gesellschaftlichen Faktoren, die während des gesamten Lebens einwirken, mitbestimmt. Schulbildung, berufliches Training, persönlicher Lebensstil und Umgang mit

Belastungen sind solche Faktoren. Vor allem aber zählt ein aktiver Lebensstil mit sowohl geistiger als auch körperlicher Anregung sowie der Austausch mit anderen Menschen zu den Unterstützungsfaktoren des ›functional age‹.

Ganz besonders enge Zusammenhänge finden sich schließlich zwischen der Lebensqualität im Alter und dem Gefühl, gebraucht – nicht über- oder unterfordert – zu werden. Seit langem ist bekannt, dass Einsamkeit und Isolation zu Deprivation, Somatisierung (z. B. Altersdepressionen) und Medikalisierung führen können.

Moderne Seniorenpolitik schafft Orte der Begegnung, des Dialogs unter den Generationen, sorgt dafür, dass jeder seine eigenen Kompetenzen einbringen und/oder neue erlernen kann. Sie fördert die Möglichkeiten, so lange wie möglich, selbstständig und selbstbestimmt in den eigenen Räumen zu leben.

Damit eröffnet Seniorenpolitik ein Handlungsfeld das durch vielfältige Angebote und Strukturen bearbeitet werden kann. Es werden nahezu alle gesellschaftlichen Bereiche angefragt, sich mit ihrem Wissen einzubringen. Das Miteinander der Generationen wird in diesem Politikbereich in zahlreichen Projekten gefördert. Beispielhaft stehen dafür die Patenschaftsprojekte, die vielerorts entstanden sind. Es gibt für die einzelnen Kommunen keine Patentrezepte, denn die Bedarfe und Bedürfnisse vor Ort bestimmen die jeweilige Vorgehensweise. Aber es gilt sich untereinander auszutauschen, welche Bereiche auf welche Weise am besten auf die bevorstehenden infrastrukturellen Herausforderungen vorbereitet werden sollten. Maßnahmen, Instrumente, Planungen und vieles andere müssen mit und unter Expertinnen und Experten diskutiert und immer wieder auf die aktuelle Situation abgestimmt werden. Um einen solchen Prozess in Gang zu setzen, hat sich Niedersachsen entschlossen, ein ›Kommunales Netzwerk moderne Seniorenpolitik Niedersachsen‹ einzurichten und damit die bereits begonnenen infrastrukturellen Auf- und Umbauten für eine seniorengerechte Kommune zu unterstützen.

In sieben Modulen wird ein Schu-

lungsprogramm für Netzwerkkommunen angeboten. Teilnehmende sind Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, die mit den jeweiligen Themenstellungen befasst sind. Das Schulungsprogramm sieht vor, dass je nach Bedarf vor Ort halbtägige Veranstaltungen zur Vertiefung angeboten werden. Verantwortlich für die Koordinierung ist die Landesagentur Generationendialog Niedersachsen. Kooperationspartner werden das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, die Arbeitsgemeinschaft kommunaler Spitzenverbände und die Netzwerkkommunen sein.

Der Startschuss dafür wird beim Niedersachsen Forum ›Alter und Zukunft – Alter(n)sgerechte Kommunen‹ im Herbst 2008 in Osnabrück erfolgen.

DAGMAR VOGT-JANSSEN, *siehe Impressum*

S. Friedrich, A. Redlich, J. Höck, K. Jeschke

Wie kann eine Praxis angemessene Forschung im Rahmen der Gesundheitsförderung aussehen?

In der sozialwissenschaftlichen Forschungslandschaft stehen sich zwei grundsätzlich unterschiedliche Forschungsansätze, das quantitative und qualitative Paradigma gegenüber. Bei der Durchführung verschiedener Praxisforschungs-Projekte haben wir die Erfahrung gemacht, wie dringend notwendig die Entwicklung eines dritten Paradigmas, zu verstehen als eine multimethodische Praxisforschung, erscheint. Dabei gilt es, Datenerhebungs- und -auswertungsmethoden sowie insbesondere ihre Verzahnung sorgsam auf die Bedingungen der Praxis abzustimmen.

Vorgehensweise innerhalb des Kooperationsprojektes ›Gesundheit beginnt in der Familie‹ (Universität Hamburg/ Deutsches Jugend Institut (DJI)

Um dieser selbst gestellten Forderung zumindest in einzelnen Projektphasen

nachzukommen, bedienen wir uns in dem derzeit vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekt zur Gesundheitsförderung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien den Elementen der Aktionsforschung, in der traditionell die Relevanz der Partizipation betont wird. In einer frühen Phase des Forschungsprojektes wurde die in Praxisprojekten notwendige Kontaktgestaltung genutzt, um Entscheidungskriterien im Rahmen der quantitativen Testauswahl und -entwicklung zu gewinnen und um Kontext angemessene qualitative Erhebungsstrategien zu entwickeln. In Workshops wurden die Praktikerinnen und Praktiker und Leitungskräfte der am Projekt beteiligten Einrichtungen (Jugendhilfeeinrichtungen und Familientreffpunkte) aufgefordert, den Begriff ›Gesundheit‹ zu operationalisieren. Den Workshopteilnehmern und -teilnehmerinnen wurden, angelehnt an M. Wright und J. Rothman, Fragen gestellt, wie sie Gesundheit im Rahmen ihrer Arbeit definieren, welche Wirkungswege ihnen zur Verfügung stünden, um auf die Kindergesundheit einzuwirken und welche Erfolgskriterien sie in diesem Zusammenhang anlegten. Ihre Antworten gingen weit über ein körperliches Gesundheitsverständnis hinaus. Mithilfe der Zuordnung der Antworten zu Kategorien konnten Themenbereiche identifiziert werden, die für die befragten Feldexperten stark mit dem Vorhandensein von Kindergesundheit verknüpft waren. Gesellschaftliche Partizipation gehörte für die Befragten unter anderem wegen eines hohen Anteils von Migrantinnen und Migranten dazu.

Die parallel stattfindende Auseinandersetzung mit gängigen Testverfahren mündete darin, eine Tabelle zur vergleichenden Bewertung von Test- und Befragungsverfahren zu erstellen, die Kindergesundheit erfasst. Mit Hilfe dieser tabellarischen Übersicht konnte nun eine Entscheidung über den Einsatz derjenigen Instrumente getroffen werden, die die beste Passung zu den erhobenen Daten in den Workshops aufzeigten. Kategorien, die sich nicht in bereits existierenden Messverfahren finden ließen, flossen in die Entwicklung eines eigenständigen Fragebogens zur

Kerstin Utermark

Kinder gestalten ihren Naschgarten

Weltweit, so auch in Deutschland, steigt das Risiko der kindlichen Adipositas. Übergewicht wird zur häufigsten chronischen Gesundheitsstörung bei Kindern – eine Herausforderung für Eltern, Kitas und Schulen, für Politik und die Nahrungsmittelindustrie.

Kommunales Adipositaspräventionsprojekt in Private-Public-Partnership

In Holzminden haben sich diese Institutionen und Akteure zusammengeschlossen, um sich dieser Herausforderung mit einem erlebnis- und verhältnisorientierten Präventionskonzept zu stellen.

Kinder können in direkter Nachbarschaft zu ihrem Wohnviertel im Stadtkern von Holzminden einen eigenen Garten nach ihren Vorstellungen gestalten. Sie werden an der Planung, Aussaat, Pflege und Ernte beteiligt und so durch positive Erlebnisse spielerisch an eine gesündere Ernährung und mehr Bewegung herangeführt.

Mit diesem lebensweltorientierten Ansatz ist das Projekt auf eine kommunale Vernetzung angewiesen. Ein wohnortnahes Gelände musste gefunden, amtliche Genehmigungsverfahren durchgeführt, Zugangswege zu den Kindern und Ihren Familien errichtet und die finanzielle wie auch personelle Unterstützung gesichert werden.

Das Projekt unterhält daher enge Beziehungen zu lokalen Partnern aus dem Gesundheits- und Bildungsbereich. Ebenso sind die kommunale Politik, die regionale Wirtschaft und ehrenamtlich engagierte Bürgerinnen und Bürger in das Projekt eingebunden.

Als größter Arbeitgeber vor Ort unterstützt der Duft- und Geschmacksstoffhersteller Symrise das Projekt und sichert damit die Grundfinanzierung über einen Zeitraum von zunächst drei Jahren. Weitere finanzielle Unterstützung erhält das Projekt durch BINGO! – die Umweltlotterie. Mittelständische Betriebe aus dem Handwerk und Einzelhandel sind bzw. werden angesprochen. Die Stadt hat eine 8.000 qm große Fläche zur Verfügung gestellt.

Als Ämter sind das Gesundheitsamt, das Bauamt und das Jugendamt vertreten. Das Projektmanagement hat die Landesvereinigung für Gesundheit

und Akademie für Sozialmedizin Nds. e. V. übernommen.

Institutionen aus dem Kinder- und Jugendbereich sind als Projektpartner direkt und verantwortungsübernehmend in die Projektplanung und -umsetzung eingebunden. Hierzu zählen zur Zeit zwei Kindertagesstätten, eine Schule, das Jugendzentrum, eine Kirchengemeinde und die Jugendherberge. Jeder erhält eine Gartenparzelle zur eigenverantwortlichen Gestaltung. Daneben sind allgemeine Projektflächen, wie ein Bolzplatz, eine Streuobstwiese und ein Bachlauf vorhanden, die für alle frei zugänglich und nutzbar sind.

Die Kinder können das Gelände sowohl über die Institutionen, in denen sie sich täglich aufhalten, als auch in ihrer Freizeit nutzen.

Für ein Projekt mit dem Ziel möglichst viele Akteure im kommunalen Setting einbinden zu wollen, ist eine gute Kommunikationskultur und Öffentlichkeitsarbeit unerlässlich.

Regelmäßige Projektstandsberichte an alle Partner und an die kommunalen Entscheidungsträger sind ebenso entscheidend wie Presseberichte über aktuelle Aktivitäten in den lokalen Medien. Die Beschäftigten der Firma Symrise werden zudem in der Mitarbeiterzeitung regelmäßig über das Projekt informiert.

Die Struktur des Naschgartenprojektes weist einen Querschnitt kommunaler Initiativen auf und ist im Sinne eines nachhaltigen Projektverlaufs auf eine breite Basis gestellt. Ziel ist es, Kapazitäten (Strukturen und Fähigkeiten) zu erzeugen, die über die Projektlaufzeit hinaus bestehen, so dass der Fortbestand des Projektes auch längerfristig gesichert ist.

Der überregionale Bezug

Das Projekt beweist durch seinen innovativen Ansatz der Teilorientierung und der Umgebung gestaltenden Adipositasprävention im kommunalen Setting Modellcharakter. Die Projektidee wurde von Wissenschaftlerinnen der Hochschule Fulda entwickelt, die auch die Begleitforschung zum Projekt übernehmen. Im günstigsten Fall können die Ergebnisse des Forschungsprojektes die Planung und Umsetzung wei-

Kindergesundheit ein. Im qualitativen Teil der Studie konnten vielfältige Sichtweisen von Gesundheit für die Ausgestaltung der Interviewleitfäden aufgegriffen und im Zusammenhang mit den berichteten Arbeitserfahrungen weiter analysiert werden.

Diskussion

Methodisch muss dieses neu entwickelte Instrument zwar einerseits auf den Nachweis der obligatorischen quantitativen Gütekriterien verzichten, andererseits kann aber von einer hohen Inhaltsvalidität ausgegangen werden: Mit der Einbeziehung der einrichtungsspezifischen Gesundheitsdefinitionen in das neu entwickelte Messverfahren ist gewährleistet, dass es tatsächlich das misst, was es zu messen vorgibt: nämlich Kindergesundheit, wie sie die Projektbeteiligten verstanden wissen möchten.

Der Geltungsbereich des Instrumentes reicht daher auch nicht über das Projekt hinaus. Daher entschieden wir uns in diesem Forschungsprojekt für die Kombination standardisierter Verfahren und im partizipativen Forschungsprozess entwickelter Instrumente. Zur Wirksamkeitsbestimmung spezifischer Angebote muss es jedoch nicht unbedingt notwendig sein, standardisierte Instrumente zu verwenden, geht es doch vielfach um die Prüfung, ob ein Angebot seine selbst gesteckten Ziele erreicht. Die Frage ist dann oftmals nicht, ob die Intervention im Allgemeinen effektiv ist, sondern ob sie zu diesem Zeitpunkt in der Entwicklung eines Gesundheitsproblems, in diesem Setting, unter Berücksichtigung der Interessen dieser Akteure die richtige ist. Diese Überprüfung setzt eine Definition der Ziele sowie die Formulierung damit einhergehender Erfolgskriterien der unmittelbar Beteiligten voraus. Eine konsequente Weiterführung dieser Vorgehensweise schließt auch ein, die Klientenperspektive zu erkunden.

Literatur bei den Autorinnen.

DR. SYBILLE FRIEDRICH, *Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie, Von-Melle-Park 5, 20146 Hannover*

terer partizipativer, kommunaler Projekte anregen.

Die erfolgreiche Nominierung als ›Ort im Land der Ideen 2008‹ der bundesweiten Initiative ›Deutschland. Land der Ideen‹ unterstreicht den Modellcharakter des Projektes.

KERSTIN UTERMARK, *siehe Impressum, weitere Informationen unter www.naschgarten.com*

Torben Sammet

Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg – kommunale Netzwerke für Ernährung und Bewegung

Um der Entstehung von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen vorzubeugen, wird in Baden-Württemberg seit Oktober 2007 das Projekt ›Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg – kommunale Netzwerke für Ernährung und Bewegung‹ durchgeführt. Es bezieht die Strukturen der Kommunalverwaltung und bereits gefestigte Zugangswege (z. B. Kindergärten und Schulen, Sozial- und Jugendämter, Kultur und Sportvereine) zu Kindern, Jugendlichen und deren Eltern mit ein. So gelingt es, auch spezielle Risikogruppen (z. B. Kinder übergewichtiger Eltern) und Zielgruppen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen zu erreichen.

Das Projekt ist eine Gemeinschaftsinitiative der Arbeitsgruppe Prävention und Gesundheitsförderung des Gesundheitsforums Baden-Württemberg und wird von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

Auf der Basis einer Literaturanalyse sowie von Experten- und Betroffenenworkshops (z. B. Jugendhearing) wird im Rahmen eines Netzwerkes ein Projektkonzept mit drei Modulen erstellt. Das Netzwerk besteht aus Vertretern von Ministerien, Kommunen, Krankenkassen, Hochschulen und weiteren Institutionen der Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg.

Die drei Projektmodule

Modul 1 entspricht der Erstellung und Umsetzung eines Handbuchs für die umfassende Förderung der Verhaltens- und Verhältnisprävention in den Lebenswelten von Kommunen mit Blickrichtung auf die Prävention von Übergewicht. Das Handbuch soll in Gemeinden, Städten und Landkreisen eingesetzt werden, um bereits vorhandene Angebote der Gesundheitsförderung und der Prävention den relevanten Zielgruppen zugänglich zu machen und gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu schaffen. Es wird Kommunen in die Lage versetzen, eine Bedarfsanalyse für ergänzende Maßnahmen durchzuführen, diese Maßnahmen abzurufen oder zu entwickeln und bedarfsorientiert zu intervenieren.

Fachpersonen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sollen durch das Handbuch dazu befähigt werden, Kooperationen und Vernetzungen mit anderen Partnern aufzubauen und Ressourcen zu bündeln. Die Themengebiete des Handbuchs wurden durch eine Kombination von Literatur- und Erfahrungsanalyse ermittelt. Bei der Erfahrungsanalyse waren sowohl Vertreter und Vertreterinnen von Kommunen und Gesundheitsämtern aus Baden-Württemberg, als auch von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus dem gesamten Bundesgebiet beteiligt.

Im Anschluss an die Erstellung des Handbuchs werden dessen Inhalte ab November 2008 in mindestens vier Pilotkommunen umgesetzt. Die Umsetzung erfolgt je nach Pilotkommune durch Verwaltungsangestellte und/oder Fachkräfte der Landratsämter (z. B. Gesundheitsamt) und wird von dem Projektmanagement auf Landesebene unterstützt. Begleitend dazu wird eine Prozessevaluation etabliert, die Ansätze für die Verstetigung von Maßnahmen auf kommunaler Ebene sowie Möglichkeiten zur Verbreitung der Projektergebnisse in anderen Kommunen aufzeigt.

Modul 2 hat zwei Interventionskonzepte für Kinder (0–6 Jahre) und ihre Eltern in besonders belasteten Soziallagen und die sie betreuenden Fachkräfte zum Inhalt. Ein ›aufsuchendes

Konzept‹ für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern in Kooperation mit der Sozialpädagogischen Familienhilfe und ein einrichtungsbezogenes ›Setting-Konzept‹ mit einer Kindertagesstätte (Modulleiterin: Prof. Lotte Kaba Schönstein).

Modul 3 beinhaltet ein Konzept zur Prozessbegleitung für die Etablierung einer nachhaltigen Adipositasprävention für Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 18 Jahren im Setting Schule (Modulleiterinnen: Martina Grön, Dr. Antje Louis).

Nachhaltigkeit sicherstellen

Um die Nachhaltigkeit des Projektes sicherzustellen ist geplant, das Gesamtkonzept mit allen drei Modulen nach Projektabschluss im März 2010 an alle baden-württembergischen Kommunen zu verteilen. Ergänzend werden die Fachstellen auf der Ebene von Landkreis, Stadt und Gemeinde befähigt, die Kommunen als örtliche Ansprechpartner bei der Anwendung des Konzepts zu unterstützen.

DR. TORBEN SAMMET, *Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt, Ref. 94 – Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Nordbahnhofstraße 135, 70191 Stuttgart, Tel. (07 11) 90 43 94 07, Fax (07 11) 90 43 73 05, E-Mail: torben.sammet@rps.bwl.de, www.rp-stuttgart.de, www.gesundheitsamt-bw.de*

Bernd Grimm, Uta Grimm

Kommunale Sportkonzepte

Unter diesem Begriff können verschiedene Initiativen, Planungen und Programme zusammengefasst werden, die eine zukünftige bedarfsgerechte Sportentwicklung in Landkreisen, Städten und Gemeinden unterstützen. Sie reichen von (politischen) Bündnissen für den Sport über die Sportentwicklungsplanung bis zu zielgruppenspezifischen Gesundheits-Sport-Angeboten. Allen gemeinsam ist, dass infrastrukturelle Rahmenbedingungen für das Sporttreiben gesichert bzw. geschaffen werden und somit ein Beitrag zur

Sturzprävention als kommunale Aufgabe Beispiel Hamburg

Gesundheitsförderung und Prävention geleistet wird. Mit den sich wandelnden gesellschaftlichen Verhältnissen (Bevölkerungsentwicklung und -struktur, Arbeits- und Freizeitverhalten) wächst die komplexe Anforderung an Steuerungsinstrumente. Um langfristig gesicherte Konzepte zu erhalten, ist eine fachlich übergreifende Zusammenarbeit zwischen Politik, Sport, Gesundheitswesen, Bildung, Verkehrs- und Stadtplanung sowie Umweltschutz erforderlich. Die Federführung zur Erarbeitung von Sportkonzepten muss bei den Städten und Gemeinden liegen, der organisierte Sport kann sich in die Prozesse einbringen oder sie initiieren. Der Landes-SportBund Niedersachsen (LSB) unterstützt dabei durch Beratung, Information, Qualifizierung und Vernetzung.

Mit der Einrichtung der Abteilung ›Sportentwicklung‹ hat der LSB zu Beginn des Jahres 2008 diesen querschnittsbezogenen Ansatz aufgegriffen. In der Abteilung werden neben dem Leistungssport die Aufgabenfelder Integration, Sport und Soziales, inhaltliche und zielgruppenspezifische Angebote (Senioren-sport, Sport und Gesundheit) sowie Sporträume und Umwelt zusammengeführt. Ihre Aufgabe besteht darin, gemeinsam mit den Kreis- und Stadtsportbünden sowie den Landesfachverbänden, die Sportakteure vor Ort u. a. bei der Entwicklung der Angebotsstruktur, der Qualifizierung von Übungsleiterinnen und Übungsleitern, der Ansprache verschiedener Bevölkerungsgruppen sowie der Sicherung und Entwicklung ihrer Sporträume zu unterstützen. Beispiele für solche Unterstützungsleistungen sind:

Inhaltliche und zielgruppenspezifische Angebote

- AGIL – Mit einem 10-Punkte-Programm soll älteren Menschen der Zugang zu einer sportlich aktiven Lebensgestaltung erleichtert werden.
- Sportvereine Pro Gesundheit – Über die Initiative sollen die gesundheitsorientierten Angebote der Sportvereine für alle Bevölkerungsgruppen ausgeweitet werden. Gleichzeitig werden die Vereine in ein Netzwerk der kommunalen Gesundheitsförderung eingebunden.

- SportsFinderDay – Der Aktionstag in Schulen steht für regionale Netzwerke, die sich mit den Themen Gesundheit, Ernährung und (Trend-) Sportangeboten in Sportvereinen auseinandersetzen. Zur Zielgruppe gehören Kinder und Jugendliche, die noch keinen Zugang zum organisierten Sport gefunden haben. Neue zielgruppenorientierte Impulse für den Jugendsport einer Region sind beabsichtigt.

Integration durch Sport

Neben einem seit 20 Jahren bestehenden Bundesprogramm hat der LSB mit dem Land Niedersachsen ab 2008 eine ›Richtlinie zur Förderung der Integration im und durch Sport‹ installiert und stellt Finanzmittel bereit. Ein wesentliches Förderkriterium für Projekte ist, dass diese vernetzt angelegt sind und die Zusammenarbeit zwischen dem organisierten Sport und anderen Partnern gefördert wird. Übergreifende Themen wie Gesundheit und Integration bieten sich für eine Projektförderung besonders an. Kooperationen mit dem Programm ›Soziale Stadt‹ sind gewollt und in einigen Städten bereits in Umsetzung.

Sporträume und Umwelt

Der LSB erarbeitet in den kommenden Jahren einen Handlungsleitfaden für Sportbünde und Vereine, mit dem die Sportraumentwicklung nach den individuellen Bedürfnissen vor Ort vorangetrieben werden kann. Das betrifft im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur die Planung von Sportstätten und Sportgelegenheiten, sondern ebenso die Beteiligung an einer bewegungsfreundlichen Stadtentwicklung. Hierbei können Einzelmaßnahmen aus den vorgenannten Programmen, die sich mit Bewegungsräumen oder Wohnumfeldverbesserung auseinandersetzen Ansatzpunkte für ein gesamtstädtisches Konzept bieten.

BERND GRIMM, UTA GRIMM, *LandesSport-Bund Niedersachsen e.V., Abteilung Sportentwicklung, Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 126 80, E-Mail: info@lsb-niedersachsen.de www.lsb-niedersachsen.de*

Nur ein geringer Anteil der Stürze älterer Menschen beruht auf äußeren (extrinsischen) Einflüssen wie z. B. Unfällen im Straßenverkehr oder auf nur einem inneren (intrinsischen) Auslöser wie z. B. eine kardiale Synkope (kurzer Bewusstseinsverlust). Die überwiegende Mehrheit von Stürzen im Alter beruht auf mehrfachen Störungen des Bewegungsapparates und damit der Störung der Fähigkeit zur selbstständigen Fortbewegung – zusammengefasst unter Störungen des lokomotorischen Systems.

Vorrangig beteiligt an lokomotorischen Störungen und damit auch an Gangunsicherheit im Alter sind Risikofaktoren oder Erkrankungen, die das Gleichgewicht, die Beweglichkeit, die Reaktionsfähigkeit, die Orientierung oder die Sinnesleistungen wie Hören und Sehen beeinträchtigen. Kurz: Es werden beim Gehen alle Fähigkeiten beansprucht, die für das Gleichgewicht bzw. die Kontrolle über die aufrechte Haltung benötigt werden.

Da Stürze im Alter multifaktorielle Ursachen haben können, die häufig nicht bekannt sind und deshalb auch nicht erkannt werden, hat das Albertinen-Haus auf Basis einer systematischen Literaturrecherche einen Sturz-Risikocheck als Selbstausfüller-Fragebogen entwickelt, und mit über 150 älteren Menschen in Hamburg getestet und wissenschaftlich validiert. Der multidimensionale Sturz-Risikocheck hilft bei der Unterscheidung zwischen rüstigen und gebrechlichen älteren Menschen mit einem krankhaft beschleunigten Alterungsprozess. Letztere bedürfen einer komplex-medizinischen Versorgung (z. B. geriatrischer Behandlung). Dagegen können und möchten rüstige ältere Menschen – die größte Gruppe der heterogenen älteren Bevölkerung – mit entsprechender Beratung aktiv ihre gesundheitlichen Ressourcen ausbauen, um nicht nur Sturzereignisse zu vermeiden, sondern vielmehr ihre Mobilität und damit ihre soziale Aktivität zu erhalten.

In Hamburg ist innerhalb eines länger bestehenden kommunalen Netzwerkes zur Gesundheit im Alter eine interdisziplinäre Expertengruppe als Arbeitskreis Sturzprävention tätig. Der

Arbeitskreis wird seit 2005 durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) der Stadt Hamburg koordiniert.

Mitglieder des AK Sturzprävention sind:

- Behörde für Familie, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz (Koordination der AG)
- Albertinen-Haus Forschung (Geriatric, Qualitätssicherung, Gesundheitsförderung)
- Barrierefrei Leben (Wohnraumanpassung)
- Hamburger Inline-Skating Schule (Bewegungswissenschaft für Senioren)
- Hamburger Sportbund (Bewegung für Senioren)
- Landesseniorenbeirat und Paritätischer Wohlfahrtsverband (Interessenvertretung)
- Seniorenbildung Hamburg (offene Seniorenarbeit)

Während der Arbeit zur Sturzprävention wurde deutlich, dass es nicht an geeigneten Angeboten z. B. für das körperliche Training mangelt, sondern dass enorme Herausforderungen an die Akteure gestellt werden, die den ersten Kontakt zu den selbstständig lebenden älteren Bürgerinnen und Bürgern aufbauen, um diese gezielt an Maßnahmen heranzuführen. So richten sich bestimmte Angebote des Arbeitskreises direkt an Seniorinnen und Senioren (u. a. Informationsveranstaltungen, Sturz-Risikocheck, Angebote in Seniorentreffs) andere an Professionelle und Laien, die mit dieser Zielgruppe arbeiten (u. a. Multiplikatoren-Fortbildungen, Schulung von Übungsleitern und -leiterinnen, Beratung von Einrichtungen der Seniorenarbeit).

Stürze sind kein unabwendbares Schicksal

Jede und jeder kann etwas dafür tun, das eigene Sturzrisiko zu mindern. Hierzu sind die Ermittlung des Sturzrisikos (und damit der Zielgruppe), zielgruppenspezifische Informationen und Angebote nötig. Alle Einrichtungen, die von älteren Menschen genutzt werden, haben vielfältige Möglichkeiten, einen Beitrag zur Sturzprävention

zu leisten. Vor einer bevölkerungsweiten Erfassung und Intervention zur Sturzprävention müssen vor allem geeignete Zugangswege zu den selbstständig lebenden Seniorinnen und Senioren gefunden werden, Instrumente zur präklinischen Beurteilung des Sturzrisikos entwickelt sowie notwendige Strukturen innerhalb der Kommunen vernetzt werden. Diese Aufgaben können durch einen kommunal koordinierten Arbeitskreis zur Sturzprävention und Förderung von Bewegungsangeboten für ältere Menschen zielführend umgesetzt werden.

DR. RER. NAT. ULRIKE DAPP,
DR. MED. JENNIFER ANDERS, *Forschungsabteilung Albertinen-Haus Hamburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg, Sellhopsweg 18-22, 22459 Hamburg, Tel.: (0 40) 55 81 18 71, Fax: (0 40) 55 81 18 74, E-Mail: dapp@albertinen.de*

Ruth Haas

Integrative Rehabilitation am Arbeitsplatz – Modellentwicklung am Beispiel des Werk Emdens der Volkswagen AG

Die ICF (International Classification of Function, Disability and Health) und die Rahmenempfehlungen der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2004) favorisieren eine Betrachtung von Gesundheitsproblemen des Menschen anhand eines ›bio-psycho-sozialen Modells der Komponenten von Gesundheit‹. Die BAR (2004) fordert gut abgestimmtes Handeln zwischen den einzelnen Disziplinen. Die Notwendigkeit der Berücksichtigung von individuellen Lebensgewohnheiten und Lebensbedingungen sowie eine flexible Anpassung der Behandlung an die Erfordernisse des Einzelfalles werden postuliert. Eine konsequente Umsetzung dieser bio-psycho-sozialen Herangehensweise erweist sich häufig als schwierig, da medizinische, psycho-

logische und soziale orientierte Maßnahmen meist additiv eingesetzt werden.

Der Forschungsschwerpunkt Rehabilitation der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven hat im Rahmen der innerbetrieblichen Rehabilitation im Werk Emden der Volkswagen AG modellhaft eine bio-psycho-soziale Vorgehensweise, die medizinische, physiotherapeutische, motologische und sozialarbeiterische Maßnahmen transdisziplinär verbindet, erprobt und evaluiert. Ein zentrales Ziel war es, möglichst genau die individuelle Problemlage der jeweiligen Personen zu ermitteln und von allen Beteiligten partizipativ getragene Behandlungsentscheidungen zu treffen.

Im Sinne der Integrierten Medizin wurden die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen als ›Experten und Expertinnen in eigener Sache‹ in den Mittelpunkt des Rehabilitationsprozesses gestellt. Das bio-psycho-soziale Therapieprogramm umfasste folgende Angebote: medizinische Trainingstherapie und evidenzbasierte Einzelphysiotherapie, Gesundheitsberatung in Kleingruppen, psychosoziale Beratung, Psychotherapie und psychomotorische Therapie, Entspannung im Alltag und individuelle physiotherapeutische Arbeitsplatzberatung.

Diese Vorgehensweise wurde mit einem unspezifischen Rehabilitationsprogramm verglichen. Es wurde überprüft, ob das bio-psycho-soziale Modell das subjektive Gesundheitsbewusstsein der Beschäftigten sowie die subjektive und objektive Belastbarkeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen verändert. Auswirkungen auf die Handlungs- und Kommunikationsstrukturen und Arbeitsprozesse waren zudem intendiert.

Quer denken – Strukturen verändern

Das Forschungsdesign beinhaltet sowohl eine übergeordnete Begleitevaluation zur Arbeitszufriedenheit, Rehabilitationsmotivation, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit als auch spezifische diagnostische Instrumentarien zur Ermittlung der krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugung, des Körper- und Selbstkonzeptes der Sozialanamnese und Familiengeschichte und den physiotherapeutischen Befund. Zur Prozessanalyse wurden Gruppendiskussionen im Rahmen von retrospektiven Fallkonferenzen durchgeführt. Zentrales Instrumentarium zur Prozessgestaltung waren interdisziplinäre Diagnostikgespräche mit wechselnden Rollen.

Im Rahmen der Evaluation wurden systematisch Kennzahlen entwickelt, um die qualitative Bewertung von Maßnahmen des Gesundheitsmanagements durch quantitative Messgrößen zu ergänzen. Eine detaillierte Ergebnisdarstellung und -diskussion überschreitet den Rahmen dieses Beitrages. Abschließend sei jedoch erwähnt, dass die Prä- und Postmessung mit dem SF 36 (medizinpsychologisches Messinstrument) bei der Versuchsgruppe eine Verbesserung der Werte der körperlichen (Prä/Post: 37,13/43,21) und psychischen Summenskala (Prä/Post: 40,51/45,90) ergab. Diese Stichprobe erreichte jedoch zu keinem Zeitpunkt die Normwerte der chronisch kranken Menschen oder der gesunden Bevölkerung. Da die durchschnittliche Erkrankungsdauer (5,35 Jahre) der Probanden und Probandinnen vergleichsweise hoch war und die Rehabilitation im Werk im Verhältnis dazu von relativ kurzer Dauer, kann die Steigerung um ca. 5 Punkte in der körperlichen und psychischen Summenskala als Hinweis dafür genommen werden, dass der bio-psycho-soziale Ansatz greift.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. RUTH HAAS, *Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Constantiaplatz 4, 26723 Emden, Tel.: (049 21) 807 12 53, E-Mail: Haas@fho-emden.de, Internet: www.rehaforschung-fhoow.de*

In diesem Sammelband, der von Heike Kahlert, Barbara Thiessen und Ines Weller herausgegeben wurde, werden wissenschaftstheoretische Perspektiven von Gender Studies diskutiert. Insbesondere werden die Möglichkeiten einer Weiterentwicklung des trans- und interdisziplinären Ansatzes debattiert. Dabei wird auch berücksichtigt, wie sich diese Neuverortung in aktuellen Reformprozessen in Lehre und Studium widerspiegeln könnte. (ta)

HEIKE KAHLERT; BARBARA THIESSEN & INES WELLER (HRSG.): *Quer denken – Strukturen verändern, Gender Studies zwischen Disziplinen, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2005, 312 Seiten, ISBN 978-3-531-14522-3, 39,90 Euro*

Dünne Rente – Dicke Probleme

Die Publikation greift die brisante Debatte über Armut im Alter auf. In den umfangreichen Expertisen des Buches werden die heutigen Lebensbedingungen im Alter beleuchtet und zukünftige Entwicklungen diskutiert. Dabei wird insbesondere die Wechselwirkung zwischen Alter, Armut und Gesundheit betrachtet. Diese erweiterte Art der Betrachtung findet zurzeit in Deutschland noch nicht statt.

In den Artikeln wird deutlich, dass insbesondere im lokalen und kommunalen Umfeld Präventionspotenziale im Bereich Alter, Armut und Gesundheit vorhanden sind. Daher werden im zweiten Teil des Buches konzeptionelle Ansätze aus der Praxis vorgestellt. Diese Beschreibungen umfassen Aktivitäten auf der EU-Ebene, auf kommunaler Ebene sowie auch auf Stadtteilebene. (mc)

ANTJE RICHTER, IRIS BUNZENDAHL, THOMAS ALTGELD (HRSG.): *Dünne Rente – Dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2008, 239 Seiten, ISBN 978-3-940529-10-7, 23,90 Euro*

Die zweite Lebenshälfte

In diesem Sammelband, der von Martin Kohli und Harald Künemund mittlerweile in der zweiten, erweiterten Auflage herausgegeben wurde, werden die gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alterssurveys analysiert. Diese vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Repräsentativuntersuchung der deutschen Bevölkerung von 40–85 Jahren liefert verlässliche Daten über die alternde Gesellschaft. Dabei werden unterschiedliche Lebensbereiche (z. B. Wohnen, Gesundheit und Einkommen) genauso analysiert wie Querschnittsthemen, wie etwa die Generationenbeziehungen oder soziale Ungleichheiten. (ta)

MARTIN KOHLI & HARALD KÜNEMUND (HRSG.): *Die zweite Lebenshälfte – Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Surveys, 2. erweiterte Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2005, 410 Seiten, ISBN 978-3-531-14496-0, 34,90 Euro*

Gesund älter werden

Der Anteil hilfs- oder pflegebedürftiger Menschen steigt stark an. Damit wird die Betreuung und Unterstützung älterer Menschen, die stationär betreut werden, immer wichtiger. Der Autor beschreibt die gesundheitliche Situation älterer Menschen, gibt einen Überblick über Beratungsangebote, nennt Beispiele zur Wohnsituation und Beratung und zur Rolle professioneller Akteure wie Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte. In einem weiteren Kapitel wird die Wohnsituation in Seniorenwohnanlagen und Anlagen des betreuten Wohnens erläutert. Im zweiten Teil stellt der Autor ein Beratungskonzept vor, in das Ergebnisse seiner eigenen Befragung von Seniorinnen und Senioren eingeflossen sind. (ar)

STEFAN SCHRANK: *Gesund älter werden. Ein präventives Beratungskonzept für ältere Menschen. Schlütersche Verlagsgesellschaft Hannover 2007, 100 Seiten, ISBN 978-3-89993-175-4, 13,90 Euro*

Die Zukunft sieht alt aus

Mit dem Buch geben die Autoren einen guten Überblick über die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Arbeitswelt. Darüber hinaus verdeutlichen sie, welche Herausforderungen sich daraus für das Personalmanagement von Unternehmen ergeben. Die Botschaft lautet, dass es ohne die älteren Mitarbeiter nicht geht. Zudem machen die Autoren deutlich, dass die Personalverantwortlichen an vielen Stellschrauben drehen müssen, um sich auf veränderte Altersstrukturen rechtzeitig einstellen zu können.

In dem Buch werden aktuelle Fragestellungen im Zusammenhang mit älteren Beschäftigten aufgegriffen und Erkenntnisse über die Leistungsfähigkeit und das Krankheitsauftreten verschiedener Altersgruppen beschrieben. Ob und wie man als Unternehmen auf die Herausforderungen des demografischen Wandels reagieren soll, wird zum Ende des Buches erläutert. Dabei geben die Autoren einen Überblick über verschiedene Handlungsfelder des Personalmanagements, der Personalentwicklung sowie der Gesundheitsförderung. (mc)

UWE BRANDENBURG, JÖRG-PETER DOMSCHKE: *Die Zukunft sieht alt aus – Herausforderungen des demografischen Wandels für das Personalmanagement. Gabler Verlag, Wiesbaden, 2007, 228 Seiten, ISBN 978-3-8349-0123-1, 39,90 Euro*

Subjektorientierte Übergangsforschung

Der Anspruch subjektorientierter Übergangsforschung ist, die Entscheidungen junger Frauen und Männer nachzuvollziehen und den biografischen Sinn ihrer Strategien im Kontext institutioneller Bedingungen zu verstehen. Der Band bietet einen theoretisch und methodologisch begründeten Zugang und einen neuen Blick auf den Übergang zwischen Jugend und Erwachsensein im Allgemeinen und zwischen Schule und Beruf. Er stellt die Strukturen des deutschen Übergangssystems aus einer durch den internationalen Vergleich erweiterten Perspektive dar und entwi-

ckelt Konzepte, die einen neuen Blick auf Übergänge und deren Gestaltung und Unterstützung begünstigen. Das Buch ist nicht nur für Studium und Wissenschaft gedacht, sondern auch als Reflexionsangebot an die Praxis im Sozial- und Bildungsbereich. (ar)

BARBARA STAUBER, AXEL POHL, ANDREAS WALTHER (HG.): *Subjektorientierte Übergangsforschung – Rekonstruktion und Unterstützung biografischer Übergänge junger Erwachsener. Juventa Verlag 2007 Weinheim und München, ISBN 978-3-7799-1927-8, 23,00 Euro*

Handbuch der Arbeitsmedizin

Das 1989 erstmals erschienene Handbuch der Arbeitsmedizin ist nun unter zwei neuen Herausgebern in einer veränderten Konzeption erschienen. Inhaltlich orientieren sich die Themen stärker an den veränderten Problemlagen der Arbeitswelt. So werden in der Neuerscheinung auch Themen aufgegriffen, die mit der Zunahme von psychosozialen und organisatorischen Problemen bei der Arbeit zusammenhängen. Ausführliche Informationen zu psychischen Beanspruchungsreaktionen wie dem Burnout-Syndrom sind ein Beispiel.

Das Handbuch gibt einen guten Überblick über den aktuellen Stand wissenschaftlicher Theorien und Erkenntnisse aus der Arbeitsphysiologie, der Arbeitspsychologie, der klinischen Arbeitsmedizin sowie der Prävention und Gesundheitsförderung. Zu den jeweiligen Bereichen gibt es wiederum sehr umfassende Detailbeschreibungen, die durch Ergänzungslieferungen erweitert und aktualisiert werden können. (mc)

STEPHAN LETZEL, DENNIS NOWAK: *Handbuch der Arbeitsmedizin – Arbeitsphysiologie – Arbeitspsychologie – Klinische Arbeitsmedizin – Prävention und Gesundheitsförderung, ecomed MEDIZIN, Landsberg, 2007, Loseblattsammlung, ISBN 978-3-609-10570-3, 139,00 Euro*

Wie gestalten wir Veränderungen?

Die vielfältigen Herausforderungen, die sich für die Kommunen durch den demografischen Wandel ergeben, stehen im Mittelpunkt dieses Bandes. In ihren Analysen und Beispielen aus der Praxis zeigen die Autorinnen und Autoren auf, welche Chancen die anstehenden Veränderungsprozesse für eine kreative und zukunftsorientierte Entwicklung auf kommunaler Ebene bieten. Diskutiert werden dabei u. a. die Themenfelder Wohnen, Familien- und Bildungspolitik, Gesundheit und Migration. Es zeigt sich, dass kooperative Formen der Zusammenarbeit, partizipative Ansätze, eine gute und vertrauensvolle Kommunikation und ein konstruktiver Umgang mit Konflikten wesentlich zum Gelingen dieser Prozesse beitragen. (ib)

HORST ZILLESSEN, STEFAN KESSEN (HRSG.): *Wie gestalten wir Veränderungen? Herausforderungen für die Kommunen durch den demographischen Wandel. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main usw. 2007, 266 Seiten, ISBN 978-3-631-56208-6, 45,00 Euro*

Was Kinder stärkt

Der in der zweiten Auflage erschienene, überarbeitete Sammelband enthält Beiträge zu den Grundlagen der Resilienzforschung, zu Resilienz als Arbeitskonzept in sozialen Arbeitsfeldern und kritische Reflektionen zu den Potentialen von Resilienzkonzepten für Forschung und Praxis. Er ist auch für diejenigen interessant, die meinen, den ersten Band bereits gut zu kennen, weil er Neues enthält. Dazu gehören beispielsweise die Beiträge von Hüther zu ›Resilienz im Spiegel entwicklungsbiologischer Erkenntnisse‹ und von Holtmann und Laucht zu ›Biologischen Aspekten der Resilienz‹. Auch die Bereiche Migration und Geschlechterdifferenz sind mit neuen Artikeln vertreten. Der Band ist also auch als Ergänzung zur ersten Auflage gut geeignet. (ar)

GÜNTHER OPP, MICHAEL FINGERLE (HRSG.): *Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. Ernst Reinhard Verlag München Basel 2007, 332 Seiten, ISBN 978-3-497-01908-3, 29,90 Euro*

Armes Kind – starkes Kind? – Die Chance der Resilienz

Die Autorin gibt einen Überblick über die Resilienzforschung und geht näher auf Studien ein, die Armut und sozio-ökonomische Deprivation zum Gegenstand haben und sich explizit auf Kinder und Jugendliche beziehen. Außerdem werden Entwicklungslinien der Kinderarmutsforschung vorgestellt. Kindzentrierte Studien und solche, die Kinderarmut als Entwicklungsrisiko sehen, sich dabei vor allem mit den Bewältigungsformen von Kindern befassen, werden gesondert berücksichtigt. Abschließend werden weit verbreitete Konzepte vorgestellt und einige grundsätzliche Überlegungen zur Resilienzförderung bei armen Kindern formuliert. Das Werk gewinnt vor allem durch die gut recherchierte Darstellung beider Forschungsbereiche. (ar)

MARGHERITA ZANDER: *Armes Kind – starkes Kind? – Die Chance der Resilienz*. Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden, 2008. 228 Seiten, ISBN 978-3-531-15226-4, 24,90 Euro

Jutta Frohne

Das Image der Frau

Frauen haben in der heutigen Zeit prinzipiell die Möglichkeit, alles zu werden, was sie wollen. Allerdings sind sie auch heute noch in der Spitze der Berufspyramide sehr gering vertreten und der Grad der Zufriedenheit mit ihrer Gleichstellung ist nicht höher als noch vor 25 Jahren.

In ihrem ›Wegweiser für ein neues Selbstbild‹ beschreibt, die in der Werbebranche tätige Autorin auf mitreißende Art die verschiedenen Frauenbilder, die heute in Zeitschriften, Werbung sowie im Fernsehen vermittelt werden, und beleuchtet sie kritisch. Denn die hier präsentierten, vordergründig unabhängigen Frauen sind bei genauer Betrachtung doch nicht so autonom, wie sie erscheinen. Insgesamt neun verschiedene Frauentypen werden in diesem Zusammenhang anhand von gemeinsamen Wertorientierungen kategorisiert und beschrieben, zum Beispiel das Statussymbol, das Sexsymbol oder der karriereorientierte Typ.

Bedingt durch den Wandel von Beziehungen und neue Lebenssituatio-

nen, denen Frauen begegnen, ist eine Weiterentwicklung des weiblichen Images dringend erforderlich. Auf Grund fehlender Vorbilder, die zur Orientierung dienen, beschreibt Frau Schoenen einige vorbildliche Eigenschaften, wie beispielsweise kritisches Denken, emotionale Intelligenz oder Zukunftsorientiertheit, die Leser und Leserinnen zum Nachdenken anregen und bei der Entwicklung eines individuellen Selbstbildes helfen können.

Auf unterhaltsame Weise beschreibt dieses Buch das derzeitige Image der Frau und regt durch seine kritische Betrachtung zum Überdenken der eigenen Werte und Zukunftsperspektiven an.

JUDITH SCHOENEN: *Das Image der Frau. Wege zu einem neuen Selbstbild*. Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, 2008, 172 Seiten, ISBN 978-3-86649-100-7, Opladen & Farmington Hills, 12,90 Euro

Kreuzzug gegen Fette

In diesem Sammelband mit dem doppeldeutigen Titel wird in 13 Aufsätzen der Frage nachgegangen, wieso Adipositas und Übergewicht in den letzten Jahren solch eine ungeheure politische und mediale Aufmerksamkeit erfahren haben, dass sie vom individuellen Problem Einzelner zur Schicksalsfrage moderner (vorwiegend westlicher) Gesellschaften wurden. Die angebliche Adipositas – Epidemie wird als Alarmismus in Frage gestellt. Die Autorinnen und Autoren nähern sich dem Problem historisch, kulturwissenschaftlich und (sozial)politisch, untersuchen die Rolle der Medien und fordern statt disziplinierender Diäten und der ›Verortung des ordnungsgemäßen Körpers auf der diskreten Achse der Normalität‹ eine lustvolle und deshalb gesundheitsfördernde Esskultur. (iw)

HENNING SCHMIDT-SEMISCH, FRIEDRICH SCHORB (HRSG.): *Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2008, 242 Seiten, ISBN 978-3-531-15431-2, 24,90 Euro

Sozialraumanalyse

Vor dem Hintergrund der Diskussion um Stadtentwicklung und Schaffung neuer Strukturen für Kinder und Jugendliche im Rahmen der Jugendhilfeplanung, aber auch für ältere Menschen in Form sozialer Dienste, gewinnt der Begriff des Sozialraumes zunehmend an Bedeutung. Der soziale Raum ist Gegenstand unterschiedlichster wissenschaftlicher Disziplinen und damit durch verschiedene Forschungstraditionen und analytische Zugänge gekennzeichnet. Zunächst werden die historische Entwicklung der Sozialraumanalyse und deren theoretische Fundierung dargestellt. Weiterhin wird die Annäherung an den Begriff des Raumes aus verschiedenen Perspektiven aufgezeigt und mit Hilfe von Fallbeispielen die Umsetzung in der Praxis veranschaulicht. Damit gibt das vorliegende Lehrbuch einen guten Überblick über theoretische Grundlagen und praktische Anwendungsbeispiele.

Durch die unterschiedlichen Beiträge wird die Komplexität des Begriffs deutlich und zeigt die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit in diesem Feld. (ts)

MARLO RIEGE, HERBERT SCHUBERT (HRSG.): *Sozialraumanalyse*. 2. Auflage, VS Verlag, Wiesbaden 2005, 331 Seiten, ISBN 3-531-33604-5, 29,90 Euro

Demografiebewusstes Personalmanagement

Der Leitfaden ›Demografiebewusstes Personalmanagement‹ ist die grundlegend überarbeitete und aktualisierte Auflage der bereits 2005 erschienenen Publikation ›Erfolgreich mit älteren Arbeitnehmern‹.

Der Leitfaden legt den Fokus auf die Problemlagen der betrieblichen Praxis. Nachdem zu Beginn der Publikation die Hintergründe und Chancen der derzeitigen Altersentwicklung in deutschen Betrieben erläutert werden, folgen sieben betriebliche Handlungsansätze, die mit entsprechenden Best-Practice-Beispielen untermauert und vorgestellt werden. Die ausführlichen Vorgehensbeschreibungen einzelner

Unternehmen ermöglichen eine praxisorientierte Betrachtung der Lösungsmöglichkeiten. Neben allgemeinen Hinweisen zur alter(n)sgerechten Strategieentwicklung gibt es zudem einen ausführlichen Serviceteil, der z. B. Tipps für rechtliche Fördermöglichkeiten aufzeigt. (mc)

BERTELSMANN STIFTUNG, BUNDESVEREINIGUNG DER DEUTSCHEN ARBEITGEBERVERBÄNDE (Hrsg): *Demografiebewusstes Personalmanagement. Strategien und Beispiele für die betriebliche Praxis*. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2008, 188 Seiten, ISBN 978-3-89204-975-3, 24,00 Euro

Der Aufbau von Brückenbildendem Kapital

Runge setzt sich mit den engen Gebietsabgrenzungen im Programm ›Soziale Stadt‹ und der notwendigen stärkeren Förderung von sozialem Kapital auseinander. Er ist der Auffassung, dass der Aufbau von sozialem Vertrauen und nachbarschaftlichen Netzwerken innerhalb der Quartiere und der meist homogenen Bevölkerungsgruppen zwar gelingen kann, jedoch das Ziel des Wiederanschlusses an die Gesamtstadt mit der Konzentration auf die engen Fördergebiete nicht erreicht werden kann. Über eine qualitative Befragung geht der Autor der Frage nach, inwiefern bei den Menschen der benachbarten Stadtteile die Offenheit und Bereitschaft besteht, den Benachteiligten aus den angrenzenden Quartieren Chancen der Teilhabe an ihrem ökonomischen, sozialen, kulturellen und symbolischen Kapital zu bieten. Er zeigt abschließend Potenziale und hindernde Faktoren auf und formuliert konkrete Handlungsempfehlungen für die ›Soziale Stadt‹. (ar)

MARKUS RUNGE: *Der Aufbau von Brückenbildendem Kapital. Bereitschaft zu und Hindernisse von quartiersübergreifenden Austauschprozessen und Netzwerken*. AG Spak Bücher, Neu-Ulm, 2007, 102 Seiten, ISBN 978-3-930 830-84-8, 14,00 Euro

Eltern stärken mit Kursen in Kitas

Das kleine, übersichtliche Handbuch mit CD-ROM, Kopiervorlagen und Handouts für Eltern bietet Unterlagen für einen Elternkurs, der in Kitas durchgeführt werden kann. Ziel des Kurses ist die Kompetenzen von Eltern zu stärken und ihre Sicherheit im Umgang mit ihren Kindern zu verbessern. Er stellt die Ressourcen der Eltern in den Mittelpunkt und zugleich Bezüge zur Förderung der Resilienzfähigkeit von Kindern her. Der Kurs ist unterteilt in Grundlagen mit Ausführungen zu z. B. förderlichem Elternverhalten, Elternkompetenz und Erziehungsstil. Weitere Themen betreffen Erziehungspartnerschaft in Kitas oder Resilienz für Eltern und Kinder. Im zweiten Teil werden die sechs Einheiten des Elternkurses u. a. zu kindlichem Verhalten und zum Zusammenleben von Eltern und Kindern vorgestellt. (ar)

KLAUS FRÖHLICH-GILDHOFF, MAIKE RÖNNAU, TINA DÖRNER: *Eltern stärken mit Kursen in Kitas. Handreichung für Erzieherinnen*. Ernst Reinhardt Verlag München Basel 2008. ISBN 978-3-497-01983-0. 106 Seiten, 24,90 Euro

Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen – PRiK

Mit dieser Publikation liegt ein Trainingsmanual vor, das zur Resilienzförderung in Kindertagesstätten genutzt werden kann und bereits in baden-württembergischen Einrichtungen erprobt wurde. Es beginnt mit einer gut verständlich aufbereiteten Einführung in das Konzept der Resilienz. Dazu werden mehrere Faktoren des Resilienzkonzepts beschrieben und operationalisiert, die zentrale Bedeutung für die Entwicklung und Bewältigung seelischer Widerstandsfähigkeit haben. Im zweiten, weitaus umfangreicheren Teil werden die Trainingseinheiten vorgestellt. Hier wird die vorhergegangene Theorie in Spiele, Übungen und Materialvorschläge umgesetzt. Die einzelnen Einheiten beinhalten beispielsweise

Vorschläge zu Förderung der Selbststeuerung, zum Umgang mit Stress oder zum Problemlösen. Abgerundet wird das Ganze durch Eingangs- und Ausgangsrituale, Pausenspiele und Gruppenregeln, durch Zeichnungen und Quellenhinweise. (ar)

KLAUS FRÖHLICH-GILDHOFF, TINA DÖRNER, MAIKE RÖNNAU: *Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen – PRiK*. Ernst Reinhardt Verlag München, 2007, 113 Seiten DIN A4, ISBN 978-3-497-01938-0, 24,90 Euro

Raum und soziale Entwicklung

Die intensive Beschäftigung mit dem Sozialraum als das Konjunkturthema schlechthin wird vom Autor als neue Rahmung sozialpädagogischer und politischer Diskurse in der Krise des Sozialstaats verstanden. Dahinter steht eine Auffassung des Sozialraums, die sich aus dem Spannungsverhältnis von Institution und Intervention ergibt, d. h. dass soziale Arbeit aus ihrer institutionellen Einbettung heraus über die soziale Intervention ›Räume‹ schaffen kann, die für Menschen sozialintegrativen Charakter haben. Damit wird die der aktuellen Diskussion innewohnende institutionelle Logik jedoch nicht hinterfragt. Seiner Ansicht nach greifen die Diskussionen die freigesetzte Entwicklung nicht genügend auf, da in der Krise des Sozialstaats die Sozialraumorientierung zu kurz greift. Der Raumdiskurs ist ein Entwicklungsdiskurs und muss als solcher thematisiert werden. Mit seinen Ausführungen möchte er eine Perspektive eröffnen, die die Vorstellung von sozialer Entwicklung als Ermöglichung beinhaltet. (ar)

CHRISTIAN REUTLINGER: *Raum und soziale Entwicklung. Kritische Reflexion und neue Perspektiven für den sozialpädagogischen Konkurs*. Weinheim und München 2008. 264 Seiten, ISBN 978-3-7799-1319-1, 28,00 Euro.

Der blinde Fleck

Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung ist der ›blinde Fleck‹ unseres Gesundheitssystems. Dieses Statement vereinigt die Beiträge zahlreicher Autorinnen und Autoren, die dieser Tatsache nachgehen, Belege für den Zusammenhang zwischen Sozialer Ungleichheit und Krankheit dokumentieren und deren Ursachen diskutieren. Der Titel soll darauf verwiesen, dass sich das Gesundheitssystem die Frage nach wirksamen Strategien und Ressourcen, wie sie beispielsweise gesundheitsfördernde Strukturen und Prozesse auf der Ebene von Organisationen darstellen könnten, bislang noch nicht gestellt hat. Da sich die Forschung dazu in Deutschland noch in den Anfängen befindet, stellen die Herausgeberinnen und der Herausgeber in drei übergeordneten Kapiteln diverse Forschungsarbeiten vor. Neben dem Bereich Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung werden Kinder in der Gesundheitsversorgung und Frauen in der Gesundheitsversorgung besonders fokussiert. (ar)

KARIN TIESMEYER, MICHAELA BRAUSE, MEIKE LIERSE, MARTINA LUKAS-NÜLLE, THOMAS HEHLMANN (HRSG.): *Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung.* Verlag Hans Huber, 2008, 382 Seiten, ISBN 978-3-456-84493-0, 19,95 Euro

Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung ist ein Teilgebiet der Gesundheitssystemforschung. Dabei geht es um die Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern, Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen. Die Versorgungsforschung beschreibt die Versorgungssituation, entwickelt Versorgungskonzepte, begleitet deren Umsetzung wissenschaftlich und evaluiert neue und alte Versorgungskonzepte. Der vorliegende Band spiegelt die Arbeit der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung der Deutschen Gesellschaft für medizinische Soziologie und widmet sich der Frage nach dem Beitrag der medizinischen Soziologie in der Versorgungsforschung. Unter

den theoretischen Ansätzen findet sich ein Beitrag zur Integration von Gender in die Versorgungsforschung, als Steuerungsinstrument wird z. B. das Balanced Scorecard Konzept vorgestellt. Bei den ausgewählten Ergebnissen geht es u. a. um die geburtshilfliche Versorgungsforschung und um den Transfer der Ergebnisse in politische Entscheidungsprozesse in Deutschland, um die veränderten Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen heute, um das dadurch bedingte veränderte Krankheitsgeschehen und die daraus folgende notwendige medizinische Versorgung. Ein europäischer Vergleich zu den Effekten wohlfahrtsstaatlicher Transfers auf die familiäre Pflege und die Auswirkungen der deutschen Pflegeversicherung findet sich ebenso. Der Band wendet sich an Forschende, Lehrende und Studierende in fortgeschrittenen Semestern. (us)

CHRISTIAN JANSSEN, BERNHARD BORGETTO, GÜNTHER HELLER (HRSG.): *Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2007, 278 Seiten, ISBN 978-3-7799-1148-7, 27,00 Euro

Leben und sterben, wo ich hingehöre

Dörner stellt angesichts der Alterung unserer Gesellschaft und der damit zusammenhängenden Anforderungen an das Gesundheitssystem einen menscheitsgeschichtlich unvergleichbar großen Hilfebedarf fest. Schon jetzt hat diese Dimension dazu geführt, dass in fast jeder erweiterten Familie ein Altenpflegeproblem besteht, für das eine Lösung gesucht werden muss. Seiner Ansicht nach kommt unsere Gesellschaft um eine Deinstitutionalisierung, d. h. den weitgehenden Abschied vom Heim für Alterspflegebedürftige, nicht mehr herum.

Gleichzeitig konstatiert er einen tief greifenden kulturellen Einstellungs- und Verhaltensumbruch der Bürgerinnen und Bürger in Richtung auf zunehmendes soziales Engagement. Er sieht

darin eine neue soziale Bürgerhilfebewegung, die als Basis für die Entwicklung eines neuen Hilfesystems des Bürger-Profi-Mix dienen könnte, mit dem Ziel, einen dritten Weg zwischen Wohnung und Heim für den wachsenden Hilfebedarf zu finden.

Die Lösungssuche erfolgt schon heute vorwiegend in der Nachbarschaft, d. h. einem Sozialraum, der zwischen 1.000 und 10.000 Einwohner umfasst. Dort werden verstärkt nachbarschaftliche Hilfs-, Koordinations- und Kooperationsmöglichkeiten gesucht, was zu einer Wiederbelebung der ›Nachbarschaftsmentalität‹ führt. Dörner wählt dafür die Bezeichnung ›Dritter Sozialraum‹ und meint damit den Raum zwischen privatem und öffentlichem Raum. Er bietet Platz für Hilfebedarf, der den einzelnen überfordert, ebenso wie für alle Prozesse von Solidarität oder Integration, die über den familiären Bereich hinaus reichen. (ar)

KLAUS DÖRNER: *Leben und sterben, wo ich hingehöre - Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem.* Paranus Verlag 2007, 220 Seiten, ISBN 978-3-926200-91-4, 19,00 Euro

Qualitätsziele moderner SeniorInnenarbeit und Altersbildung

Durch den Altersstrukturwandel rückt in der gemeinwesenorientierten Seniorarbeit und Altersbildung eine neue Grundausrichtung in den Vordergrund, die sich an einem modernen Alters- und Altersbild und damit vor allem an den Kompetenzen und Ressourcen älterer Menschen orientiert. Traditionelle Formen der Seniorarbeit stoßen hier häufig an Grenzen. Um die bereits bestehenden Modernisierungsansätze in der freien Wohlfahrtspflege zu verbreitern und die Zukunftsfähigkeit der Seniorarbeit und der Altersbildung zu sichern, sind systematische Qualitätsoffensiven notwendig. Das vorliegende Praxishandbuch, das im Rahmen des dreijährigen Forschungs- und Entwicklungsprojektes ›Gemein-

wesenorientierte SeniorInnenarbeit und Altersbildung in den Wohlfahrtsverbänden NRW's entwickelt wurde, zeigt anschaulich auf, wie Qualitätsziele als Lern- und Reflexionsanregungen systematisch in die Praxis der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit und Altersbildung eingebracht werden können. Durch Praxisbeispiele und -anregungen werden Möglichkeiten für eine beteiligungsorientierte Gestaltung von Modernisierungsprozessen in der Seniorenarbeit vorgestellt. (ib)

DIETMAR KÖSTER, RENATE SCHRAMEK, SILKE DORN: *Qualitätsziele moderner SeniorInnenarbeit und Altersbildung. Das Handbuch.* ATHENA-Verlag, Oberhausen, 2008, 196 Seiten, ISBN 978-3-89896-326-8, 20,00 Euro

Wenn Essen zum Problem wird

Das Buch bietet einen Überblick über die Definitionen, Ausprägungen, Hintergründe und Verbreitung von Essstörungen und Adipositas. Behandlungsmaßnahmen im ambulanten und klinischen Bereich werden vorgestellt. Die Situation von Angehörigen wird beleuchtet. Zwei Kapitel befassen sich mit Fragen einer gesunden Ernährung sowie mit den Möglichkeiten und Grenzen der Ernährungsberatung. Dieses didaktisch ausgezeichnete Buch wendet sich an betroffene Personen und deren Angehörige, aber auch an Fachleute, die mit dem Thema Essstörungen in ihrem Beratungsalltag konfrontiert werden. Jeder Themenbereich wird mit einem Beispiel illustriert, das die Betroffenen zu Wort kommen lässt. Das Wichtigste ist regelmäßig und übersichtlich zusammengefasst. Literatur, nützliche Adressen und ein Sachregister beschließen das Buch. (us)

DR. KATHRIN BEYER, ANNETTE BEUCKMANN-WÜBBELS: *Ich hab's satt! Wenn Essen zum Problem wird. Essstörungen erkennen, verstehen und überwinden.* Humboldt Verlag, Hannover, 2008, 128 Seiten, ISBN 978-3-89994-161-6, 12,90 Euro

Globale Jugend und Jugendkulturen

Der vorliegende Band versteht sich als Beitrag einer globalisierungssensiblen Jugendforschung. Die Autorinnen und Autoren geben Impulse, um einen Jugendsdiskurs unter Globalisierungsvorzeichen anzuregen. Der Band diskutiert folgende Fragen: Wie formen sich unter dem Prozess der Globalisierung die konstitutiven Elemente von Jugend und Jugendkulturen? Welchen Einfluss nehmen Jugendliche in ihrem alltäglichen Handeln auf den Globalisierungsprozess? Führt Globalisierung in der Tendenz zu einer Vereinheitlichung jugendlicher Lebensformen oder bleiben weiterhin regionale Besonderheiten bestehen und brechen damit mögliche Entgrenzungstendenzen? (us)

DIRK VILLÁNY, MATTHIAS D. WITTE, UWE SANDER (HRSG.): *Globale Jugend und Jugendkulturen. Aufwachsen im Zeitalter der Globalisierung.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2007, 411 Seiten, ISBN 978-3-7799-1746-5, 29,50 Euro

Handbuch Sozialisationsforschung

1980 erschien die erste Auflage des Handbuchs. In der heutigen überarbeiteten Ausgabe sind neuere Theorien eingearbeitet. Neu ist auch eine ausführliche Auseinandersetzung mit sozialer Ungleichheit, Kultur und Geschlecht in ihrer Bedeutung für Sozialisationsprozesse. Die Beiträge des ersten Teiles geben einen Überblick über den erreichten Stand in Theorie und Forschung, erörtern theoretische Grundlagen und führen in die Methodik der Sozialisationsforschung ein. Im zweiten Teil werden aktuelle Schwerpunkte der Sozialisationsforschung vorgestellt, z. B. historische, umweltorientierte oder humanökologische Fragestellungen. Teil drei beschreibt milieu-, kultur- und geschlechtsspezifische Sozialisationsbedingungen und -prozesse. Dabei werden spezifische Deprivationen und Diskriminierungen aufgezeigt, die Sozialisationspraxen und -erfahrungen beeinflussen. Teil vier handelt von zentralen Instanzen und Kontexten der Sozialisation. Dabei

werden neben den herkömmlichen Instanzen wie Familie, Krippe, Schule und Hochschule z. B. die Sozialisation in Netzwerken Gleichaltriger, die Sozialisation in räumlichen Umwelten, in Gruppen und Organisationen in »totalen« Institutionen und durch Massenmedien vorgestellt. Im fünften Teil werden Sozialisationseffekte auf die Persönlichkeitsentwicklung, die Gesundheit und die gesellschaftliche Teilhabe ausgeführt. Ein hochspannendes Nachschlagewerk von hoher Güte. (us)

KLAUS HURRELMANN, MATTHIAS GRUNDMANN, SABINE WALPER (HRSG.): *Handbuch Sozialisationsforschung. 7., vollständig überarbeitete Auflage.* Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2008, 476 Seiten, ISBN 978-3-407-83160-6, 59,00 Euro

Das Anti-Mobbing-Buch

In seinem Buch zeigt der Autor, der lange als Vertrauenslehrer seiner Schule Mobbing-Fälle begleitet hat, sehr praxisnah und gut strukturiert Strategien und Handlungsansätze auf, um Gewalt an der Schule zu erkennen, ihr vorzubeugen und aktiv gegen sie vorzugehen. In fünf Kapiteln stellt er anfangs im Theorieteil den Unterschied zwischen schulischer Gewalt und Mobbing heraus, beschreibt unterschiedliche Handlungsstrategien, zeigt Methoden und Übungen für die Arbeit in der Klasse auf, gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Konzepte und stellt Arbeitsmaterialien zur Verfügung, die kopiert oder aus dem Internet heruntergeladen werden können.

Sein Buch soll dazu beitragen, das von ihm festgestellte erschreckend hohe Defizit bei Lehrkräften hinsichtlich des Umgangs mit Gewalt zu verringern. Seiner Meinung nach haben diese eine Interventionspflicht, ihnen komme in der Anti-Mobbing-Arbeit eine Schlüsselposition zu. (iw)

MUSTAFA JANNAN: *Das Anti-Mobbing-Buch. Gewalt an der Schule - vorbeugen, erkennen, handeln.* Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2008, 187 Seiten, ISBN 978-3-407-62593-9, 19,90 Euro



www.sozialestadt.de/programm/handlungsfelder/ihk.phtml

Die Internetseite zum Handlungsfeld ›Integrierte Entwicklungs- bzw. Handlungskonzepte‹ im Rahmen des Bundesländer-Programms ›Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt‹ informiert über Veröffentlichungen des Deutschen Instituts für Urbanistik im Rahmen der Projektbegleitung und stellt Projekte aus der Praxisdatenbank Soziale Stadt vor. Weiterhin lassen sich integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte einzelner Stadtteile und eine Literaturdatenbank einsehen.

www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F0A-BE9E25C3/bst/hs.xsl/prj_73032_73088.htm

Die Website informiert über das Projekt ›Neues Altern in der Stadt‹ (NAIS) der Bertelsmann-Stiftung. Neben einer Projektbeschreibung, Veranstaltungshinweisen und Links zu den beteiligten Städten werden umfangreiche Materialien und Projektergebnisse zum Download zur Verfügung gestellt.

www.agendaservice.de

Die aus Mitteln des Bundesumweltministeriums und des Bundesumweltamtes geförderte Website der agenda-transfer Agentur für Nachhaltigkeit GmbH versteht sich als Portal für lokale Nachhaltigkeit. Sie informiert über Themen wie Bildung, Energie, Integration, Flächenmanagement und demografische Entwicklung und stellt Projekte und kommunale Aktivitäten vor. Weiterhin werden Materialien, Veranstaltungshinweise, Links und ein Newsletter bereitgestellt.

www.jugendhilfeportal.de

Das Fachkräfteportal der Kinder- und Jugendhilfe ist eine Informations-, Kooperations- und Kommunikationsplattform für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe. Die Website informiert über Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe, aktuelle Themen, Rechtsfragen und Querschnittsthemen wie Gender Mainstreaming oder Gesundheit. Weiterhin stehen eine Newsbox, ein Institutionsverzeichnis, eine Projektdatenbank, ein Stellenmarkt und vielfältige Links zur Verfügung.

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Die Plattform ›Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten‹ bietet neben einer umfangreichen Projekt-Datenbank und Informationen zum jährlich stattfindenden Kongress ›Armut und Gesundheit‹ vielfältige Informationen, Materialien, Literaturhinweise, Termine, Forschungsergebnisse und Links rund um das Thema Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte.

www.apug.de

Das Aktionsprogramm ›Umwelt und Gesundheit‹ (apug) vernetzt die Politikbereiche Umwelt, Gesundheits- und Verbraucherschutz auf Ebene der beteiligten Ministerien und Bundesoberbehörden und fördert Forschungsprojekte und Informationskampagnen. Schwerpunkt des Programms sind Kinder und Jugendliche. APUG enthält Strategien, Maßnahmen und Ziele für die umfassende Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Folgen von Umwelteinwirkungen auf den Menschen. Auf der Website werden Materialien, Dokumente, Links, ein Glossar sowie ein Newsletter bereitgestellt.

www.helmholtz-muenchen.de/flugs/linksammlungen/klimawandel-und-gesundheit/index.html

Der FLUGS Fachinformationsdienst des HelmholtzZentrums München liefert auf dieser Internetseite eine kommentierte Linksammlung zum Thema Klimawandel und Gesundheit mit Informationen aus Behörden, Internetportalen, Forschungsprogrammen und Hintergrundberichten, wissenschaftlichen Vorträgen und Fachartikeln.

www.gencc.interconnection.org

Die englischsprachige Website informiert über den Zusammenhang von Gender Mainstreaming und Klimawandel und stellt Materialien und Links bereit.

www.who.int/ageing/age_friendly_cities/en/index.html

Die englischsprachige Website zum Projekt Age Friendly Cities der Weltgesundheitsorganisation informiert über Aktivitäten im Rahmen des WHO-Projektes. Es werden Materialien, Checklisten, Broschüren und Links bereitgestellt.



Veranstaltungen der LVG Niedersachsen e. V.

Veranstaltungsreihe ›Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen‹

21. August, Braunschweig, 30. September, Oldenburg, 20. November, Hannover

Zwischen Gesundheit und Migration bestehen enge Zusammenhänge, die mit einer Kombination diverser Einflussfaktoren begründet werden. Die Veranstaltungsreihe präsentiert Daten und Fakten zu dieser Situation und stellt Ansätze zur Integration von Migrantinnen und Migranten in das Gesundheitssystem vor. Zwei regionale Veranstaltungen in Braunschweig und Oldenburg werden sich vor allem der Situation von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund widmen. Die zentrale Veranstaltung in Hannover beleuchtet unter anderem die Situation in der stationären und der ambulanten Pflege. Kooperationspartner sind das Ministerium für Inneres und Sport, die Städte Braunschweig und Oldenburg, die AOK Niedersachsen und die Ärztekammer Niedersachsen.

Kultursensibilität in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten

26.08.2008, Hannover

Aufgrund der demografischen Entwicklung und der zu erwartenden Zunahme von dementiellen Erkrankungen ist in den kommenden Jahren auch mit einem Anstieg der Zahl erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen. Als Zugangsbarrieren zu vorhandenen Unterstützungsleistungen werden sprachliche und lebensgeschichtliche Aspekte, eine besonders ausgeprägte Tabuisierung des Themas und fehlende Informationen über vorhandene Angebote genannt.

Mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein...?! Perspektiven niedrigschwelliger Betreuungsangebote

15.09.2008, Hannover

Die bundesweite Fachtagung mit Workshops und Podiumsdiskussion will einen Beitrag dazu leisten, nach der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes das bislang Erreichte und die Perspektiven niedrigschwelliger Betreuungsangebote unter die Lupe zu nehmen. Referenten und Referentinnen aus unterschiedlichen Bundesländern werden die verschiedenen, länderspezifischen Gesetzesgrundlagen und Ansätze darstellen.

Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche im Setting

17. September 2008

Alter(n)sgerechte Präventionskonzepte

18. September 2008

(im Rahmen der 44. Jahrestagung Deutscher Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. ›Vorsorgepraxis, Versorgungsforschung, Gesundheitspolitik, 17.-19. September 2008, Hannover)

Die LVG & AfS Niedersachsen e. V. bietet im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention zwei Workshops an. Gesundheitsförderung für die schwer erreichbaren Zielgruppen der sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen sowie die Älteren und Alten stehen

dabei im Mittelpunkt. Der Ansatz des gesundheitsfördernden Settings, der die gesundheitliche Problemdefinition in den jeweiligen Lebenswelten vorantreibt und passende Lösungsvorschläge im Setting erarbeitet, hat sich als besonders erfolgreich dabei erwiesen, sozial Benachteiligte zu erreichen. Im ersten Workshop werden Ansätze zum Setting Schule, zu Nachbarschaft und Stadtteil dargestellt, die sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche für Gesundheitsförderung erreichen. Im zweiten Workshop werden settingbezogene Zugangswege auf lokaler Ebene für die schwer erreichbaren Älteren sowie die Arbeit von Seniorenservicebüros thematisiert.

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

25. September 2008, Celle

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

Sicherheit im Alter – Fachtagung im Rahmen der Senioren Messe

26. September 2008, Hannover

Die Senioren Messe wird erstmalig von einer Fachtagung begleitet. Mit der Veranstaltung werden Fachleute und Multiplikatoren zum Thema ›Sicherheit im Alter‹ angesprochen. Am Vormittag des Veranstaltungstages wird der Bereich Finanzgeschäfte und Altersvorsorge diskutiert. Nach der Mittagspause geht es um das Thema ›Gesund und sicher im Alter‹. Themen wie Bewegung, Gestaltung des öffentlichen Raums, Umgang mit demenziell Erkrankten, Impfschutz im Alter, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht stehen auf dem Programm. Ziel der Tagung ist es, unter Fachleuten über die Vortragsthemen zu diskutieren und ggf. Maßnahmen für ältere Menschen abzuleiten.

Die Veranstaltung wird in Zusammenarbeit mit der Landeshauptstadt Hannover und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit durchgeführt.

Demografischer Wandel und gesundheitsfördernde Hochschule

26. September 2008, Paderborn

Die diesjährige Fachtagung des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen befasst sich mit dem demografischen Wandel und seinen Auswirkungen auf die Hochschulen. Im Zentrum der Auseinandersetzung steht die Frage, welche Her-

Neues aus der Akademie für Sozialmedizin

ausforderungen sich damit für eine gesundheitsfördernde Hochschule stellen. In Referaten, Workshops und Begegnungen sollen u. a. folgende Themen aufgegriffen werden: Was muss beachtet werden, damit der demografische Wandel nicht (nur) als Krise, sondern auch als Chance wahrgenommen werden kann? Wie werden sich die Studierendenzahlen entwickeln? Wie können alternde Belegschaften leistungsfähig bleiben? Wie gelingt der Wissenstransfer und die Zusammenarbeit zwischen »jung« und »alt«? Mit welchen Instrumenten kann sich eine Hochschule auf die neue Situation vorbereiten?

Die Tagung wird in Kooperation mit der Universität Paderborn und der Techniker Krankenkasse durchgeführt.

Frauen und Rauchen – Neue Wege in der Prävention Jahrestagung der Drogenbeauftragten 2008

13.–14. Oktober 2008, Berlin

Tabakprävention ist nur erfolgreich, wenn sie Raucherinnen und Raucher mit zielgruppenspezifischen Maßnahmen und Strategien anspricht. Aktuell rauchen rund 22% der Frauen. Junge Frauen sind zu rund 38% aktuelle Raucherinnen. Eine zwei- bis dreifach erhöhte Wahrscheinlichkeit, Raucherin zu sein, findet sich bei Frauen mit niedriger Schulbildung oder unter alleinerziehenden Müttern.

Die verabschiedeten Nichtrauchererschutzgesetze des Bundes und der Länder sind ein wichtiger Schritt, einen Trend zum Nichtrauchen einzuleiten. Doch wie können Frauen besser erreicht werden? Ein frauenspezifischer Ansatz in der Präventionspolitik soll neue und innovative Wege eröffnen, die diesen Prozess unterstützen und verstärken.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung lädt Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft und Praxis dazu ein, neue Ansätze zu diskutieren und Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Die Jahrestagung wird im Auftrag der Drogenbeauftragten von FACT Frauen Aktiv Contra Tabak e.V. mit Unterstützung der Landesvereinigung durchgeführt.

Vorschau

Niedersachsen Forum – Alter und Zukunft –
Alter(n)sgerechte Kommune
Herbst 2008, Osnabrück

Umgestaltung der GKV
29. September 2008, Hannover

Kommune neu denken – Generationen im Dialog
6. Oktober 2008, Hannover

2. ICF-Anwendersymposium

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

19. September 2008, Hannover

Die Bedeutung der theoretischen Grundlagen der ICF als Klassifikation zur Beschreibung von Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren in Ergänzung zur ICD ist unbestritten. In wissenschaftliche Untersuchungen hat sie daher zunehmend Eingang gefunden. Das große Potential des Nutzens der ICF wird zwar häufig auch für die praktische Arbeit erkannt, jedoch finden sich noch relativ selten Kliniken oder andere Einrichtungen im Gesundheitswesen, die die ICF konsequent und durchgängig in der Routinearbeit patientenorientiert einsetzen oder für die Dokumentation nutzen.

Es werden ausgewählte Aspekte des breiten Einsatzspektrums der ICF präsentiert.

XVIII. Niedersächsische Suchtkonferenz – Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und Prävention

23. September 2008, Hannover

Sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in ihrem jeweiligen Suchtverhalten tatsächlich so immens, dass sie eine entscheidendere Rolle in der Versorgungspraxis und Prävention spielen sollten? Die Antwort darauf ist mittlerweile zumindest theoretisch bei vielen Professionellen ein klares »Ja«.

Die XVIII. Niedersächsische Suchtkonferenz stellt geschlechtergerechte Ansätze in den Mittelpunkt der Diskussion und will so einen Beitrag dazu leisten, dass nicht nur theoretisch die Frage nach geschlechterdifferenzierenden Konzepten bejaht wird, sondern auch in der Alltagspraxis umgesetzt wird.

Die Suchtkonferenz wird in Kooperation mit dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit durchgeführt.

1. Niedersächsischer Aktionstag für seelische Gesundheit

10. Oktober 2008, Delmenhorst

Gemeinsam mit dem Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen, dem Sozialpsychiatrischen Verbund Delmenhorst und weiteren Kooperationspartnern wird der seit 1992 internationale Aktionstag (International Mental Health Day) in Niedersachsen erstmals mit einer landesweiten Veranstaltung begangen. Eine am Vorabend stattfindende Auftaktveranstaltung widmet sich dem Thema »Wie bleibe ich seelisch gesund«. Am 10.10. wird im Rahmen einer Fachtagung mit dem Thema »Integration der psychiatrischen Kliniken in der Frage nach einem psychiatrischen Entwicklungsplan für Niedersachsen nachgegangen«.

Vorschau

Zukunft der Pflege in Niedersachsen
04. November 2008, Hannover

9. SOPHIA-Fachtagung
07./08. November 2008, Verden (Aller)

Niedersachsen

Fachtagung, Kommunale Entwicklungsstrategien zur Gestaltung des demographischen Wandels aus der Perspektive von Kultur und Kulturarbeit, 25.-26.08.2008, Wolfenbüttel, Kontakt: Bundesakademie für kulturelle Bildung, Postfach 1140, 38281 Wolfenbüttel; Tel.: (0 53 31) 8 08-4 11, Fax: (0 53 31) 8 08-4 13, E-Mail: post@bundesakademie.de

Wissenschaftskonferenz 2008, Innovation durch Partizipation – Steuerung von Hochschulen und Forschungseinrichtungen im 21. Jahrhundert, 25.-29.08.2008, Papenburg, Kontakt: GEW-Hauptvorstand, Vorstandsbereich Hochschule und Forschung, Ansprechpartnerin: Andrea Vath, Reifenberger Str. 21, 60489 Frankfurt a. M.; Tel.: (0 69) 7 89 733 15, Fax: (0 69) 7 89 731 03, E-Mail: info@gew.de

Hart, aber herzlich – Konfrontative Methoden in der Gewaltprävention, 26.08.2008, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Nds., Fachreferat der LAG der Freien Wohlfahrtspflege, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

Veranstaltung, Gewalt im Spiel – Gewaltprävention mit theatralischen Mitteln, 17.-18.09.2008, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Nds., Fachreferat der LAG der Freien Wohlfahrtspflege, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

44. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V.: Versorgungspraxis – Versorgungsforschung – Gesundheitspolitik, 17.-19.09.2008, Hannover, Kontakt: Medizinische Hochschule Hannover, Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung, OE 5410, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 5 32-80 76, Fax: (05 11) 5 32-53 47, E-Mail: dgsmphannover@mh-hannover.de, Internet: <http://dgsm2008.mh-hannover.de>

Tagung, 12. Niedersächsisches Ernährungsforum, 27.09.2008, Hannover, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung – Sektion Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80-24 66, Fax: (05 11) 3 80-24 65, E-Mail: dge.Niedersachsen@t-online.de

Tagung, Schwangerenberatung im Kontext von Organisationsleitbildern und professionellem Selbstverständnis, 9.-10.10.2008, Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 12 41-4 96, Fax: (05 11) 12 41-4 97, E-Mail: zfg@evlka.de

Bundesweit

Frauen ab 50 im Spannungsverhältnis von individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, 10.-11.07.2008, Heidelberg, Kontakt: Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Saskia-Fee Bender, FB Gesellschaftswissenschaften, Institut für Gesellschafts- und Politikanalyse, Robert-Mayer-Straße 5, 60054 Frankfurt a. M., Fax: (0 69) 79 82 80 09, E-Mail: Bender@soz.uni-frankfurt.de

Tagung, Das Krankenhaus der Zukunft, Was dient dem Wohl des Patienten?, 10.-11.07.2008, Berlin, Kontakt: Evangelische Akademie zu Berlin, Silke Ewe, Charlottenstr. 53/54, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 2 03 55-4 07, Fax: (0 30) 2 03 55-5 50, E-Mail: ewe@eaberlin.de, Internet: www.eaberlin.de/relaunch/programm.php?thema=4407

1. Gesundheitsgipfel 2008: Prävention und Gesundheitsförderung – Führung und Gesundheit, 03.-06.08.2008, Zugspitzdorf Grainau, Kontakt: DGB Bildungswerk e.V., Marianne Giesert, Hans-Böckler-Str. 39, 40476 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 43 01-2 34, Fax: (02 11) 43 01-5 00, E-Mail: marianne.giesert@dgb-bildungswerk.de,

4. Frauen-Alterssicherungskonferenz der Bereiche Frauen- und Gleichstellungspolitik & Sozialpolitik, 22.08.2008, Berlin, Kontakt: ver.di, Ressort 10, Bereich Sozialpolitik, Judith Kerschbaumer, Tel.: (0 30) 69 56-21 48, E-Mail: judith.kerschbaumer@verdi.de

104. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ), 11.-14.09.2008, München, Kontakt: INTERPLAN Congress, Meeting & Event Management AG, Fatima Rama, Albert-Rosshaupter-Str. 65, 81369 München, Tel.: (0 89) 5 48-2 34 73, Fax: (0 89) 5 48-2 34 42, E-Mail: dgkj2008@interplan.de, Internet: www.kinderarztkongress-muenchen-2008.de

Kongress, Frühe Risiken und Frühe Hilfen, 12.-13.09.2008, Köln, Kontakt: Kongress Frühe Risiken und Frühe Hilfen, Universität zu Köln – Humanwissenschaftliche Fakultät c./o. PD Dr. R. Kißgen, Frangenheimstr. 4, 50931 Köln, Tel.: (02 21) 4 70-46 85, Fax: (02 21) 4 70-51 23, E-Mail: ruhkongress@hf.uni-koeln.de

Fachtagung, Alkoholprävention: HaLT (Hart am Limit) zur Nachahmung empfohlen, 22.-23.09.2008, Renchen, Kontakt: Badischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation e.V. (blv.), Renchtalstraße 14, 77871 Renchen, Tel.: (0 78 43) 9 49-1 41, Fax: (0 78 43) 9 49-1 68, E-Mail: Christian.Heise@blv-suchthilfe.de

Fachkooperationsseminar, Forum Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Hochschulen, 22.-24.09.2008, Braunschweig, HIS Hochschul-Informationssystem GmbH und Landesunfallkasse Niedersachsen an der Technische Universität Braunschweig, Aula der ehemaligen Pädagogischen Hochschule, Pockelstr. 11, 38106 Braunschweig, Kontakt: HIS, Hochschul-Informationssystem, Frauke Lange, Tel.: (05 11) 12 20-2 24, Fax: (05 11) 12 20-5 24, E-Mail: Lange@his.de

17. Kongress, Psychosoziale Aspekte körperlicher Krankheiten, 24.-27.09.2008, Jena, Kontakt: Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Friedrich-Schiller-Universität, Stoyst. 3, 07740 Jena, Tel.: (0 36 41) 9 36-7 00, Fax: (0 36 41) 9 36-5 46, E-Mail: sekretariat_mpsy@med.uni-jena.de

36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie mit der 22. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie, 24.-27.09.2008, Berlin, Kontakt: Kongress- und Messebüro Lentzsch, Seifgrundstr. 2, 61348 Bad Homburg, Tel.: (0 61 72) 67 96 - 0, Fax: (0 61 72) 67 96 - 26, E-Mail: info@kmb-lentzsch.de, Internet: www.rheumaakademie.de/fileadmin/media/36_KONGRESS_DGRh_DRUCKVERSION.indd.pdf

3. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie: Epidemiologie in Wissenschaft und Öffentlichkeit, 24.-27.09.2008, Bielefeld, Kontakt: Universität Bielefeld, Ilona Benecke, AG Epidemiologie & International Public Health,

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, PF 10 01 31, 33501 Bielefeld, Tel.: (05 21) 1 06-38 38 (vormittags), Fax: (05 21) 1 06-64 65, E-Mail: dgepizoo8@uni-bielefeld.de, Internet: <http://www.dgepizoo8.de/>

Symposium, Bonding – Eine interdisziplinäre Aufgabe, 04.-06.10.2008, Berlin, Kontakt: Quensi, Edmund Brzezinski, Westerlandstr. 15, 13189 Berlin, Tel.: (0 30) 44 30 88 72, Fax: (0 30) 44 30 83 37, E-Mail: buero@quensi.de, Internet: www.quensi.de/bonding.html

5. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft: Aktiv für Demenzerkrankte, 09.-11.10.2008, Erfurt, Kontakt: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Friedrichstraße 236, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 2 59 37 95-0, E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de, Internet: www.deutsche-alzheimer.de

International

2. Kongress der transkulturellen Psychiatrie im deutschsprachigen Raum, 26.-28.09.2008, Wien, Österreich, Kontakt: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Wien, Solmaz Golsabahi/Thomas Stompe, Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien, Mobil-Tel.: (01 77) 7 07 04 52, E-Mail: s.golsabahi@gmx.net

11th European Health Forum Gastein, Werte und Gesundheit – von der Vision zur Realität, 01.-04.10.2008, Bad Hofgastein, Salzburg, Österreich, Kontakt: International Forum Gastein, Tauernplatz 1, 5630 Bad Hofgastein, Österreich, Tel.: +43 (64 32) 33 93-2 70, Fax: +43 (64 32) 33 93-2 71, E-Mail: info@ehfg.org, Internet: www.ehfg.org

Management Conference 2008, Achieving Business Excellence – Health, Well-Being and Performance, 30.-31.10.2008, London, Kontakt: Conference Office, Lorraine Kruse, BKK Bundesverband, Department of Health, European Information Centre, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen, Deutschland, Tel.: (02 01) 1 79-18 62, E-Mail: eKrusel@bkk-bv.de, Internet: www.enterprise-for-health.org

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