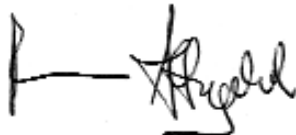


Mehr Forschung verspricht nicht unbedingt bessere Forschungsergebnisse. Forschungsschwerpunkte im Wachstumsmarkt Gesundheit sind in den allermeisten Fällen krankheitsbezogen und untersuchen entweder die Entstehung oder die Behandlung von spezifischen Erkrankungsbildern. Das kleine Feld der Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung führt immer noch ein Schattendasein am Rande des riesigen Universum der Gesundheitsforschung. Es ist ungleich einfacher, vergleichsweise riesige Investitionen in die Wirkungsweise einer Substanz xy zur Therapie einer Erkrankung zu organisieren als eher bescheidene Geldsummen für die Wirkungsweise gesundheitsfördernder Schulen. Einige öffentliche Förderprogramme der letzten Zeit setzen hier zaghafte neue Akzente, aber der Mainstream der Gesundheitsforschung bleibt auf ökonomische Interessen hin ausgelegte Medizin- und Pharmaforschung.

In dieser Impulse-Ausgabe versuchen wir uns zunächst an einer Definition der Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung und berichten dabei über nationale und europäische Entwicklungen in diesen Bereichen. Gleich mehrere Beiträge thematisieren die Lücke zwischen Gesundheitsförderungspraxis und -forschung. Es werden dabei auch Forschungsprojekte vorgestellt, die genau diese Kluft schon von der Anlage des Forschungsdesigns gar nicht erst aufkommen lassen. Außerdem spielen die Perspektiven einer geschlechtersensiblen Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung sowie mögliche Forschungslücken in relevanten Anwendungsreichen eine wesentliche Rolle in dieser Ausgabe.

Im aktuellen Teil des Heftes beginnen wir unsere diesjährige Sonderreitenserie zum europäischen Jahr der Chancengleichheit für alle und zu verschiedenen neuen Modellprojekten. Wie immer sind Sie an dieser Stelle zur Beteiligung an den nächsten Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen herzlich eingeladen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Parallelgesellschaften – Herausforderungen für Gesundheitsförderung und -versorgung‹ (Redaktionsschluss 04.05.2007) und ›Schnittstellenmanagement in Gesundheitsförderung und -versorgung‹ (Redaktionsschluss 03.08.2007).

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung	2
■ BMBF fördert Präventionsforschung	3
■ Jenseits des Elfenbeinturms? Gesundheitsförderung braucht mehr...	4
■ Gut gemeint ist nicht gut genug!	6
■ Gesundheitsforschung in Europa	6
■ Praxis und Forschung in der Gesundheitsförderung: Eine Zweckehe mit Zukunft	8
■ Perspektiven einer geschlechtersensiblen Gesundheitsförderungsforschung	9
■ Forschungslücke: Gesundheitsförderung in der Pflege	10
■ Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung	11
■ Einflüsse auf Forschung am Beispiel Rauchen	12
■ Das Europäische Jahr der Chancengleichheit für alle 2007	14
■ Unabhängige Patientenberatung	15
■ Förderprogramm ›Familien mit Zukunft‹	15
■ Regionale Knoten jetzt in allen 16 Bundesländern	16
■ Weltjugendgesundheitskongress 2006	17
■ ›Herz-Kontakt‹ Herzinfarkt bei Frauen vorbeugen	18
■ Internetplattform für kommunale Gesundheitsberichte	18
■ KVN fördert Zusammenarbeit mit Selbsthilfe	19
■ Schülerpaten im Altenheim	19
■ LandFrauen als Seniorenbegleiterinnen	20
■ Elternschule – mehr als eine Schule ...	21
■ Mediothek	22
■ Internet	25
■ Termine	26
■ Impressum	21

Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung

Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung

Gesundheitssystemforschung, Public Health Forschung und in jüngster Zeit Versorgungsforschung sind die Rahmenbegriffe, in denen sich auch Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung weiterentwickeln konnten. Einerseits gehört sie damit eindeutig zum Gesamtbereich der Gesundheitsforschung, die eng verknüpft (aber nicht identisch) ist mit dem Medizin-Bereich. Andererseits reicht sie aber auch immer wieder darüber hinaus.

Die wachsende Bedeutung von Prävention und der darauf bezogenen Forschung resultiert aus den wachsenden Problemen der kurativen Medizin. In der Region Europa werden die nicht übertragbaren Krankheiten mit zumeist chronischem Verlauf für 77% der Krankheitslast und für 86% der Todesfälle verantwortlich gemacht. Die häufigsten dieser Erkrankungen sind uns allen bekannt: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle, Adipositas, Diabetes, Krebs, Atemwegserkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates und in diesem Bereich besonders des Rückens.

Wir müssen die Möglichkeiten und Methoden der Prävention und der Gesundheitsförderung erweitern, um die verhältnismäßig kleine Zahl von Haupt-Risikofaktoren (Bewegungsmangel, Blutfettspiegel, Blutdruck, Übergewicht, Rauchen, Alkohol und Ernährungsgewohnheiten) besser in den Griff zu bekommen.

Rolle der Forschung

In der Entwicklung von Praxis und Politik der Gesundheitsförderung war Forschung mit ihren Konzepten, Fragestellungen und Theoriebildungen immer wieder ein wesentlicher Impulsgeber. Die wissenschaftliche Identifikation und Definition von Problemen, deren öffentliche Resonanz und die Beraterrolle der Wissenschaft waren von erheblicher Bedeutung und sind es auch noch, z. B. bei den Diskussionen um ein Präventionsgesetz. Obwohl diese positive Einschätzung der Rolle der Forschung wohl kaum von jemandem bestritten wird, muss andererseits festgestellt werden, dass es in der Gesundheitsförderung und Prävention vielfach an klar operationalisierten Konzepten, einer übereinstimmend akzeptierten Terminologie und Definition zentraler Begriffe, an übergreifenden Theorien, an empirisch gesichertem Wissen (Evidenz) und an einer effektiven Vermittlung des vorhandenen Wissens in Praxis und Politik mangelt.

Zweifellos benötigen wir für die schon chronisch Erkrankten ein effektives Disease-Management. Um die Kosten für diese Aufgabe jedoch nicht ins Unermessliche steigen zu lassen, benötigen wir ebenso ein »Risk-Management«, mit anderen Worten Prävention und Gesundheitsförderung.

Strukturen der Förderungsforschung

Wenn heute in den gegebenen Förderstrukturen der Forschung der Bedarf für Forschungsförderung aufgelistet wird, folgen solche Themaufstellungen häufig den Strukturierungen, wie sie in der Präventionspraxis üblich sind, beispielsweise orientiert an:

- Zielgruppen (Kinder und Jugendliche, Erwachsene/Berufstätige, alte Menschen, Frauen, Männer, benachteiligte Bevölkerungsgruppen),

- Hauptakteuren (öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Sportverbänden, bestimmte Berufsgruppen oder Kooperationsstrukturen wie Landesvereinigungen für Gesundheit),
- Krankheiten (vorzugsweise nach ihrer Krankheitsschwere, volkswirtschaftlichen Bedeutsamkeit und präventiven Beeinflussbarkeit: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas, Diabetes Mellitus, Krebs, Rückenbeschwerden, obstruktive Lungenerkrankungen, Depression) oder Pflegebedürftigkeit im Alter,
- Handlungsfeldern bzw. Risikofaktoren (Bewegung, Ernährung, Rauchen, Umgang mit Stress, Abhängigkeit, etc.),
- Methodischen Ansätzen/Maßnahmen (Verhaltensmodifikation, Verhältnisänderung, Früherkennung, Kompetenztraining, individuelle, Gruppen- oder massenmediale Ansätze und Zugangsmethoden,
- Setting bezogenen Ansätzen (Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Gemeinden, etc.).

Forschungsprojekte, die sich an diesen Strukturierungsdimensionen orientieren, haben zweifellos den großen Vorteil unmittelbarer Anschlussfähigkeit an die Praxis.

Für komplexere Ansätze sozialer Interventionen auf der Ebene einzelner Settings oder komplexer sozialer Interventionsprogramme zur Gesundheitsförderung ist jedoch auch eine umfänglichere Ausbreitung des Feldes notwendiger Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung erforderlich. Ein Vorschlag, der auch Aspekte »grundlegender« interdisziplinärer Forschung für Gesundheit ins Auge fasst, könnte folgendermaßen aussehen:

1. GRUNDLAGENFORSCHUNG ZU GESUNDHEITSKONZEPTEN IN BEVÖLKERUNGSGRUPPEN (BEI »LAIE«N, IN WISSENSCHAFT, POLITIK, RECHT UND VERWALTUNG), mit Themen wie: Determinanten und Entstehung von Gesundheitskonzepten, ideelle, normative und pragmatische Gehalte zentraler Konzepte, Operationalisierung, etc.
2. PATHOGENESE-FORSCHUNG, insbesondere mit epidemiologischer Forschung zu physischen und sozialen Determinanten der Entstehung von Krankheiten,
3. SALUTOGENESE-FORSCHUNG, mit Themen wie alltagsweltlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen, salutogenen Ressourcen und Bewältigungsprozessen,
4. VERHALTENSÄNDERUNGSFORSCHUNG, bei der vor allem Modelle und Stadien der Verhaltensänderung und ihre Kontexte in den Blick genommen werden,
5. HANDLUNGSORIENTIERTE POLICY-ANALYSE KOMPLEXER PROGRAMME, wobei es verschiedene Zugänge gibt, z. B. über die verschiedenen Akteure einzelner Politikfelder, über Instrumente und Steuerungsmechanismen, über Infra- und Kooperationsstrukturen für Gesundheitsförderung und insbesondere auch über verschiedene Dialogmethoden und -strukturen für Bürgerbeteiligung und Partizipation der Betroffenen bzw. Laien.

Während der erste Forschungsbereich auf ein grundlegendes Verständnis von Basis- und Leitkonzepten der Gesundheit und Gesundheitsförderung abzielt, könnten die Bereiche 2 und 3

Gabriele Hausdorf

BMBF fördert Präventionsforschung

Der Volksmund weiß es genau: ›Vorbeugen ist besser als Heilen‹. Die Wissenschaft formuliert es so: Auftreten und Verlauf chronischer Krankheiten sind in hohem Maße abhängig vom persönlichen Verhalten sowie von Fehlanreizen und gesundheitlichen Belastungen aus der sozialen und physischen Umwelt. Folglich kann Verhalten oft nur im Rahmen der Lebensweisen – die wiederum stark mit den Lebensverhältnissen verbunden sind – verändert werden.

Doch liegen bis jetzt nur wenige wissenschaftliche Nachweise darüber vor, welche Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung besonders wirksam sind. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unterstützt daher seit 2005 im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms Erfolg versprechende Ansätze zur Präventionsforschung mit einem eigenen Förderschwerpunkt. Die Vorhaben sollen klären, warum und in welchem Maße Vorsorge helfen kann, Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Hierfür sind zielgruppenspezifische Maßnahmen entscheidend. Sie betreffen sowohl soziale Ungleichheiten als auch geschlechtsspezifische Unterschiede.

Förderschwerpunkt

Ziel der inzwischen drei BMBF-Förderbekanntmachungen ist es, die Forschung zur primären Prävention und Gesundheitsförderung zu intensivieren und so die Datenlage zu verbessern. Damit werden Effektivität und Effizienz von Maßnahmen präziser beurteilbar. Die Förderung gliedert sich bislang in zwei jeweils dreijährige Förderrunden, für die insgesamt rund 11 Mio. Euro eingesetzt werden sowie die dritte Phase, deren Auswahlverfahren noch nicht abgeschlossen ist.

Eine besondere Herausforderung in diesem Förderschwerpunkt ist die Einbindung der Praxispartnerinnen und -partner und Trägerorganisationen. Sie sollen die Präventionsmaßnahmen finanzieren und in die Breite tragen. Denn zur Durchführung der Maßnahmen ist eine enge Kooperation zwischen der Wissenschaft und den Anbietern von Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung erforderlich. Durch diese Kooperationen bietet sich eine große Chance, die Ergebnisse der Projekte nachhaltig zu implementieren.

1. Förderrunde

In der ersten Förderrunde (2005–2008) werden 15 Projekte mit rund 5 Mio. Euro gefördert. Sie evaluieren und/oder entwickeln wirksame, praxisnahe und gut nutzbare Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche oder Erwachsene des mittleren Lebensalters. Das BMBF wählte unter Einbeziehung eines hochrangigen international besetzten Gutachterkreises aus 139 eingereichten Vorschlägen die besten Projekte aus.

In den Vorhaben werden neue Konzepte und Programme zur Prävention von Krankheiten entwickelt. Darüber hinaus werden Qualität und Wirkungsweise von bestehenden Präventionsmaßnahmen untersucht. Damit sollen eine umfassende gesundheitliche Bildung und der frühest mögliche Zugang zur Prävention für alle Zielgruppen erreicht werden. Ziel ist das effiziente Zusammenwirken von Prävention, Diagnose und Therapie.

als Ursachenforschung bzw. als anwendungsorientierte Grundlagenforschung zu den Theorien der Entstehung von Krankheit und Gesundheit bezeichnet werden. Grundlage für die Bereiche 4 und 5 sind Veränderungstheorien. Stärker als in den ersten drei Bereichen handelt es sich hierbei um handlungsorientierte Forschung.

Als Leitziele der Forschungsförderung für die verschiedenen Förderstrukturen (Länder- und Bundesministerien, Sozialversicherungssystem, Deutsche Forschungsgemeinschaft und EU) sollten m. E. (mit unterschiedlicher Akzentuierung und Fokussierung) gelten:

- Erschließung und Mobilisierung des vorhandenen Forschungs-know hows innerhalb der Gesundheitsforschung, aber auch außerhalb in Disziplinen wie Politik- und Verwaltungswissenschaften, Ökonomie und anderen Gesellschaftswissenschaften,
- Weiterentwicklung und Verbreiterung des vorhandenen Methodenarsenals insbesondere in Richtung Politikwissenschaften, stärkere Verknüpfung mit Sozial-, Umwelt- und Gesundheitswissenschaften unter inhaltlichen und methodischen Gesichtspunkten,
- interdisziplinäre Problembearbeitung bei möglichst effektiver disziplinärer Arbeitsteilung, Lebensnähe und intensivem Akteursbezug bei der Planung, Durchführung und dem Transfer von Forschung in Praxis und Politik,
- Aufbau neuer, ›nachhaltiger‹ wissenschaftlicher Bearbeitungs- und Beratungskapazitäten, insbesondere für die systematische Erschließung des notwendigen Wissenspools für evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung.

Der zuletzt genannte Punkt führt trotz aller Verdienste der jüngsten Forschungsförderungsprojekte und -ausschreibungen leider in Deutschland ein Schattendasein. Die Forschungsförderung sollte insbesondere auf diesen Bereich fokussieren, um eine dauerhafte qualitätsgesicherte Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung zu ermöglichen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. DR. ALF TROJAN, *Universität Hamburg UKE, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizin-Soziologie, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel.: (0 40) 42 803-33 82, Fax: (0 40) 42 803-49 34, E-Mail: trojan@uke.uni-hamburg.de*

In den Vorhaben geht es thematisch hauptsächlich um Stress, Sucht (Tabak) und neue Zugangswege für schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen, insbesondere sozial Benachteiligte. Außerdem spielen Ernährung und Bewegung eine große Rolle. In den Vorhaben werden zum Beispiel Maßnahmen zur ernährungs- und bewegungsbezogenen Prävention im Kindes- und Jugendalter evaluiert oder die Eignung von Kindergärten als Zugangsweg für Präventionsmaßnahmen gegen Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern und ihren Eltern überprüft.

Auf einem projektinternen Workshop wurden Anfang dieses Jahres bereits erste Ergebnisse präsentiert. Beispielsweise testete eine Forschergruppe um Professor Franz (Universität Düsseldorf) ein Müttertraining für besonders belastete Alleinerziehende, das wohnortnah durch geschulte Erzieherinnen und Erzieher durchgeführt wird (Präventionsgruppe für alleinerziehende Mütter geleitet von ErzieherInnen, »PALME«). Durch dieses Programm soll die seelische Belastung der Mütter gemindert und das häusliche Umfeld stabilisiert werden. Die Teilnehmerinnen, die die Intervention bereits absolviert haben, sind nach der Intervention weniger depressiv und die Beziehung zu ihren Kindern ist deutlich verbessert.

2. Förderrunde

In der zweiten Förderrunde (2006–2009) werden 17 Projekte mit rund 6 Mio. Euro gefördert. Das BMBF wählte sie mit Hilfe des Gutachterkreises aus 101 eingereichten Anträgen aus. Bei den Projekten stehen insbesondere Forschungsvorhaben zur Wirksamkeit und Qualitätssicherung von Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (3–25 Jahre) im Fokus. Denn gesundheitsfördernde verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen können besonders effektiv bei jungen Menschen ansetzen. Dabei wird angestrebt, sozial bedingte Ungleichheiten bei den Gesundheitschancen zu mindern. Um die Kinder und Jugendlichen in ihrem Umfeld zu erreichen, sind viele Projekte in den unmittelbaren Lebenswelten – Kindergarten, Schule, Wohnumfeld – angesiedelt.

Viele der vom BMBF geförderten Ideen konzentrieren sich auf Ernährung, Bewegung und Adipositas. 7 der 17 Projekte befassen sich mit diesen Themen, ihre Fördersumme beträgt rund 2 Mio. Euro. Außerdem spielen psychische Gesundheit, Sucht (Tabak) und allgemeine Gesundheitsförderung als Themenbereiche eine große Rolle.

3. Förderrunde

Die am 30.06.2006 veröffentlichte dritte Bekanntmachung ist den älteren Menschen ab 50 Jahren gewidmet. Auch hier werden insbesondere Forschungsvorhaben zur Wirksamkeit und Qualitätssicherung von Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung finanziert. Die eingegangenen 72 Anträge werden im Frühjahr 2007 begutachtet. Der Start der ausgewählten Vorhaben ist für Herbst 2007 geplant.

Das Ziel: Wirksame Maßnahmen für ein langes, gesundes Leben

Ob durch Prävention das Auftreten von Krankheiten wirklich verhindert oder zumindest herausgezögert werden kann, ist für viele Maßnahmen bis heute nicht schlüssig beantwortet. Genau diese Antworten sind aber notwendig, wenn Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule des Gesundheitssystems – neben Heilung, Pflege und Rehabilitation – ausgebaut werden sollen. Einige Antworten wird der beschriebene Förderschwerpunkt des BMBF liefern.

Informationen über die vom BMBF geförderten Projekte in der Präventionsforschung finden Sie unter:
<http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/842.php>

DR. GABRIELE HAUSDORF, *Leiterin Referat 614 – Gesundheitsforschung, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Heinrich-Konen-Str. 1, 53227 Bonn,*
E-Mail: gabriele.hausdorf@bmbf.bund.de

Thomas Altgeld

Jenseits des Elfenbeinturms? Gesundheitsförderung braucht mehr und andere Forschung

Auch wenn mit den drei Präventionsausschreibungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung in Deutschland wichtige neue Anstöße für relevante Forschungsaktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gegeben wurden, lassen sich weiterhin zwei große Herausforderungen an diesen vergleichsweise kleinen Forschungssektor benennen, auf die es in Deutschland noch keine Antworten gibt:

- Es fehlt eine zusammenführende Theorie der Gesundheitsförderung und eine Weiterentwicklung der Salutogenese-forschung.
- Die heterogene Gesundheitsförderungspraxis in verschiedenen Settings ist bislang unzureichend im Bezug auf wirksame Strategien und Outcome untersucht worden.

Theoretische Defizite

Forschung im Bereich der Gesundheitsförderung unterliegt prinzipiell denselben Unschärfen wie ihr Gegenstand selber. Nach wie vor fehlt eine klare, handhabbare Definition von Gesundheit.

Die Definition der Weltgesundheitsorganisation von 1946, die Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen beschreibt, ist aufgrund ihrer Kulturgebundenheit und statischen Grundvorstellung bereits mehrfach kritisiert worden, aber immer noch die konsensfähigste aller bisherigen Definitionsversuche. Die Salutogenesetheorie von Aron Antonosky, die die Grund-

frage, was erhält den Menschen gesund, neu zu beantworten sucht, stellt bislang den einzigen qualitativ herausragenden Sprung in 60 Jahren Gesundheitsforschung dar, ist aber über Antonosky nie wirklich hinauskommen und weiter entwickelt worden.

Alle weit gefassten Gesundheitsdefinitionen nehmen der Gesundheits(förderungs)forschung ihre Verortung in irgend-einer Wissenschaftsdisziplin. Schon die Zuordnung zu Geistes- oder Naturwissenschaften lässt sich so nicht mehr vornehmen. Public-Health-Forschung hat sich in Deutschland bis auf wenige Ausnahmen zu sehr an den Medizinsektor und damit der enger gefassten Präventionsforschung angekoppelt.

Nutbeam und Harris haben 2001 darauf hingewiesen, dass nicht nur eine Theorie die Praxis der Gesundheitsförderung bestimmt und dies auch nicht könnte, angesichts der Bandbreite der Gesundheitsprobleme und ihrer Determinanten, der Verschiedenartigkeit der Populationen und Settings und der den Gesundheitsförderern zur Verfügung stehenden unterschiedlichen Ressourcen und Fähigkeiten. Je nach Interventionsebene (Individuum, Gruppe oder Organisation) und gewünschten Veränderungszielen (einfaches, einmaliges, komplexes Verhalten, Organisations- oder Politikveränderungen werden unterschiedliche Theorien relevanter sein und besser passen.)

Eine solche Zusammenführung unterschiedlicher Theorieebenen zu einer theoretischen Fundierung der Gesundheitsförderung bleibt die größte Herausforderung der Gesundheitsförderungsforschung.

Heterogene Gesundheitsförderungspraxis ohne wissenschaftliche Begleitung

Die zweite große Herausforderung besteht in der Evaluation und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderungspraxis. Die erfolgreiche Rezeptionsgeschichte der Ottawa-Charta ist nicht ihrem theoretischen, sondern vor allem ihrem politisch-visionären Gehalt zu verdanken und hat gerade deshalb eine vielfältige Praxis der Gesundheitsförderung vor Ort angeregt. Diese Praxis findet vor allem außerhalb des Gesundheitssektors selbst statt, insbesondere in der sozialen Arbeit, im Bildungs- und Umweltsektor sowie in der Arbeitswelt und Stadtentwicklung.

Der bislang wichtigste Umsetzungsbereich der Ottawa-Charta, der Settingansatz, ist auch in Deutschland kaum nennenswert beforscht worden. Alle in Deutschland umgesetzten gesundheitsfördernden Settingansätze (Kindertagesstätte, Schule, Hochschule, Stadt, Krankenhaus und Betrieb) könnten mehr Forschungsanstrengungen und wissenschaftliche Wirkungsnachweise vertragen. Eine setting übergreifende Forschung, die einen wesentlichen Beitrag zur Theorieentwicklung leisten könnte, findet überhaupt nicht statt. Eine Forschung über den mittelbaren gesundheitlichen Nutzen anderer Interventionsformen, z. B. der Quartiersentwicklung oder Gestaltung von Bildungsangeboten, befindet sich ebenfalls noch in den wissenschaftlichen Kinderschuhen.

Die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis wird auch in anderen Forschungs- und Praxisbereichen erschwert, vor allem durch:

- unterschiedliche Zuständigkeiten, gesetzliche Regelungs- und Fördergrundlagen,
- unterschiedliche Sprachen und Jargons,
- Nicht-Rezeption von Veröffentlichungen aus dem jeweiligen anderen Sektor,
- abgeschlossene Begegnungsroutinen (Gremien, Arbeitskreise, Fortbildungen, Fachgesellschaften etc.),
- Entwertung von Alltagserfahrungen der jeweils anderen Praxis.

Der biblische Begriff des Elfenbeinturms, der einen geistigen Ort der Abgeschlossenheit und Unberührtheit von der Welt bezeichnet, muss hier unweigerlich fallen. Der Elfenbeinturm der Gesundheitsforschung baut sich in Deutschland auf zwei Pfeilern auf. Erstens richtet sich der Mainstream der universitären Gesundheitsforschung auf die Medizin und Versorgungsforschung aus. Der eher marginalisierte Gesundheitsförderungsbereich liegt aufgrund seiner geringen wirtschaftlichen Bedeutung und seiner komplexen Eingebundenheit in andere gesellschaftliche Subsysteme außerhalb dieser Forschungsinteressen. Zweitens haben die Fachhochschulen in Deutschland, die mittlerweile den Ausbildungsmarkt für neue (in Einzelfällen auch fragwürdige) Gesundheitsberufe dominieren, zu wenig Tradition und Kapazitäten in der Gesundheitsforschung. Die Anwendungsorientierung führt zu einer Fokussierung auf die Ausbildung selbst. Forschung bleibt in diesen Hochschulzusammenhängen eher ein Zusatzgeschäft als ein Kernstück der Arbeit.

Die Gesundheitsförderungspraxis fordert aber auch zu wenig praxisrelevante Forschung ein. Wesentliche Stellschrauben für ein Verlassen des Elfenbeinturms sind deshalb Ausschreibungskriterien für Forschungsprojekte sowie die Hochschulrahmenpläne der Länder. Eine Verknüpfung von Forschungsgeldern an die Zusammenarbeit mit der Praxis im Feld ist ein sinnvoller Weg wie die Präventionsausschreibungen des BMBF ebenfalls gezeigt haben.

Anschrift siehe Impressum, Literatur beim Verfasser

Gut gemeint ist nicht gut genug!

Angemessenheit von Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderungsforschung

In den vergangenen Jahren sind Fragen der Evaluation und Qualität auch in der Gesundheitsförderung (endlich) breiter diskutiert worden. Wichtig ist nicht mehr, in guter Absicht irgendetwas zu tun, sondern dieses auch gut zu tun und nachzuweisen, dass die Intervention einen Effekt hat. Die Diskussion ist leider davon geprägt, dass die Begriffe häufig synonym verwendet werden, dadurch werden die zentralen Prinzipien verwischt. Der von Donabedian in die klinische und Versorgungsforschung eingebrachte Dreiklang von der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität eignet sich als Denkmodell auch für die Gesundheitsförderung und Prävention und soll im Folgenden kurz erläutert werden.

Definition von Qualitätskriterien

Strukturqualität bezieht sich auf die Voraussetzungen zur Durchführung einer Intervention, z.B. auf die räumlichen Gegebenheiten oder die Qualifikation der Anbieterinnen und Anbieter. Die Krankenkassen haben sich auf Minimalstandards für die Maßnahmen nach § 20 SGB V verständigt und erfassen diese systematisch.

Prozessqualität bezieht sich auf die Frage, ob die Intervention auch wie geplant umgesetzt wurde. Verlaufsprotokolle, Befragungen derjenigen, die die Maßnahme durchführen und Teilnehmerbefragungen geben hierüber Auskunft. Die Definition von Qualitätskriterien hilft, die Prozessqualität zu steigern. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz hat hierzu ein Internetangebot entwickelt, das jedem und jeder nur wärmstens ans Herz gelegt werden kann (www.quintessenz.ch). Es sensibilisiert für Fragen der Qualität in unterschiedlichen Projektphasen und hält eine Fülle von Instrumenten bereit, die auch in kleineren Projekten eingesetzt werden können (z. B. Checklisten und Planungstabellen).

Die Ergebnisqualität bezieht sich schließlich auf die Frage, ob mit der Intervention auch die Ziele erreicht wurden, die zuvor definiert wurden: Habe ich meine Zielgruppe überhaupt erreicht? Habe ich einen Effekt erzielt? Steht dieser Effekt in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten? Ist mein Effekt nachhaltig? Dies sind typische Fragen der Ergebnisqualität.

Zu ergänzen sind diese drei Dimensionen durch die Assessmentqualität. Diese beantwortet die Frage, ob die Zielgruppe überhaupt die Intervention benötigt und welche Rahmenbedingungen für die Implementation von Relevanz sind.

Die Begriffe Evaluation und Qualität sind keine Synonyme, sie haben aber bei der Ergebnisqualität gemeinsame Berührungspunkte, denn die Effekte einer Intervention werden u. a. mit Evaluationsstudien überprüft. Die Methodik der randomisierten, kontrollierten Studie ist aus der medizinischen Forschung in die Präventionsforschung übertragen worden. Das Grunddesign soll an einem Beispiel kurz erläutert werden: Angenommen, in einer Altenpflegeeinrichtung soll eine Maßnahme zur Sturzprophylaxe eingeführt werden. Gedacht ist an ein Gleichgewichtstraining für die nicht bettlägerigen Bewohner und Bewohnerinnen. Eine Evaluationsstudie würde zunächst die Erfolgskriterien festlegen, z. B. die

Zahl der Stürze. Die Bewohner und Bewohnerinnen würden per Zufall (randomisiert) in eine Experimental- und Kontrollgruppe eingeteilt, nur die Experimentalgruppe erhält das Gleichgewichtstraining. In beiden Gruppen wird vor Einführung des Trainings für einen definierten Zeitraum die Zahl der Stürze erfasst, nach der Durchführung erfolgt diese Erhebung erneut (Vorher-Nachher-Messung). Es sollte zu erwarten sein, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Training seltener stürzen als die Personen der Kontrollgruppe.

Fragestellungen für die Zukunft

Das Bundesforschungsministerium finanziert derzeit knapp 30 Projekte im Rahmen der Präventionsforschung, die zum großen Teil auf dieser Methodik beruhen. Dieses einfache Beispiel zeigt aber, dass sich die randomisierte, kontrollierte Studie nicht als Goldstandard für Gesundheitsförderungsprojekte eignet. Sie ist nur bei eng umgrenzten Fragestellungen und unter spezifischen Rahmenbedingungen einsetzbar. Da Gesundheitsförderung komplexe Prozesse in Gang setzt, häufig indirekt wirkt (über die Stärkung von Ressourcen statt Abbau von Risiken) und vor allem bei der Arbeit in Settings Strukturen verändern will, müssen andere Erfolgskriterien definiert und Evaluationsformen entwickelt werden. Wie erfasse ich Empowerment? Wie Partizipation? Woran erkenne ich, ob sich Strukturen gesundheitsförderlich entwickelt haben? Welches sind überhaupt meine Erfolgskriterien? Diese Fragen zu beantworten, ist eine der größten Herausforderungen der Gesundheitsförderungszukunft. Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Gesundheit Berlin angestoßene Diskussion um »Good Practice« ist ein erster Schritt, um andere Erfolgskriterien zu definieren. Diesem müssen aber weitere folgen und eine Kooperation mit anderen Disziplinen liegt hier nahe, um deren Methodenspektrum einzubinden. Auch Gesundheitsförderungsprojekte müssen zukünftig nachweisen können, dass sie etwas bewirken. Denn nur die gute Absicht zählt nicht mehr.

PROF. DR. PETRA KOLIP, *Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Grazer Str. 2, 28359 Bremen, E-Mail: kolip@uni-bremen.de*

Eberhard Göpel

Gesundheitsforschung in Europa

Die Sprachgrenzen und unterschiedliche nationale Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens in der Europäischen Union behindern weiterhin in hohem Maße die wechselseitige Kenntnisnahme von Forschungsaktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und der öffentlichen Gesundheit. Entsprechend schwierig war es bisher, transnationale Kooperationen im Bereich der Forschung und einen fachlichen Informations- und Erfahrungsaustausch zu organisieren.

Wichtige Impulse wurden bereits in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts vom Regionalbüro Europa der WHO

durch internationale Netzwerk-Bildungen für settingorientierte Ansätze der Gesundheitsförderung vermittelt. Vorreiter waren dabei zunächst das European Healthy Cities Network, das von Beginn an mit begleitenden Forschungsaktivitäten verbunden war, und später die europäischen Netzwerkbildungen im Bereich Health Promoting Hospitals, Workplace Health Promotion and Health Promoting Schools.

Nach den europäischen Verträgen von Maastricht und Amsterdam konnte dann in den 90er Jahren auch die EU-Kommission mit ihrer Generaldirektion Öffentliche Gesundheit und Verbraucherschutz in Luxemburg im Rahmen eines eigenen Aktionsprogrammes zur Förderung öffentlicher Gesundheit in Europa transnationale Entwicklungsprojekte und anwendungsorientierte Forschungsprogramme unterstützen. Diese Programm-Ausschreibungen setzten die Bildung transnationaler Projektgruppen mit Partnerschaften aus jeweils mindestens drei verschiedenen Ländern voraus. Diese Programm-Anforderung hat sich als ein wesentlicher Entwicklungsimpuls für europäische Vereinigungen und Organisationsbildungen von Praktikern und Forschergruppen erwiesen.

Projektentwicklungen

Die Association of Schools of Public Health (ASHPER), die European Public Health Association (EUHPA), die European Health Management Association (EHMA), Eurohealthnet, die Internationale Union für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung (IUHPE) und zahlreiche andere transnationale Organisationen sind in den letzten zehn Jahren wesentlich durch ihre Funktion als Partnerschaftsbörsen für transnationale Projektplanungen belebt worden. Im Jahr 2007 ist die letzte Ausschreibung im Rahmen des mittelfristigen Programmes 2003–2008 erfolgt. Alle Ausschreibungsunterlagen sind auf der Seite der Generaldirektion veröffentlicht. Das gegenwärtige Programm enthält drei prioritäre Förderbereiche: Gesundheitsinformationen, schnelle Reaktionen bei transnationalen Gesundheitsgefahren sowie Prävention und Gesundheitsförderung bei physischen und psychischen Gesundheitsfaktoren. In der diesjährigen Ausschreibung werden insbesondere Projektentwicklungen im Bereich der Gesundheitsberichterstattung, elektronische Gesundheitsdienste, Patientensicherheit, Umweltgefährdungen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Bereich Ernährung und Bewegung sowie psychische Gesundheit hervorgehoben.

Die Fördersumme beträgt allerdings nur jeweils bis zu 60%, sodass in der Regel weitere Finanzierungsquellen erschlossen werden müssen. Die Förderdauer ist max. drei Jahre. Das Fördervolumen beträgt für die gegenwärtige Ausschreibung 40 Mio. Euro. Für die schnellere und kompetentere Projektbetreuung wurde in Luxemburg im Jahr 2006 eine eigene Exekutivagentur für das Gesundheitsprogramm der EU eingerichtet. Dies kann als Zeichen gelten, dass die EU-Kommission ihr Gesundheitsprogramm in den nächsten Jahren deutlich erweitern wird.

Noch in 2007 wird das neue Aktions-Programm 2008–2013 veröffentlicht werden, in dem psychische Gesundheit und die Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in ande-

ren Politik-Bereichen eine größere Bedeutung erlangen. Auch der Bereich des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und der Patientensicherheit wird ausgebaut. Der Entwicklung dieses Programmes ging eine umfangreiche Konsultation in den Mitgliedstaaten und bei internationalen Organisationen voraus.

Ausbau von Förderprogrammen

Für Hochschul-Kooperationen ist auch das SOKRATES/ERASMUS-Programm der EU Generaldirektion Bildung und Kultur in Brüssel von Bedeutung. Gefördert werden dort u. a. transnationale Hochschul-Kooperationen, die neue Ausbildungsmöglichkeiten und den Austausch von Lehrenden und Studierenden unterstützen. Beispiele für entsprechende Entwicklungen bilden der European Master in Health Promotion oder die Kooperation zwischen europäischen und kanadischen Hochschulen im Bereich der Gesundheitsförderung. Die Förderung im Hochschulbereich soll künftig auch stärker mit der Forschungsförderung verbunden werden, die gegenwärtig im 7. Forschungsrahmen-Programm 2007–2013 zusammengefasst wird.

Dieses Förderprogramm ist für die nächsten Jahre eine der herausragenden öffentlichen Fördermöglichkeiten speziell auch für den Gesundheitsbereich, der als erste Förderpriorität genannt wird. Dort geht es zwar in erster Linie um die Interessen der Biotechnologie, aber es ist ein erklärtes Ziel der EU-Kommission, auch den Bereich der Öffentlichen Gesundheit im Forschungsbereich zu stärken.

Mit einer Fördersumme von insgesamt mehr als 50 Milliarden Euro für die nächsten sieben Jahre ist dieses Programm das weltweit größte Forschungsförderungsprogramm. In Deutschland sind verschiedene Informationsstellen eingerichtet worden, um die Beteiligung deutscher Forscherinnen und Forscher an europäischen Forschungsaktivitäten zu fördern. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft unterstützt die Koordinierungsstelle EG der Wissenschaftsorganisationen (KoWi), die auch vor Ort Hilfestellung bei Antragstellungen organisiert.

Das BMBF informiert auf einer eigenen Webseite über das 7. Rahmenprogramm der EU und hat ein eigenes EU-Beratungsbüro eingerichtet, das insbesondere auch die Beteiligung von Frauen an internationalen Forschungsnetzwerken unterstützen will.

Der europäische Kooperationsrahmen bildet eine zunehmend bedeutsamere Finanzierungsquelle für Forschung und Entwicklungsaktivitäten in der Gesundheitsförderung – zumindest solange es in Deutschland noch nicht gelingt, eine öffentliche Verantwortung von Bund und Ländern für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik im Sinne der Ottawa-Charta der WHO zu etablieren.

Die entsprechenden Internetadressen sind auf der Internetseite in diesem Heft zu finden.

PROF. DR. EBERHARD GÖPEL, *Professor für Gesundheitsförderung, Hochschule Magdeburg-Stendal, Breitscheidstr. 2, 39114 Magdeburg, Tel.: (03 91) 88 64 30 4, E-Mail: Eberhard.goepel@hs-magdeburg.de*

Praxis und Forschung in der Gesundheitsförderung: Eine Zweckehe mit Zukunft

Liebe auf den ersten Blick war es nicht: Wissenschaft und Praxis haben sowohl von ihrem Ursprung her als auch in ihrer heutigen Gestaltung wenig miteinander zu tun.

Beide Tätigkeitsfelder unterscheiden sich grundsätzlich nach Auftrag, Gütekriterien und Arbeitsweise. Die Leistung der Wissenschaft ist die Theorie, die Leistung der Praxis das Handeln. Dementsprechend wird die Praxis in erster Linie nach ihrem unmittelbaren Nutzen und die Wissenschaft nach ihrer Erklärungskraft beurteilt. Die Arbeitsweise der Wissenschaft ist durch Empirie und Argumentation, die der Praxis durch Planung und Implementierung gekennzeichnet.

Beide sind weder strukturell noch finanziell aufeinander angewiesen: Fördergelder kommen aus unterschiedlichen Quellen, die Ausbildungswege der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen überschneiden sich kaum und Wissenschaft und Praxis finden nur selten in der gleichen Einrichtung Platz.

Das explizite Ziel von Public Health ist die Verbesserung bzw. Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung. Die Komplexität dieser Zielsetzung erfordert sektorenübergreifende Konzepte und Handlungsstrategien, die erst zustande kommen können, wenn eine enge Kooperation – im Idealfall eine Integration – der Arbeit der beteiligten Akteure stattfindet. Dadurch kommen Berufsgruppen miteinander in Berührung, die sich bisher nur aus der Ferne beäugt haben, und nicht unbedingt mit großem Interesse. Unter solchen Umständen muss Public Health neue Formen der Partnerschaft erfinden, auch für die dauerhafte Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis. Da der Anstoß für eine Annäherung der zwei Bereiche eher von außen als von innen kommt und angesichts der Skepsis beider Partner gleicht diese Zweierbeziehung noch eher einer Zweckehe, die jederzeit auseinander zu gehen droht. In Deutschland sind die bisherigen Annäherungsversuche besonders dadurch erschwert worden, dass es hierzulande keine ausgeprägte Tradition der Praxisforschung gibt (nicht nur zum Thema Gesundheit sondern überhaupt). Das hängt sicherlich mit der strikten Trennung der praktischen von den wissenschaftlichen Berufen zusammen, die im vererbten Capulet-Montague-Konflikt des zweigleisigen Hochschulsystems (Fachhochschule vs. Universität) institutionalisiert ist.

Wenn Praxis und Wissenschaft unter dem Mantel der Gesundheitsförderung überhaupt zu einander finden, geschieht dies oft unter der Regie der Wissenschaft. In solchen Fällen entwickeln Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen eine theoretische Erklärung für den Bedarf einer Zielgruppe oder für die Entwicklung einer neuen Intervention und liefern auch die entsprechenden Daten und deren Interpretation. Diese Form der Kooperation wird nicht nur von der Wissenschaft gesteuert, sondern auch nach wissenschaftlichen Kriterien bewertet, z.B. im Hinblick auf die Aussagekraft der angewandten Methoden. Zudem ist die Abhängigkeit der Praxis von der Wissenschaft in Forschungsprojekten dieser Art dadurch geprägt, dass die Fördermittel über die wissenschaftliche Einrichtung fließen. Die Nutzbarkeit solcher Studien ist stark davon abhängig, inwieweit die Praxis-einrichtung am gesamten Prozess maßgeblich beteiligt war, um die Relevanz der entstehenden Erkenntnisse bzw. Interventionsmethoden für den Praxisalltag zu gewährleisten.

Diese Form der Zusammenarbeit kann sehr nützlich sein. So lassen sich nach stringenten wissenschaftlichen Maßstäben grundsätzliche Fragen der Wirksamkeit der Gesundheitsförderung klären, z.B. ob eine bestimmte Maßnahme überhaupt einen Effekt haben kann. Sie kann jedoch nicht als Vorbild für eine Praxisforschung in diesem Bereich dienen. Vor allem die Zwänge der experimentellen Vorgehensweise in der Evaluation von Interventionen erfordern Beschränkungen, sowohl in der Fragestellung als auch in der Durchführung und Überprüfung der Maßnahme, die dem Praxisalltag fremd sind. Für die meisten praxisrelevanten Fragen benötigt man keine experimentellen Verfahren, sondern zuverlässige, praxistaugliche Datenerhebungsmethoden, die einen kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozess unterstützen und sich auch in laufende Arbeitsprozesse integrieren lassen. Solche Methoden ermöglichen eine datengestützte Steuerung der Arbeit sowie eine Transparenz (sowohl nach innen als auch nach außen) mit Bezug auf die beabsichtigten Wirkungen.

Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderungsforschung

In zwei Forschungsprojekten, werden in diesem Sinne Methoden der Partizipativen Qualitätsentwicklung erarbeitet und erprobt. Das eine Projekt wird in Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe (gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit), das andere in Zusammenarbeit mit Gesundheit Berlin (gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung) durchgeführt. Beide Projekt haben drei Bestandteile gemeinsam:

1. Workshops zur Vermittlung international bewährter Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation, die auf der Partizipation der Projektmitarbeiter, Projektmitarbeiterinnen und der Zielgruppen basieren,
2. ein interaktives Internethandbuch, um nicht nur diese Methoden, sondern auch erfolgreiche Beispiele ihrer Anwendung in der Praxis zugänglich zu machen, und
3. Beratungen in einzelnen Einrichtungen vor Ort, um diese in spezifischen Fragen der Qualitätsentwicklung zu unterstützen.

Im Projekt mit der Deutschen AIDS-Hilfe ist ein so genanntes Qualitätskolloquium in Planung. Im Rahmen des Kolloquiums können einzelne AIDS-Hilfen ihre Präventionsarbeit vor einem Gremium vorstellen, um Rückmeldungen über die Stärken und Schwächen ihrer Praxis zu erhalten. Im Gremium werden ein Praktiker, ein Vertreter der Zielgruppe (Lebensweltexperte), ein Geldgeber sowie ein Wissenschaftler sitzen. Zusätzlich wird in diesem Projekt ein Netzwerk von Wissenschaftlern aufgebaut, die sich für den partizipativen Forschungsansatz in der Gesundheitsforschung interessieren, um den wissenschaftlich-politischen Diskurs zu dieser Art der Forschung voranzutreiben.

Chance eines partizipativen Forschungsansatzes

Erste Ergebnisse aus beiden Projekten zeigen eine unerwartet große Resonanz sowohl auf den partizipativen Forschungs-

ansatz insgesamt als auch auf die vorgestellten Methoden. Dabei ist eine zentrale Fragestellung, in welcher Form und mit welchem Ergebnis für die Weiterentwicklung der Interventionsstrategie die Methoden in der Praxis eingesetzt werden können. Besondere Beliebtheit genießen die Fokusgruppe sowie die Blitzbefragung als Möglichkeiten, den Bedarf unter Einbeziehung der Zielgruppe zu bestimmen. Beide Methoden erfordern relativ wenig Aufwand und können aufschlussreiche neue Informationen über die Lage und Bedarfe der Zielgruppe in deren Sprache und Deutungsmuster liefern.

Der partizipative Ansatz in der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis bietet eine viel versprechende Alternative, die durch eine Gleichstellung der beiden Partner im Forschungsprozess eine neue ›Beziehungsdynamik‹ ermöglicht. Zwar werden die unterschiedlichen Interessenslagen und Erfahrungshintergründe der Wissenschaft und der Praxis nicht nivelliert. Es entsteht jedoch Raum für einen Austausch, der zu innovativen Formen der Wissensproduktion und -anwendung führen kann.

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

Toni Faltermaier

Perspektiven einer geschlechtersensiblen Gesundheitsförderungsforschung

Die epidemiologisch dokumentierten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in vielen Indikatoren von Gesundheit, Krankheiten und Mortalität geben ein klares Bild: Das Geschlecht ist ein Faktor, der die gesundheitliche Lage von Bevölkerungsgruppen wesentlich bestimmt, ähnlich mächtig wie die soziale Schicht oder das Alter. Insofern ist es ratsam, Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung auch geschlechtsspezifisch auszurichten. Es stellt sich jedoch die Frage, ob wir das notwendige Wissen haben, um geschlechtsspezifische Ansätze in ihren spezifischen Zielen, Methoden und Wirkungen wissenschaftlich solide zu begründen.

Nach über 30 Jahren Frauengesundheitsforschung muss man die Erkenntnislage bei Frauen als sehr viel günstiger einschätzen als bei Männern. Zwei aktuelle Tendenzen stimmen jedoch für die Zukunft optimistisch: Die Gesundheit von Männern wird inzwischen wissenschaftlich und in der Praxis

zunehmend thematisiert, und im Rahmen der politischen Strategie des ›Gender Mainstreaming‹ wird auch in der Gesundheitsförderung die Frage einer geschlechtergerechten Praxis immer mehr berücksichtigt. Damit könnten sich neue Perspektiven einer Genderforschung im Gesundheitsbereich eröffnen, die über die Feststellung von Unterschieden und die getrennte Untersuchung von Männern oder Frauen hinaus geht und Geschlechterfragen als soziales Verhältnis begreift.

Forschung für eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsforschung kann zum einen dazu beitragen, die Bedingungen für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit bei Frauen und Männern besser zu verstehen und damit angemessene Ansatzpunkte für die Prävention und Gesundheitsförderung zu finden. Sie kann zum anderen die Wirkung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung evaluieren und damit Erkenntnisse über Erfolg versprechende Praxismodelle und ihre Umsetzung erbringen. Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit verweisen zwar auch auf biologische Unterschiede. Wie im englischen Begriff ›gender‹ zum Ausdruck kommt, ist das Geschlecht jedoch immer auch sozial konstruiert und damit veränderbar. Das Geschlecht verweist auf spezifische Lebenslagen und Sozialisationsbedingungen von Frauen und Männern, auf geschlechtsspezifisch konstruierte soziale Umwelten, psychische Dispositionen und Lebensweisen, die alle auch Gesundheit beeinflussen können.

Die heute verfügbaren ätiologischen und salutogenetischen Modelle geben deutliche empirische Hinweise, dass psychosoziale Bedingungen als gesundheitliche Belastungen, Risiken und Ressourcen, als Risiko- und Gesundheitsverhalten zur Gesundheit bzw. zur Entstehung von Krankheiten beitragen können. Wir haben gute Belege für Risikofaktoren, die bei Männern oder bei Frauen dominieren, deutlich weniger wissen wir über ihre jeweiligen Ressourcen. Die Dominanz einer epidemiologischen Analyse von Unterschieden zwischen Männern und Frauen hat jedoch den Blick verstellt für Differenzierungen innerhalb der sozialen Kategorie Männer und innerhalb der sozialen Kategorie Frauen.

Geschlechtsspezifische Analysen geraten immer wieder in die Gefahr, Frauen und Männern als homogene Gruppen zu begreifen und die gravierenden Unterschiede zwischen Männern und zwischen Frauen zu vernachlässigen. Zudem betreffen viele gesundheitliche Risiken und Ressourcen die sozialen Interaktionen und die Beziehungen zwischen Frauen und Männern. Wenn Jungen oder Mädchen zum Beispiel in der Jugend beginnen, zu rauchen oder zu trinken oder abzunehmen, dann stehen dahinter auch Motive, die mit der sozialen Rolle als Mann oder Frau zu tun haben und die auf die Wirkung beim anderen Geschlecht zielen. Wenn wir männliche Risiken verstehen wollen, etwa warum Männer beginnen, exzessiv zu trinken, Gewalt auszuüben oder ihren Körper auf Leistung trimmen, dann müssen wir auch ihre sozialen Beziehungen zu Frauen einbeziehen.

Eine geschlechtersensible Gesundheitsforschung müsste sich somit von der Feststellung von Geschlechtsunterschieden zur Erklärung ihrer Bedingungen weiter entwickeln, sie müs-

ste geschlechtsspezifische Sozialisationsprozesse einbeziehen und stärkere Differenzierungen innerhalb einer Geschlechterkategorie vornehmen. Aus dieser Forschung sollten sich dann spezifischere Konzepte für die Prävention und Gesundheitsförderung ergeben, die Veränderungen in der sozialen Lage, der Lebensweise und den Einstellungen für ausgewählte Zielgruppen von Frauen und Männern beschreiben.

Zielgruppen und Themen einer gendersensiblen Evaluationsforschung

Was die Praxisforschung betrifft, so haben wir deutlichen Nachholbedarf, spezifische Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung bei männlichen Zielgruppen durchzuführen und in ihren Wirkungen zu evaluieren. Zu den aufgrund ihres Risikos oder potenziell großer Präventionseffekte interessanten Zielgruppen gehören Männer am Arbeitsplatz (in verschiedenen Berufen und beruflichen Positionen), in besonderen Belastungssituationen (z. B. nach Arbeitsplatzverlust oder Trennung), in spezifischen Übergangsphasen (z. B. in Jugend, Lebensmitte und Alter) oder andere Risikogruppen von Männern (z. B. Armut, Obdachlosigkeit). In der Gesundheitsförderung bei Männern müssen dann vor allem Themen eine Rolle spielen wie ihre Erreichbarkeit und Motivierung für gesundheitliche Fragen, ihre hohe Risikobereitschaft, ihr Konsum von Suchtmitteln, ihre Orientierung an Stärke, Leistung und Unabhängigkeit, ihre sozialen Unterstützungen sowie der Umgang mit dem Körper und mit dem Alter. Geschlechtsspezifische Ansätze der Gesundheitsförderung bei Frauen sind deutlich häufiger, aber auch hier gibt es Zielgruppen, für die noch Bedarf an evaluierten Praxismodellen besteht: Frauen am Arbeitsplatz (in verschiedenen Berufen und beruflichen Positionen), in besonderen Belastungssituationen (z. B. Pflege von Angehörigen, Trennungen), in spezifischen Übergangsphasen (z. B. Jugend, Lebensmitte und Alter) oder sozial benachteiligte Frauen. Wenn sich Gesundheitsförderung stärker dem Verhältnis der Geschlechter widmen würde, dann wären wichtige Themen die Gestaltung von Partnerbeziehungen, die Gesundheitsarbeit in der Familie, die Reziprozität der Unterstützung von Frau und Mann im sozialen Netzwerk, Konkurrenz und Kooperation von Frauen und Männern im Beruf und das jeweilige Körperkonzept in ihrer Bezugnahme auf das andere Geschlecht.

PROF. DR. TONI FALTERMAIER, *Universität Flensburg, Institut für Psychologie, Abt. Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung, Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg, Tel.: (04 61) 8 05-23 56; -23 51 (Skr.), Fax: (04 61) 8 05-23 58, E-Mail: faltermaier@uni-flensburg.de*

Beate Blättner, Markus Heckenhahn

Forschungslücke: Gesundheitsförderung in der Pflege

In der ›Erklärung von München‹ forderten die Teilnehmenden der WHO-Ministerkonferenz Pflege- und Hebammenwesen in Europa 2000 alle einschlägigen Behörden in der europäischen Region eindringlich auf, ›die Rolle von Pflegenden und Hebammen in Public Health, Gesundheitsförderung und gemeindenaher Entwicklungsarbeit‹ auszuweiten. Die auch von der damaligen Gesundheitsministerin Andrea Fischer unterschriebene Erklärung zeigte in der deutschen Politik insofern Wirkung als mit der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes im Jahr 2004 nicht nur die Berufsbezeichnung in ›Gesundheits- und Krankenpfleger/in‹ geändert wurde. Der Gesetzgeber verpflichtete die beruflich Pflegenden auch zur ›Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen‹ (KrPflG § 3 Absatz 1). Gleiches gilt für das bundeseinheitliche Altenpflegegesetz (2003). Hier hat der Gesetzgeber die Länder und Ausbildungsstätten dazu angehalten, Konzepte der Gesundheitsförderung und der Prävention in die theoretische Ausbildung zu integrieren (Altenpflege-Ausbildungs-Prüfungsverordnung – AltPflAPrV 2003).

Empirische Basis für gesundheitsfördernde Praxis fehlt

Politisch bislang ungeklärt ist, ob diese Aufgaben in einer Veränderung oder in einer Erweiterung der bisherigen Handlungsfelder der Pflege zum Ausdruck kommen sollen. Unklar ist die begriffliche Trennung der Konzepte der Prävention und der Gesundheitsförderung in der Pflege und ungeklärt ist ebenfalls, welche qualifikatorischen Voraussetzungen dafür geschaffen werden müssten. Während z. B. in Großbritannien Master-Studiengänge ›Public Health Nursing‹ die akademisierte Pflege für solche Aufgaben weiterbilden, verbirgt sich der Ausbildungsinhalt ›Gesundheitsförderung in der Pflege‹ in Deutschland auf einen in Umfang und Inhalt nicht ausgewiesenen Anteil der theoretischen und praktischen Ausbildung an Kranken- und Altenpflegeschulen.

Seitens des Gesetzgebers wird zwar die Ausübung einer an wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgerichteten Pflege gefordert, aber die rund 1 Million beruflich Pflegenden in Deutschland können ihr gesundheitsförderndes Pflegehandeln bislang kaum auf empirisch abgesicherte Erkenntnisse stützen, die sich explizit auf Fragen einer gesundheitsfördernden Pflege beziehen. Vorliegende Arbeiten bewegen sich überwiegend auf konzeptioneller Ebene. Hier lassen sich zwei Argumentationsstränge nachzeichnen:

1. Gesundheitsförderung war immer schon ein integraler Bestandteil der pflegeberuflichen Tätigkeit. In dieser Argumentation bleiben gesundheitswissenschaftliche Theorieansätze weitgehend unberücksichtigt. Ihre Vertreterinnen und Vertreter verweisen auf die der pflegerischen Arbeit implizite Ressourcenorientierung.
2. Gesundheitsförderung ist ein neues Konzept, das derzeit noch keinen Einzug in die pflegeberufliche Tätigkeit gefunden hat. Arbeiten hierzu knüpfen kaum an bestehende Konzepte in der Pflege an, wie das der aktivierenden Pflege oder der Ressourcenorientierung innerhalb des Pflegeprozesses.

Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung

Das individuelle Gesundheitsverhalten, gesundheitlich belastende Lebensverhältnisse (z. B. Missstände in den Bereichen Umwelt, Verkehr, Wohnen) und sozialökonomische Parameter wie Einkommen, beruflicher Status und Bildung stehen in engem Zusammenhang. Dies hat zur Folge, dass mit Armut ein beträchtliches Gesundheitsrisiko verbunden ist.

Eine Konzentration auf soziale Benachteiligung und räumliche Problemlagen findet seit einigen Jahren im Programm ›Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt‹ und der Programmplattform für Kinder und Jugendliche ›E & C – Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten‹ statt. Hier steht die Verbesserung der Lebenswelt im Rahmen einer sozialen Stadt(teil-)entwicklung bzw. einer sozialraumbezogenen Kinder- und Jugendhilfe explizit im Vordergrund. Im Kern sind die Vorgehensweisen von Sozialer Stadt und gesundheitsförderlichem Setting eng verwandt (vernetzte Arbeitsstrukturen; Aktivierung und Beteiligung der Bewohnerschaft). Für die Settingentwicklung Stadtteil bzw. die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ist relevant, dass das Handlungsfeld Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt bislang nur unzureichend erkannt und bearbeitet wird.

Das Projekt

Das Projekt ›Mehr als gewohnt: Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung‹, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (2006–2009), orientiert sich systematisch an der Gesundheitsförderung im Stadtteil. Das Projekt zielt darauf, Strukturen, Abläufe und Projekte der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung weiterzuentwickeln und zu evaluieren. Ziel der Analyse ist es, einen praxistauglichen Implementationsansatz der Primärprävention für die Zielgruppen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auszuarbeiten, der vor allem in sozial benachteiligten Stadtteilen einsatzfähig ist und dort zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beiträgt. Mit diesem auf den Stadtteil und die Lebenswelt bezogenen Ansatz sollen gesundheitsfördernde Entwicklungen in Gang gesetzt und verstärkt werden. Der Setting-Ansatz für Stadtteile wird im Rahmen des Projektes mit den Verfahren der Stadtteilentwicklung, die sich bei der Umsetzung des Programms Soziale Stadt bewährt haben, verbunden. Kernbestandteil des Konzepts der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung sind die

- Erfassung der lokalen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen,
- Verankerung von Gesundheit in lokalen Handlungskonzepten, Strategien und Aktionsplänen,
- Erweiterung des klassischen Spektrums von Gesundheitsförderung um z. B. baulich-städtebauliche Aufwertung, Umwelt,
- Kooperation von Verwaltung, Gesundheitsakteuren, Vor-Ort-Aktiven und Bewohnerschaft,
- Ansprache der Menschen in ihrem täglichen Wohnumfeld und die
- kontinuierliche Qualitätssicherung und Evaluation.

Gesundheitsförderung in der Pflege ist nicht klar definiert

Empirische Arbeiten zur Gesundheitsförderung in der Pflege gehen oft nicht über Qualifizierungsarbeiten im ersten Studienzyklus hinaus. In einer solchen Abschlussarbeit analysierte z. B. Veltum 2006 aktuelle Lehrbücher der Pflege auf ihren Inhalt zum Thema Gesundheitsförderung und kam zu dem Ergebnis, dass auch nach der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes Pflegeschülerinnen und -schüler kaum Chancen auf Lehrbuchwissen über Gesundheitsförderung in der Pflege haben. Lehrbuchwissen zum Thema bezieht sich fast ausschließlich auf präventive Verhaltensregeln, die Pflegebedürftigen genannt werden sollten.

Substanzuelle Forschung zur Gesundheitsförderung in der Pflege wäre derzeit am ehesten von den vier vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Pflegeforschungsverbänden zu erwarten. Am Beispiel des Forschungsverbundes Nordrhein-Westfalen lässt sich zeigen, dass die Idee der Selbstbestimmung über die Determinanten der Gesundheit unter den Stichworten ›Patientenorientierung‹ und ›Patientenaktivierung‹ implizit Einzug in die Konzeption pflegewissenschaftlicher Forschungsarbeiten gefunden hat. Auch hier stellt sich die Frage der begrifflichen Schärfe und der konzeptionellen Einordnung: Lassen sich Forschungsarbeiten, die in der Begründung etwa von ›Ko-Produktionspotenzialen von Patienten‹ sprechen oder auf die ›Stärkung der Handlungsfähigkeit im Sinne von Empowerment zur Förderung von Selbstversorgungskompetenzen‹ zielen, dadurch der Forschung zur Gesundheitsförderung in der Pflege zuordnen?

Ein Vorschlag ist, nur dann von Forschung über Gesundheitsförderung in der Pflege zu sprechen, wenn das Modell der Salutogenese als theoretischer Rahmen genutzt wird, die internationalen Erfahrungen in der Entwicklung partizipativer Gesundheitsförderung aufgegriffen, Erkenntnisse über die Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten in der Pflege generiert, auf empirischer Basis Strategien entwickelt und Fragen nach Bedarf und Wirkung gesundheitsfördernder Interventionen in der Pflege gestellt werden.

PROF. DR. BEATE BLÄTTNER, MARKUS HECKENHAHN,
Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit,
Marquardstr. 35, 36039 Fulda. Tel.: (06 61) 96 40-6 27 o. -603,
E-Mail: Beate.Blaettner@hs-fulda.de, Markus.Heckenhahn@hs-fulda.de

Dieser Ansatz zur gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung soll in drei Stadtteilen – Westliche Innenstadt (Fürth), Silberhöhe (Halle/Saale) und Altona Lurup (Hamburg) – erprobt werden. Alle drei sind Programmgebiete des Bundesländer-Programms ›Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt‹, und unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Problemlagen, Handlungsbedarfe und Arbeitsstände. Im gewählten Setting stehen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene – häufig mit Migrationshintergrund –, die besonderen Risikobelastungen ausgesetzt sind, im Vordergrund.

Der partizipative Ansatz des Projektes zielt auf die Stärkung der Bewältigungskompetenzen der Zielgruppen und fördert personelle und sozialräumliche Ressourcen. Aufsuchende Arbeit und projektbezogene Beteiligungsformen, stellen den Einbezug der Zielgruppen vor Ort sicher. Dabei wird das Projektteam die Vorortakteure beratend begleiten und methodisch unterstützen. Hierdurch sollen bereits bestehende Strukturen, wie stadtteilbezogene Akteursnetzwerke, in Hinblick auf Gesundheitsförderung weiterentwickelt und ggf. modifiziert werden. Eine begleitende – primär prozess- und strukturorientierte – Evaluation wird im Rahmen des Forschungsprojektes entwickelt und durchgeführt. Die Ergebnisse des Projektes sollen Kommunen und Krankenkassen Hilfestellungen bei der Umsetzung und Qualifizierung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung geben.

Stand des Vorhabens und Ausblick

Das Projekt kann auf ein erstes Quartal Arbeit zurückblicken. Bereits in dieser frühen Projektphase haben sich Schwerpunktthemen herausgebildet:

- Entwicklung und Aufbau einer stadtteilorientierten Gesundheitsberichterstattung, einschließlich Festlegung von Indikatoren zur Bestimmung der sozialen und gesundheitlichen Lage,
- Erreichbarkeit und Motivation von bislang schwer zugänglichen Zielgruppen,
- Verstetigung der sozialen und gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung auch nach dem Auslaufen von Fördermitteln.

Diese und andere Themen, die für die Praxis der kommunalen Gesundheitsförderung als auch die Forschung relevant sind, sollen im Projektverlauf erörtert werden. Hierfür dienliche Eckpunkte des Projektverlaufs sind:

- Erstellung von Vorort-Analysen/stadtteilorientierten Gesundheitsberichten,
- Erstellung von Good-Practice-Analysen einschließlich Auswahlkriterien und Handlungsfeldern,
- Auftaktveranstaltungen im Frühjahr 2007, im Anschluss Zielvereinbarungen und Prioritätensetzung für die Intervention,
- Initiierung gesundheitsrelevanter Projekte,
- prozessbegleitende Evaluierung laufender Maßnahmen und
- Evaluation des Gesamtverfahrens.

Innovativer Forschungsbeitrag

Der innovative Beitrag des geplanten Forschungsprojektes ist es, den Setting-Ansatz auf Stadtteile zu übertragen und Vorschläge für die Wirksamkeitsmessung von vielschichtigen Prozessen in nur unscharf abgrenzbaren Strukturen wie Stadtteilen zu unterbreiten und explorativ zu überprüfen. Dafür werden zum einen die guten Erfahrungen mit dem Setting-Ansatz aus der betrieblichen Gesundheitsförderung auf den neuen – im Vergleich zum Betrieb diffuseren – Einsatzbereich übertragen. Zum anderen bietet die sozial orientierte Stadtteilentwicklung Strukturen (Programmgebiete Soziale Stadt, Quartiermanagement, Stadtteilforen/-konferenzen, ressortübergreifende Arbeitsgruppen in der Verwaltung) und Instrumente (Integrierte Handlungskonzepte, Verfügungsfonds), die stärker als bislang für die Gesundheitsförderung nutzbar gemacht werden können.

GESINE BÄR, DR. BETTINA REIMANN, *Deutsches Institut für Urbanistik, Ernst-Reuter-Haus, Straße des 17. Juni 112, 10623 Berlin, Tel.: (0 30) 3 90 01-0, E-Mail: difu@difu.de*

Simone Tuschinske, Alexander Krämer

Einflüsse auf Forschung am Beispiel Rauchen

Nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) rauchten im Jahre 2000 über 1,1 Milliarden Menschen auf der Welt. Davon leben 300 Millionen in den Industrieländern und über 800 Millionen Menschen in den Entwicklungsländern. Nach einer repräsentativen Studie 2003 rauchten in Deutschland knapp 33% der 18-jährigen und älteren Bundesbevölkerung, davon 37% Männer und 31% Frauen. Weltweit sterben schätzungsweise fünf Millionen Menschen pro Jahr an den Folgen von tabakassoziierten Erkrankungen. Für Deutschland sind dies 110.000 bis 140.000 Todesfälle pro Jahr, täglich rund 300 Tote. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt die jährlichen Todesfälle durch Rauchen im Jahr 2025 auf etwa 10 Millionen.

Die Schädlichkeit des Rauchens ist spätestens seit der Veröffentlichung des amerikanischen Terryreports von 1964 offiziell bekannt. Surgeon General Luther Terry stellte in dem Bericht ›Report on Smoking and Health‹ den Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs her. Die Veröffentlichung löste weltweit intensive Forschungsaktivitäten im Hinblick auf die Gefahren des Tabakkonsums aus. Die Weltgesundheitsorganisation beschäftigte sich erstmalig 1970 mit den gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens und formulierte einige Jahre später die weltweite Bekämpfung der Tabakepidemie als eines ihrer Hauptziele. Seitdem nimmt sie eine international federführende Position ein. Im Mittelpunkt der Bekämpfung stehen Erziehung und Bildung, Förderung des Nichtrauchens, Schutz vor Passivrauchen sowie Besteuerung und Werbeverbote.

Die Macht der Tabakindustrie

In den 1950er Jahren stieg die Anzahl der Studien zu den Gesundheitsgefahren und dem potenziellen Suchtpotenzial von Tabakprodukten stetig an. Die Zigarettenhersteller verfolgten diese Entwicklung kritisch und je mehr Studien veröffentlicht wurden, desto heftiger reagierten sie. Infolgedessen schlossen sich die fünf größten Zigarettenhersteller der Vereinigten Staaten mit Werbeagenturen zusammen und entwickelten langfristige Werbekampagnen, die sich insbesondere gegen Wissenschaft und Medizin richteten. Für die Eroberung des Marktes setzte die Tabakindustrie aggressive Darstellungen in ihren Werbekampagnen ein und investierte verstärkt in immer jüngere Zielgruppen.

Der Kampf gegen die Tabakindustrie erschien den Tabakgegnern bis in die 1990er Jahre aussichtslos. Ende der 1990er Jahre wendete sich das Blatt. Die ersten amerikanischen US-Tabakhersteller wurden unter anderem auf Herausgabe von Dokumenten und internen Geschäftspapieren verklagt. Die ehemals streng vertraulichen Dokumente der Tabakgiganten bewiesen, dass die Gefährlichkeit des Rauchens bewusst verschwiegen und ihre Konsumenten mit Falschaussagen belogen wurden. Es wurden die Harmlosigkeit und die Vorteile des Rauchens propagiert. Die Unterlagen beweisen, dass die Tabakindustrie seit Jahrzehnten über umfangreiche und differenzierte Kenntnisse in Bezug auf die pharmakologischen Wirkungen von Nikotin, bestimmte Anbaumethoden, Zusatzstoffe und die Entwicklung von Filtersystemen verfügte.

Die Verknüpfung von wirtschaftlichen und politischen Interessen

Die Strategie der Tabakindustrie beinhaltete die Durchsetzung ihrer Interessen auch auf politischer Ebene. Für ihre Forschung gewann sie renommierte Gesundheitswissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus Deutschland aus dem sich gerade erst etablierenden Public-Health-Bereich. Die Tabakindustrie konzipierte Forschungsprojekte oder förderte Forschungsprogramme mit dem Ziel, wissenschaftliche Erkenntnisse seriöser Forschungseinrichtungen anzugreifen und zu bagatellisieren. Statt der gesundheitsschädigenden Einflüsse wurden Aspekte der Freiwilligkeit, Freizügigkeit und des emanzipatorischen Umgangs mit Tabak propagiert und angeblich positive soziale Komponenten des Rauchens herausgestellt. Damit verknüpft sind steuerpolitische Interessen. Bereits seit dem 17. Jahrhundert spielen die Vorteile des Tabakwarenhandels und die damit verbundenen hohen Einnahmen für die Staatskasse eine wichtige Rolle. Das Ministerium für Finanzen veröffentlichte für das Jahr 2006 Einnahmen an Bundessteuern in Höhe von 84,2 Milliarden Euro, wovon knapp die Hälfte auf die Tabaksteuer entrichtet wurde. Nach Aussage des Statistischen Bundesamtes beschäftigte die tabakverarbeitende Branche 2005 11.200 Mitarbeiter und erwirtschaftete einen Umsatz von 19,8 Milliarden Euro.

Tabakabhängigkeit ist eine Suchterkrankung

Ein dritter Einflussfaktor ist die Anerkennung des Rauchens als Tabakabhängigkeit im Sinne einer Erkrankung und wird

damit nach ICD-10 als eine psychische Störung klassifiziert. Das im Tabak enthaltene Nikotin ist eine psychotrope Substanz, die in Abhängigkeit vom individuellen Konsummuster zu einer Suchterkrankung führt. Auf einer WHO-Konferenz in Genf 1989 ist die 10. Revision der ICD (International Classification of Diseases) angenommen worden, wobei erstmalig die Stoffe Koffein und Tabak in die Liste der »Abhängigkeitsproduzierenden Drogen« aufgenommen wurden. Damit wurde Tabak anderen stoffgebundenen Substanzen gleichgestellt.

Ausblick

Die schädlichen Auswirkungen des Aktiv- und Passivrauchens auf den menschlichen Organismus wurden in den letzten Jahrzehnten in unzähligen Studien bewiesen. Während viel Aufwand und Energie in die Erforschung der Schädlichkeit betrieben wurde, blieb die Erforschung medizinisch-psychologischer Behandlung und die Entwicklung wissenschaftlicher Konzepte zur Raucherentwöhnung im Vergleich unbeachtet.

Seit den letzten 15 Jahren ist ein zunehmender Richtungswechsel der Forschungsschwerpunkte zu beobachten. In Zukunft wird sich die Wissenschaft mit der Entwicklung und Evaluation zielgruppenspezifischer Konzepte zur Raucherentwöhnung beschäftigen und weitere Fragestellungen zum Passivrauchen sowie zur Umweltbelastung untersuchen. In Anbetracht der bereits vorliegenden Forschung zur Sterblichkeit nach Tabakkonsum erscheinen die derzeitigen Diskussionen und das Gerangel um einen erweiterten Nichtraucherschutz in Deutschland unverantwortlich und grotesk. Europäische Nachbarländer und die USA geben hier schon lange eine weitaus klarere Richtung vor. Wegen der zunehmenden Raucherquoten in den Entwicklungsländern sind Forschungsanstrengungen hinsichtlich präventiver Interventionen dringend erforderlich, um die durch Tabak verursachte Krankheitslast aufzuhalten und langfristig senken zu können.

SIMONE TUSCHINSKE, PROF. DR. ALEXANDER KRÄMER, *Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, Tel.: (05 21) 1 06-38 90, Fax: (05 21) 1 06-29 68, E-Mail: simone.tuschinske@uni-bielefeld.de*

Erratum

Leider ist uns in der letzten Ausgabe der *impulse* ein Fehler unterlaufen. Der Artikel »Demographischer Wandel und Entwicklungen in der Altenpflege« (*Impulse* Nr. 53, Seite 10) wurde nicht alleine von Prof. Dr. Heinz Rothgang, Tel.: (04 21) 2 18-41 32 geschrieben, sondern gemeinsam mit Maïke Preuss, Tel.: (04 21) 2 18-43 95.

Das Europäische Jahr der Chancengleichheit für alle 2007



2007 — Europäisches Jahr der Chancengleichheit für alle

Am 30. und 31. Januar 2007 hat die deutsche EU-Ratspräsidentschaft zusammen mit der Europäischen Kommission in Berlin das Europäische Jahr der Chancengleichheit für alle eröffnet. Im Berliner Congress Centrum am Alexanderplatz kamen dazu über 500 ausgewählte Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Europa, den Beitritts- und EFTA-Ländern, Vertreterinnen und Vertreter aus der Politik, der Zivilgesellschaft, der Sozialpartner und der europäischen Antidiskriminierungsstellen zusammen.

Nach Eröffnungsreden von Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen und EU-Kommissar für Beschäftigung, Soziales und Chancengleichheit Vladimír Špidla sowie der programmatischen Einführung von Bundestagspräsidentin a. D. Rita Süßmuth präsentierten zehn junge Menschen aus ganz Europa ihre Erfahrungen und ihren Umgang mit Diskriminierungen und formulierten ihre persönlichen Perspektiven und Erwartungen an das Jahr 2007.

In zwei Diskussionsrunden wurden die Themen ›Chancengleichheit zur Realität machen‹ und ›Vorteile von Diversity erhöhen‹ hochrangig diskutiert. Vier Arbeitsgruppen boten darüber hinaus die Gelegenheit, Erfahrungen auszutauschen und Strategien zur Verwirklichung von Chancengleichheit und Wertschätzung von Vielfalt zu erarbeiten. Diese Arbeitsgruppen waren inhaltlich nach den vier Schlüsselbegriffen des Jahres ausgerichtet:

- Rechte – Sensibilisieren der öffentlichen Meinung im Hinblick auf das Recht auf Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung,
- gesellschaftliche Präsenz – Anregung über die Möglichkeiten, die Teilhabe bisher benachteiligter Gruppen besser zu stärken,
- Anerkennung – Vielfalt würdigen und berücksichtigen,
- Achtung – Förderung einer toleranteren und solidarischen Gesellschaft.

Die Ziele des Jahres 2007

Das Europäische Jahr der Chancengleichheit und der Gleichstellungsgipfel sind Kernstücke der im Juni 2005 von der EU-Kommission präsentierten Rahmenstrategie für Nichtdiskrimi-

nierung und Chancengleichheit für alle. Sie knüpft an die bereits seit mehreren Jahren unternommenen Bemühungen der EU zur Förderung der Gleichstellung an, zunächst zur Gleichstellung von Männern und Frauen und schließlich mit den Antidiskriminierungsrichtlinien auch zu den anderen Merkmalen des Art. 13 EG-Vertrag, der neben dem Merkmal Geschlecht auch Rasse und ethnische Herkunft, Religion oder Weltanschauung, Alter, Behinderung und sexuelle Identität zum Inhalt hat.

Mit den Antirassismus-Richtlinien verfügt die Europäische Union über ein weitreichendes modernes Regelwerk. Ein Hauptziel des Jahres ist, über diese rechtlichen Möglichkeiten zu informieren und die Inanspruchnahme der Rechtsvorschriften in ganz Europa zu unterstützen.

Das Ziel der Bemühungen um Chancengleichheit muss aber über eine bloße Reaktion auf Diskriminierungen durch rechtliche Instrumentarien hinausgehen. Aktiv auf die Zugangschancen bestimmter Gruppen zu Arbeitsmarkt, Bildung oder Gesundheitsvorsorge hinzuwirken ist daher ein weiteres Ziel. Die Bevölkerung der EU wird zunehmend älter, multikultureller, vielfältiger. Diese wachsende Vielfalt stellt uns vor neue Herausforderungen und bietet aber auch gleichzeitig enorme wirtschaftliche und kulturelle Chancen. Nicht zuletzt soll das Europäische Jahr der Chancengleichheit daher Änderungen im Verhalten und in der Mentalität der Menschen bewirken und Vielfalt als Gewinn und positiven Faktor propagieren.

Daneben soll das Jahr Fortentwicklungen in den beiden Themen Gender Mainstreaming und Mehrfachdiskriminierung bringen.

Stand der Umsetzung in Deutschland

Die Planung und Umsetzung des Jahres läuft über die nationalen Durchführungsstellen, die von den Mitgliedsstaaten eingerichtet wurden. Für Deutschland wurde das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend als Nationale Durchführungsstelle bestimmt. Seit Juli 2006 ist bei der Bundesarbeitsgemeinschaft

der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) eine Geschäftsstelle eingerichtet, die die Durchführungsstelle bei ihren Aufgaben unterstützt und erste Anlaufstelle für alle Fragen in Zusammenhang mit dem Jahr ist.

Die Nationale Strategie mit den für Deutschland vorgeschlagen Projekten wurde Ende letzten Jahres an die EU-Kommission geschickt. Dort wird sie derzeit noch evaluiert. Mit einem Ergebnis dieses Prozesses ist bis Mitte März zu rechnen.

Geplant ist u. a. eine Konferenzserie im Norden, Süden, Osten und Westen Deutschlands, in der alle Merkmale und Schlüsselthemen des Europäischen Jahres der Chancengleichheit aufgegriffen werden.

Die geförderten Projekte werden nur einen Teil der Aktivitäten im Rahmen des Jahres ausmachen. Für das Gelingen des Jahres ist auch die Einbindung möglichst vieler Veranstaltungen, die ohnehin stattfinden und die einen inhaltlichen Bezug zu dem Jahr haben, von ganz entscheidender Bedeutung.

Solche Veranstaltungen können das Logo erhalten, das über die Homepage der nationalen Geschäftsstelle unter www.bagfw.de bezogen werden kann. Das Logo wird dafür sorgen, dass die Veranstaltungen eine erhöhte Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit genießen und alle Aktionen zum Jahr in ganz Deutschland sichtbar werden. Außerdem wird Informationsmaterial zur Verfügung gestellt, das bei der nationalen Geschäftsstelle angefordert werden kann.

Informationen und Kontakt: Informationen zum Jahr der Chancengleichheit auf europäischer Ebene finden Sie unter <http://equality2007.europa.eu>.

DR. CHRISTINE FRANZIUS, *Leiterin der nationalen Geschäftsstelle ›Europäisches Jahr der Chancengleichheit für alle 2007‹*, BAGFW, Tel.: (0 30) 2 40 89-1 19 oder -118, Fax: (0 30) 2 40 89-1 33, E-Mail: christine.franzius@bag-wohlfahrt.de oder britt.kutscha@bag-wohlfahrt.de



Unabhängige Patientenberatung – Zweite Phase des § 65 b SGBV

Unabhängige Patientenberatung wird modellmäßig nach § 65 b SGBV gefördert. In der ersten Modellphase von 2001 bis 2005 sind etwa 30 Projekte von den Spitzenverbänden der Krankenkassen finanziert worden. Die Begleitforschung hob etliche erfolgreiche Maßnahmen hervor, stellte aber auch einen Weiterentwicklungsbedarf hin zu einem systematischen Angebot fest. Mitte 2005 gab es eine neue Ausschreibung. Für die 2. Modellphase von 2006 bis 2010 haben sich 18 Bietergemeinschaften bzw. Projekte und Projektverbände beworben, wovon letztlich zwei ausgewählt wurden. Die Bietergemeinschaften Verbund unabhängige Patientenberatung (VuP) und Sozialverband (VdK)/Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) wurden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen aufgefordert, ein gemeinsames Angebot vorzulegen. Die »Prognos AG«, zuständig für die wissenschaftliche Begleitung, moderiert den Prozess. Die Bietergemeinschaft »Verbund unabhängige Patientenberatung« umfasst mehrere Vereine, die sich in der unabhängigen Patientenberatung engagieren. Diese Akteure sind nun seit April 2006 Gesellschafter des neuen Modellprojektes UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH. Ihre Mitglieder sind neutral und unabhängig.

Ziele des Projektes

Das Modellvorhaben soll der Politik eine tragfähige und wissenschaftlich abgesicherte Entscheidungsgrundlage für die Ausgestaltung der unabhängigen Patientenberatung bieten. Der Modellverbund ist als innovatives »strukturbildendes und lernendes System« konzipiert. Ziele des Modellverbundes sind:

- Stärkung und Verbesserung der Autonomie und Eigenverantwortung der Nutzerinnen und Nutzer im Gesundheitswesen,
- Entwicklung, Erprobung und Implementierung von Qualitätsstandards und Qualifizierungsangeboten und einem einheitlichen Informationsmanagement,
- Verbesserung der Bekanntheit und Erreichbarkeit der Angebote der unabhängigen Patientenberatung –

mit ausreichender Präsenz in der Region bei gleichzeitiger Anwendung einheitlicher Standards,

- Erprobung von Einzelfragen und -aspekten der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation,
- Vernetzung und Kooperation zwischen »abhängiger« und »unabhängiger« Patientenberatung und Nutzerinnen- und Nutzerinformation.

In den 22 regionalen Beratungsstellen werden regionale Wegweisefunktionen wahrgenommen, Informations- und Beratungsangebote gemacht und im Einzelfall Hilfe und Unterstützung für Patientinnen und Patienten organisiert. Hierzu wird ein interdisziplinäres Angebot mit gesundheitlicher, juristischer und psycho-sozialer Kompetenz bereitgestellt. Es besteht die Möglichkeit, die Beratungsstellen sowohl telefonisch als auch persönlich anzufragen. Sie sind geschlechtersensibel und weitgehend barrierefrei. Das Angebot reicht von Basisinformationen bis zu Beschwerdebearbeitung.

In den überregionalen Beratungsstellen gibt es krankheits- und themenspezifische Informations- und Beratungsangebote u. a. zur unabhängigen Arzneimittelberatung, über Internet zu Essstörungen oder bei zahnmedizinischen Fragestellungen sind zahnmedizinische Kompetenzzentren vorhanden.

In Teilprojekten werden z. B. Angebote für besondere Zielgruppen oder die Einbeziehung von Ehrenamtlichen modellhaft geklärt und erprobt. Diese Aufgaben werden jeweils in einem Tandem entwickelt und erprobt. Die Geschäftsstelle als zentrale Steuerungs- und Organisationseinheit gewährleistet den internen und externen Informations- und Kommunikationsprozess, organisiert die Qualitätssicherung und Fortbildung und pflegt die Kooperationsbeziehungen. Im Internet sind das Modellprojekt UPD wie auch die beteiligten regionalen Projekte und Träger unter www.unabhaengige-patientenberatung.de zu finden.

GÜNTER HÖLLING, Geschäftsführer VuP e. V.,
August-Bebel-Straße 16, 33602 Bielefeld,
Tel.: (05 21) 97 79 94 88,
Fax: (05 21) 17 61 06, E-Mail: info@v-up.de

Förderprogramm »Familien mit Zukunft« in Niedersachsen

Ausbau der Tagespflege für unter 3-Jährige

Für den quantitativen und qualitativen Ausbau der Tagespflege stellt die Landesregierung in den nächsten vier Jahren 80 Millionen Euro zur Verfügung. Dieses umfassende Angebot besteht aus der möglichen Elternzeit bis zu 14 Monaten, der Kinderbetreuung in der Tagespflege und im Anschluss der Kinderbetreuung in der Kindertagesstätte. Zum weiteren Ausbau der Versorgung der unter Dreijährigen in Tageseinrichtungen soll eine deutliche Verbesserung des Betreuungsangebotes über Tagesmütter-/Tagesväterbetreuungsmodelle erreicht werden.

Interventionen

Folgende Maßnahmen zur Verbesserung des quantitativen und qualitativen Kinderbetreuungsangebotes sollen gefördert werden:

1. Einrichtung und Betrieb von »Familien- und Kinderservicebüros« als koordinierendes Service- und Dienstleistungsangebot,
2. Maßnahmen zur Qualifizierung, Beratung, Vernetzung und Fortbildung mit dem Ziel der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Anzahl von qualifizierten Tagespflegepersonen,
3. Bereitstellung verlässlicher, flexibler, bedarfsgerechter und ggf. altersübergreifender Betreuungsstrukturen (Tagespflege),
4. Vernetzung des Betreuungsangebotes,
5. Konzipierung neuer Betreuungsmodelle,
6. Tagespflege und ergänzende Betreuung für besondere Zielgruppen.

Die Kommunen haben als Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Übersicht über die Angebotsstruktur und koordinieren den Ausbau und die begleitenden Maßnahmen. So soll z. B. im Landkreis (LK) Holzminden die Arbeit des Familienservicebüros auf den gesamten LK ausgedehnt werden. Z. B. wird dort der Verein Kinderbetreuung Holzminden e.V. beauftragt, ein Netzwerk an qualifizierten Tagesmüttern aufzubauen. Beantragt sind hier 76.500 Euro für die Gesamtmaßnahme, das Land



würde hiervon vorbehaltlich der haushalterischen Entscheidung 50 % – nämlich 38.250 Euro – tragen.

Ländliche Regionen stärken

Der Kindertagespflege kommt besonders in ländlichen Regionen wie dem LK Holzminden eine immer größer werdende Bedeutung zu, da der Abwanderung junger Familien durch eine Sicherung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf begegnet werden soll. Qualifizierte Kindertagesbetreuung leistet dort wertvolle Dienste, wo eine institutionelle Betreuung ihre Grenzen hat:

- bei der individuellen Betreuung unter 3-Jähriger in Kleinstgruppen (max. 5 Kinder),
- bei der Randzeitenbetreuung von Kindergarten- und jüngeren Schulkindern oder
- bei der Betreuung während sehr frühen oder späten Tageszeiten und am Wochenende.

Neue Aufgaben des Vereins Kinderbetreuung Holzminden e. V.

Die Aufgabe des Vereins Kinderbetreuung Holzminden ist es nun

- potentielle Betreuungspersonen zu akquirieren, zu qualifizieren und nach festgelegten Qualitätsstandards zu vermitteln,
- Eltern hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu beraten und ihnen auf ihre persönliche und berufliche Situation zugeschnittene wohnortnahe Kinderbetreuung anzubieten,
- die vermittelten Betreuungsverhältnisse fachlich zu begleiten,
- Unternehmen vor Ort Dienstleistungen rund um das Thema ›Kinderbetreuung‹ anzubieten und so familienfreundliche Personalpolitik im Landkreis anzuregen,
- Öffentlichkeitsarbeit zu Möglichkeiten der Vereinbarung von Familie und Beruf zu betreiben.

Insgesamt wurde die Kindertagespflege in Stadt und LK Holzminden durch den Verein Kinderbetreuung überwiegend in ehrenamtlich organisierter Form geleistet. Durch das Förderprogramm ›Familien mit Zukunft‹ in Niedersachsen ist der flächendeckende Ausbau

einer wohnortnahen und bedarfsgerechten Kindertagesbetreuung über den gesamten Landkreis möglich, was dem Trend Abwanderung junger Familien entgegen wirken soll.

Die maximale Höhe der pro örtlichem Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Verfügung stehenden Zuwendungsmittel richtet sich nach der Anzahl der vom Niedersächsischen Landesamt für Statistik für das Vorjahr ermittelten Anzahl der Geburten pro Jahrgang.

Das Niedersächsische Programm wird von verschiedenen Städten und Gemeinden, Eltern, Familienverbänden sowie dem Landesfrauenrat begrüßt und die Rückmeldungen der Kommunalen Spitzenverbände sind sehr positiv. Mit der Freischaltung der offiziellen Internetdomain ›familien-mit-zukunft.de‹ ist im ersten Quartal 2007 zu rechnen.

Pressestelle, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 120-40 58, E-Mail: pressestelle@ms.niedersachsen.de

KINDERBETREUUNG HOLZMINDEN E. V., KAREN DEMANN-MENZ, Sollingstraße 101, 37603 Holzminden, Tel.: (0 55 31) 55 45, Fax: (0 55 31) 99 19 60, E-Mail: info@kinderbetreuung-holzminden.de

Carsten Direske

Regionale Knoten jetzt in allen 16 Bundesländern

Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in die Fläche bringen und qualitativ weiterentwickeln

Der Kooperationsverbund ›Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten‹ hat seine regionalen Strukturen erfolgreich komplettiert: In den vergangenen Monaten nahmen in Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz regionale Kontaktstellen die Arbeit auf. Mit dem Startschuss für den Regionalen Knoten Saarland zum Jahresanfang 2007 sind nun sämtliche Bundesländer abgedeckt.

Die Regionalen Knoten unterstützen die Koordinierung der soziallagen-

bezogenen Gesundheitsförderung auf Landesebene und tragen so zur Stärkung des Themas wie auch zur Weiterentwicklung der Praxis bei. Um an bestehende Vernetzungsstrukturen anzuknüpfen, sind die Regionalen Knoten bei den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (LVG) angebunden. In Bundesländern ohne LVG übernehmen vergleichbare Einrichtungen diese Funktion.

Aufgabenfelder der Regionalen Knoten

›Durch die Regionalen Knoten soll die Zusammenarbeit zwischen Bundes- und Landesebene weiter intensiviert und ein verstärkter Informationstransfer zwischen den gesundheitsfördernden Angeboten erreicht werden. Die 16 Regionalen Knoten spielen eine entscheidende Rolle bei der Verbreitung von guter Praxis in die Fläche, würdigt Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Arbeit der Kontaktstellen. Finanziert werden die Regionalen Knoten über die BZgA, Krankenkassen und aus Mitteln der Landesvereinigungen für Gesundheit, die diese aus den jeweiligen Länderhaushalten bewilligt bekommen.

Durch vielfältige Vernetzungsarbeit leisten die Regionalen Knoten einen wichtigen Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit: Die Regionalen Knoten beraten Einrichtungen bezüglich ihrer Präventionsangebote, weisen auf Beispiele guter Praxis oder auf Finanzierungsmöglichkeiten hin und regen den Austausch der Gesundheitsförderungsprojekte untereinander an. Ebenso betreuen die Regionalen Knoten Arbeitskreise, führen Fachveranstaltungen durch, konzipieren Wettbewerbe und initiieren neue Maßnahmen.

Die Regionalen Knoten setzen eigene inhaltliche und methodische Schwerpunkte, etwa im Bereich sozial benachteiligter Kinder und deren Familien, bei der Gesundheitsförderung im Stadtteil oder auch der Weiterqualifizierung von Projektmitarbeitenden. In Schleswig-Holstein entwickelte der Regionale Knoten beispielsweise ein Modellprojekt zur Gesundheitsförderung



Christa Brand-Hastedt

Weltjugendgesundheitskongress 2006

mit Alleinerziehenden und in Thüringen geht es um die Integration von Stadtteilarbeit und Gesundheitsförderung. Der vom Regionalen Knoten Brandenburg konzipierte Kita-Preis ›Emmi‹ (Eltern machen mit) für Kindertagesstätten in sozialen Brennpunkten konnte landesweit ausgedehnt werden. Der Regionale Knoten Hamburg führte in 2006 eine Workshopreihe zur praxisnahen Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Bereich der Gesundheits-, Sozial- und Familienarbeit durch. Themenschwerpunkte waren Qualitätsentwicklung, Projektförderung und Ressourcenorientierung in der Arbeit mit Risikofamilien.

Datenbank zu sozialbezogenen Gesundheitsprojekten

Zudem unterstützen die Regionalen Knoten die Erweiterung der Datenbank Gesundheitsprojekte. In dieser Datenbank sind derzeit über 2.800 Angebote, Maßnahmen und Projekte der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung recherchierbar, darunter mehr als 30 Projekte, die als Gute Praxis ausgezeichnet sind.

Eine Karte mit den Regionalen Knoten sowie weitere Informationen über den Kooperationsverbund und Gute Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten finden Sie unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

Der Kooperationsverbund ›Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten‹ ist ein Verbundprojekt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, Krankenkassen und Ärzten, Wohlfahrtsverbänden und weiteren insgesamt 42 Partnerorganisationen.

CARSTEN DRESKE, *Gesundheit Berlin e. V., Öffentlichkeitsarbeit für den Kooperationsverbund ›Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten‹, Friedrichstr. 231, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 44 31 90-72, E-Mail: presse@gesundheitberlin.de*

Junge Menschen aus aller Welt zu befähigen, sich in ihrem Land aktiv für eine gesündere Lebensweise, für Gesundheitspolitik einzusetzen sowie ein Gesundheitsnetzwerk unter Jugendlichen in aller Welt aufzubauen, war das erklärte Ziel des ersten Weltjugendgesundheitskongresses, der vom 14. bis zum 19. November 2006 in Indien stattfand.

Eine Schülerin und eine Lehrerin der Haupt- und Realschule Bösel sowie ein Schüler aus Nordrhein-Westfalen nahmen an dieser Veranstaltung in Delhi und Agra teil. Das Engagement von Dr. K. Srinath Reddy und seinem Team, Mitglieder der beiden indischen Organisationen HRIDAY-SHAN, war im wahrsten Sinne des Wortes grenzenlos. Sie schafften es, über 200 junge Leute und deren erwachsene Begleiterinnen und Begleiter aus aller Welt zu einer spannenden Tagung zum Thema Gesundheit zusammenzubringen.

Nach der Anreise der Delegierten von Argentinien bis Zimbabwe fand am 14. November im Nationalstadion von Delhi die Eröffnungsfeier statt. Es war beeindruckend, wie über 10 000 indische Schülerinnen und Schüler, einheitlich gekleidet in T-Shirt und Baseballkappe mit dem Logo des Kongresses, sehr diszipliniert in das Stadion einzogen.

Das Programm wurde, besonders zur Freude der indischen Schülerinnen und Schüler, von Bollywood-Tänzerinnen und -Tänzern und dem berühmten indischen Percussionkünstler Shri Sivamani gestaltet. Im Rahmen dieser Feier eröffnete der indische Ministerpräsident Dr. Manmohan Singh den Kongress. Die Wichtigkeit dieser Veranstaltung wurde auch durch die Anwesenheit des indischen Gesundheits- und Familienministers unterstrichen. Im Anschluss an die beeindruckende Eröffnungsfeier brachten Busse die 260 Delegierten aus 36 Ländern nach Agra, wo der Kongress stattfand.

In den folgenden vier Tagen wurden im Rahmen von Plenarsitzungen, Podiumsdiskussionen und Gruppensitzungen Themen erörtert wie Tabak, Alkohol- und Drogenmissbrauch, gesunde Ernährung, körperliche Ertüchtigung, HIV-Prävention, Straßenverkehrs-

sicherheit (was besonders in Indien ein großes Problem ist!), Friedenssicherung und gewaltfreie Konfliktlösungen. In den Podiumsdiskussionen mit Expertinnen und Experten aus aller Welt, von der Weltgesundheitsorganisation bis zur Gesellschaft für Tabakkontrolle, konnte man das Engagement der Jugendlichen erleben.

Am 19. November wurde der Kongress im Sirifort Auditorium in Delhi in Anwesenheit von Frau Dr. Shiela Dikshit, der Regierungschefin von Delhi, beendet. Die Delegierten des Global Youth Meet on Health 2006 verabschiedeten dort eine während des Kongresses entstandene Resolution. Gleichzeitig wurde die neu entstandene Organisation Y4H (Youth for Health) in Gegenwart von 1200 indischen Schülern und Schülerinnen vorgestellt.

Unterstützt wurden die deutschen Teilnehmerinnen und Teilnehmer von der Organisation Independent Consultant Tobacco Control, der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., dem Niedersächsischen Kultusministerium, der Techniker Krankenkasse und dem Rotary Club. Fotos und Berichte zur Tagung sind auf folgender Seite zu finden: www.hriday-shan.org

CHRISTA BRAND-HASTEDT, *Haupt- und Realschule Bösel, Auf dem Rahe 2, 26219 Bösel, Tel.: (0 44 94) 91 96 13, E-Mail: hhs-boesel@hhs-boesel.de*

Renate Löb, Ruth Zinner

»Herz-Kontakt« – Herzinfarkt bei Frauen vorbeugen

Herzinfarkt ist nicht nur eine Managerkrankheit, die Männer in den besten Jahren plötzlich trifft: Herz-Kreislaufkrankungen – dazu gehört auch der Herzinfarkt – sind die häufigste Todesursache bei Frauen. Mehr als 130.000 Frauen in Deutschland erleiden jährlich einen Herzinfarkt. Frauen ab 60 Jahren sind dabei besonders gefährdet, zunehmend sind aber auch Frauen zwischen 25 und 55 Jahren betroffen. Was viele nicht wissen: Frauen können bei einem Herzinfarkt ganz andere Beschwerden haben als Männer. Und sie kommen oft zu spät oder gar nicht in die Klinik, weil sie die Symptome nicht ernst genug nehmen. Dabei zählt jede Minute: Je kürzer die Zeit zwischen Infarkt und Einlieferung in ein Krankenhaus, desto größer die Überlebenschance.

Projekt »Herz-Kontakt«

Das Präventionsprojekt »Herz-Kontakt« des Frauengesundheitszentrums Göttingen e. V. (FGZ), das vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit gefördert wird, bietet Veranstaltungen an, in denen Frauen informiert werden, wie sie einem Herzinfarkt vorbeugen können. Ziel ist, Frauen landesweit zu sensibilisieren, ihre körpereigenen Frühwarnzeichen wahrzunehmen, frauenspezifische Symptome zu erkennen und ihre Risiken realistisch einzuschätzen. Das Projekt will Frauen mit ihrem Herzen in Kontakt bringen und durch die Aufklärungsveranstaltungen anregen, dass sie selbstverantwortlich und aufmerksam mit sich umgehen.

Die drei Teile des Konzeptes

In den Veranstaltungen, die jeweils gemeinsam mit einer Ärztin durchgeführt werden, erfahren die Teilnehmerinnen im ersten, theoretischen Teil zum Beispiel, dass sich bei Frauen ein Herzinfarkt auch durch Übelkeit und Erbrechen oder durch Schmerzen im Oberbauch, im Rücken oder Nacken äußern kann. Sie lernen die Risikofaktoren – wie Bluthochdruck, Diabetes oder ungesunde Lebensführung – kennen und sie erfahren, dass bei Frauen weitere Faktoren hinzukommen. So lässt in den Wechseljahren die Produktion des Hormons Östrogen, das sich positiv auf

die Herzgesundheit und den Fettstoffwechsel auswirkt, nach – und das Infarktrisiko steigt.

Die Veranstaltungen von »Herz-Kontakt« sind jedoch weit mehr als reine Vortragsveranstaltungen: Im zweiten, präventiv-praktischen Teil, erarbeiten die Teilnehmerinnen in Arbeitsgruppen gemeinsam, was sie selbst konkret für ihre Herzgesundheit tun können. Sport machen, für Entspannung sorgen, öfter spazieren gehen oder auch Grenzen setzen und »Nein« sagen.

Im dritten Teil der etwa zweieinhalbstündigen Veranstaltungen erfahren die Frauen beim »Markt der Möglichkeiten«, welche Angebote es in ihrer jeweiligen Region gibt, die hilfreich sein und sie mit Gleichgesinnten zusammen bringen können. Oft bezuschussen die Krankenkassen Kurse für Ernährung, Sport und Entspannung. Und auch bei den Volkshochschulen finden sich viele Angebote rund um das Thema Gesundheit.

Bewertung und Ausblick

Die Pilotveranstaltungen von »Herz-Kontakt« – während eines pädagogischen Fachtages für Lehrerinnen, bei mehreren Landfrauenverbänden und in einem großen Göttinger Unternehmen – wurden sehr gut angenommen. Es hat sich ein riesiger Informationsbedarf gezeigt. Sowohl der medizinische Vortrag als auch der präventive Teil der Veranstaltung werden bisher sehr gut bewertet. Über 90% der Frauen fühlen sich nach den Veranstaltungen zu Veränderung angeregt und sind mehr im Kontakt mit sich und ihrem Herzen.

Das Frauengesundheitszentrum Göttingen wird »Herz-Kontakt« nun landesweit anbieten. Auf Anfrage führen die Referentinnen die Veranstaltungen etwa bei Landfrauenverbänden, in Mütterzentren, Betrieben oder auch Schulen durch.

Literatur bei den Verfasserinnen

RENATE LÖB, RUTH ZINNER, *Frauengesundheitszentrum Göttingen e. V., Groner Straße 32/33, 37073 Göttingen, Tel.: (05 51) 48 45 30, Fax: (05 51) 48 70 60, E-Mail: fgz@fgz-goettingen.de, Internet: www.fgz-goettingen.de*

Gundula Pape

Internetplattform für kommunale Gesundheitsberichte eingerrichtet

Nachdem die Arbeitsgruppe »Neuordnung der Gesundheitsberichte« der Initiative zur Einrichtung einer Internetplattform zugestimmt hatte, konnten über eine Abfrage bei den Gesundheitsämtern bisher 27 kommunale Gesundheitsberichte aus den Jahren 1997 bis 2004 in einer Datenbank zusammengestellt werden. Seit März 2007 ist die Internetplattform für kommunale Gesundheitsberichte auf der Homepage des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes verfügbar und kann unter folgender Adresse abgerufen werden: <http://www.gbe.nlga.niedersachsen.de> > Kommunale Gesundheitsberichte.

Auf der Internetseite hat der Besucher die Möglichkeit, die bisher zur Verfügung stehenden 27 Gesundheitsberichte nach verschiedenen Kriterien wie z. B. Kreis und kreisfreie Stadt, Erscheinungsjahr, thematisches Stichwort auszuwählen. Neben einem direkten Link zum jeweiligen Gesundheitsbericht stehen neben einer Kurzfassung weitere Informationen u. a. zum Umfang, Herausgebenden und Ansprechpartner und -partnerinnen zur Verfügung. Über einen entsprechenden Link besteht die Möglichkeit direkt zur Internetpräsentation des jeweiligen Gesundheitsamtes zu gelangen.

DR. GUNDULA PAPE, *Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Roesebeckstr. 4-6, 30449 Hannover, Tel.: (05 11) 45 05-135, Fax: (05 11) 45 05-298, E-Mail: Gundula.Pape@nlga.niedersachsen.de*

Niclas Beier

KVN fördert Zusammenarbeit mit Selbsthilfe

›Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen sind informiert übereinander, arbeiten miteinander und setzen sich ein füreinander.‹ Unter diesem Motto fördert die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) seit verganginem Jahr die Zusammenarbeit ihrer Mitglieder mit Selbsthilfegruppen. Die Mitglieder der KVN sind die 13.500 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Niedersachsen. Sie haben erkannt, dass viele Patientinnen und Patienten ihre Krankheit besser bewältigen können, wenn sie an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen. Daher haben die KVN-Mitglieder ihre Interessensvertretung um Unterstützung bei der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen gebeten – durch Einrichtung einer KOSA (Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten).

Die Zusammenarbeit wird sowohl durch die landesweit tätige Hauptgeschäftsstelle der KVN als auch durch die elf Bezirksstellen gefördert. In der Hauptgeschäftsstelle wurde hierfür ein Mitarbeiter eingestellt. Die Bezirksstellen haben je eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter zur bzw. zum KOSA-Beauftragten ernannt.

Die gegenseitige Information stand im Vordergrund der bisherigen Aktivitäten der Hauptgeschäftsstelle. Im Niedersächsischen Ärzteblatt, das alle Mitglieder der KVN jeden Monat erhalten, wird jetzt über Selbsthilfethemen berichtet. Umgekehrt gibt die KVN einen Patienten-Newsletter heraus, der sich an Selbsthilfegruppen und gesundheitspolitisch interessierte Patientinnen und Patienten richtet. Der Newsletter kann im Internet bestellt werden. Ende 2006 hat die KVN zudem einen Patientenbeirat ins Leben gerufen. Hierbei handelt es sich um ein beratendes Gremium mit acht Vertreterinnen und Vertretern niedersächsischer Selbsthilfe- und Patientenorganisationen.

Auch die elf Bezirksstellen der KVN bieten vielfältige Aktivitäten an. Die Information über Selbsthilfe spielt auch hier eine Rolle. Einzelne Bezirksstellen weisen in ihren Rundschreiben auf Neuigkeiten aus dem Selbsthilfebereich

hin. Zudem beteiligen einzelne Bezirksstellen Selbsthilfegruppen an ihren öffentlichen Veranstaltungen. Die Mitglieder der KVN und die Selbsthilfegruppen klären somit Seite an Seite über chronische Krankheiten und den Umgang damit auf.

Die KVN musste bei der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen glücklicherweise nicht bei Null anfangen. In Niedersachsen besteht ein weites Netz professioneller Unterstützung von Selbsthilfegruppen durch die örtlichen Selbsthilfekontaktstellen und das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen. Für die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen sind diese Stellen wichtige Kooperationspartner.

Das Fünfte Sozialgesetzbuch verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Qualitätssicherung im ambulanten medizinischen Bereich. Die KVN trägt hierzu bei, indem sie Qualitätszirkel ihrer Mitglieder unterstützt und Seminare zu Qualitätsmanagement anbietet. Die Förderung der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen ist eine weitere, freiwillige Maßnahme in diesem Bereich. Wenn die ›erlernte Kompetenz‹ der KVN-Mitglieder und die ›erlebte Kompetenz‹ der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Selbsthilfegruppen verbunden werden, dann wird die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert. Das haben wissenschaftliche Studien belegt. Und jene Mitglieder der KVN, die bereits mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten, wissen um die Vorzüge. Ein Endokrinologe aus Oldenburg sagte im Interview mit dem Niedersächsischen Ärzteblatt: ›Die Teilnehmer von Selbsthilfegruppen sind für mich oft die einfacheren, die bequemerer Patienten – weil sie sich ausführlich mit ihrer Krankheit auseinandergesetzt haben und gut informiert sind.‹ Damit viele ihrer Mitglieder solche positiven Erfahrungen machen, macht sich die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen stark.

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

Beate Castaldo

Schülerpaten im Altenheim

Unter dem Motto ›Generationen verbinden - Begegnungen mit älteren Menschen‹ kümmern sich engagierte Schülerinnen und Schüler des Evangelischen Internats in Dassel um alte Menschen im Alten- und Pflegeheim ›Leineturm‹ in Einbeck-Volksen.

Das Projekt ›Generationentreff Leineturm‹ startete am 20. Februar 2007. Die Kosten des Projektes werden vom Evangelischen Internat in Dassel und dem Alten- und Pflegeheim ›Leineturm‹ in Einbeck-Volksen getragen. Ziel des Projektes ist es vor allem, den Generationendialog zu verbessern, der zunehmenden Entfremdung zwischen den Generationen entgegen zu wirken und für mehr Kontakt zwischen Alt und Jung zu sorgen. Der ›Generationentreff Leineturm‹ will Heimbewohnerinnen und -bewohnern mit positiven und bereichernden Erfahrungen der jüngeren Generation aus der Isolation helfen.

Die Vereinsamungsgefahr älterer Menschen in Pflegeeinrichtungen ist sehr groß. Kontakte zu anderen Menschen in ihrem Lebensumfeld sind nötig, um diese Menschen zu unterstützen, ihnen Zeit zu schenken und Anteil an ihrem Leben zu nehmen. Partnerinnen und Partner sowie andere Angehörige leben häufig nicht mehr oder wohnen an einem anderen Ort. Pflegekräfte können trotz aller Bemühungen den individuellen Wünschen der älteren Menschen nach Aufmerksamkeit nicht immer gerecht werden. Das Projekt sorgt dafür, dass sich junge und alte Menschen wahrnehmen und in den Dialog eintreten.

Im vierzehntägigen Turnus, dienstags von 16.00–18.00 Uhr, besuchen Schülerinnen und Schüler des Evangelischen Internats in Dassel die Bewohnerinnen und Bewohner des Alten- und Pflegeheims ›Leineturm‹. Es sollen möglichst dauerhafte Beziehungen entstehen, die zum Basteln, Singen, Spielen oder Spaziergehen, aber auch zu gemeinsamen Feiern anregen. Gemeinsame Erlebnisse sorgen für mehr Lebensfreude. Das Projekt wirkt sowohl für emotionale, als auch für intellektuelle Bereicherung, insbesondere im Rahmen von Gesprächen mit Zeitzeugen. Die Schülerinnen und Schüler machen wertvolle Erfahrungen mit dem Alter und

entwickeln neue soziale Fertigkeiten. Ältere Menschen erleben durch die Spontanität, die Ausgelassenheit und Zuneigung der jungen Menschen Lebensfreude und ein Gefühl des Gebraucht- und Angenommenseins. Dies trägt zu einem besseren Verständnis zwischen Alt und Jung bei. Vorurteile werden abgebaut und Generationskonflikten vorgebeugt.

Die Schülerinnen und Schüler sind im Alter von 14 und 19 Jahren und engagieren sich freiwillig für dieses Projekt. Begleitet und unterstützt werden sie vor Ort und internatsintern von Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Erzieherinnen und Erziehern sowie dem Leiter des Internats selbst. Das Internat organisiert die Fahrten zum Pflegeheim selbst.

Im Alten- und Pflegeheim ›Leinerturm‹ werden den Schülerinnen und Schülern bei jedem Besuch feste Ansprechpartnerinnen und -partner aus der Pflege zur Seite gestellt. Die Pflegekräfte nehmen ebenfalls auf freiwilliger Basis an den Besuchstagen teil. Als weiterer Ansprechpartner steht der Geschäftsführer des Alten- und Pflegeheims den Schülerinnen und Schülern zur Verfügung. Regelmäßige stattfindende Treffen zum Informations- und Erfahrungsaustausch unter den Beteiligten tragen zum Gelingen des Projektes bei.

BEATE CASTALDO, *Bruchtorstraße 29, 37586 Dassel, Tel.: (0 55 62) 66 07, E-Mail: m.castaldo@t-online.de*

Berit Hartig

LandFrauen als Seniorenbegleiterinnen qualifiziert

Durch Betreuung älterer Menschen Selbstständigkeit fördern und Gesundheit erhalten

Betreuungseinrichtungen für Seniorinnen und Senioren wie z. B. Gruppenbetreuungen für Demenzkranke haben sich in den vergangenen Jahren bereits vielerorts etabliert. Allerdings befinden sich diese Einrichtungen vorwiegend in Ballungsgebieten. Flexible Konzepte für den Bedarf der älteren Menschen, die in ländlichen Regionen leben, gibt es demgegenüber kaum. Bekanntermaßen ist es jedoch der Wunsch der meisten älteren Menschen, in der vertrauten Umgebung in der eigenen Wohnung alt zu werden. Auch die in den kleineren Dörfern lebenden Seniorinnen und Senioren könnten sich diesen Wunsch erfüllen, wenn sie jemanden hätten, der regelmäßig bei Ihnen vorbeischaud und sie bei der Bewältigung der unterschiedlichen Anforderungen des täglichen Lebens unterstützt.

Der Niedersächsische LandFrauenverband Hannover (NLV) hat gemeinsam mit der Ländlichen Erwachsenenbildung in Niedersachsen (LEB) in einem Modellprojekt in Niedersachsen rund 150 LandFrauen zu Seniorenbegleiterinnen qualifiziert. Aufgabe der Seniorenbegleiterinnen ist es, in der vorpflegerischen Versorgung als regelmäßige Betreuungskräfte – ergänzend zum Angebot der professionellen Pflegeanbieter – tätig zu werden. Dazu gehört es, ältere Menschen in der Häuslichkeit oder auch im Rahmen einer Gruppenbetreuung regelmäßig zu beaufsichtigen und in ihrem Alltag zu begleiten – flexibel abgestimmt auf den Bedarf der betroffenen Person. Die Seniorenbegleiterinnen haben sich in der hundert Unterrichtsstunden umfassenden Schulung intensiv auf ihre neue Aufgabe vorbereitet. Zu den praktischen und theoretischen Schulungsinhalten zählen unter anderem: ältere Menschen sinnvoll zu aktivieren und beschäftigen, Kommunikation und Gespräche mit älteren Menschen führen sowie Krankheitsbilder im Alter und typische physische und psychische Veränderungen. Weitere Themen der Schulung waren die persönliche und gesellschaftliche Situation älterer Menschen, aber auch

rechtliche Aspekte und die Strukturen der Altenhilfe- und Altenarbeit. Das theoretisch erlernte Wissen haben die LandFrauen im Rahmen einer Hospitation in einer Altenpflegeeinrichtung bereits praktisch erproben können und so den Umgang mit älteren Menschen kennen gelernt.

Das Angebot der ›Seniorenbegleitung‹ fügt sich als zusätzlicher Baustein hervorragend in das bestehende Spektrum der Angebote im Bereich der Seniorenpflege und -betreuung ein. Ältere Menschen, die noch nicht pflegebedürftig sind, benötigen oft Hilfestellungen im täglichen Leben beispielsweise beim Einkaufen oder bei Behördengängen. Wichtig ist regelmäßige Gelegenheit zu Gesprächen und zum Vorlesen oder dass mal jemand nach dem Rechten schaut. Durch die Seniorenbegleiterinnen finden Senioren eine kompetente Hilfeleistung, die ihnen ein Leben zu Hause ermöglicht. Gleichzeitig haben die weiteren Familienmitglieder die Gewissheit, dass regelmäßig jemand für die Eltern oder Großeltern da ist.

Mithilfe dieser Dienstleistung kann dem bereits im Landespflegebericht formulierten Ziel näher gekommen werden, hilfs- und/oder pflegebedürftige Menschen an ihrem Wohnort zu betreuen und dadurch die kostenintensive Pflege zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern. Im nächsten Schritt kommt es darauf an, die vielfältigen bestehenden Angebote im Bereich der professionellen Pflege auf das flexible, niedrigschwellige Betreuungsangebot abzustimmen. Mit Unterstützung der Landesvereinigung für Gesundheit in Niedersachsen (LVG) konnten bereits erste Kontakte zwischen Anbietern in der Altenpflege und den Teilnehmerinnen der Qualifizierung geknüpft werden. Gemeinsam arbeiten LVG und NLV daran, weitere Einsatzperspektiven für die Seniorenbegleiterinnen in Niedersachsen zu schaffen.

BERIT HARTIG, *Niedersächsischer LandFrauenverband, Johannsenstr. 10, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 35 39 60 - 0, E-Mail: hartig@landfrauen-nlv.de*

Birgit Krauss

Elternschule – mehr als eine Schule für Eltern

In Hildesheim bieten Volkshochschule und Klinikum seit sieben Jahren eine so genannte »Elternschule« an. Dahinter verbirgt sich ein umfangreiches Kurs-, Beratungs- und Betreuungsangebot mit einem multidisziplinären Team, das neben der Vorbereitung auf die Geburt und die Nachsorge vor allem das Leben mit einem Kind als Schwerpunkt hat. Dabei steht ein ganzheitlicher und lebensweltorientierter Ansatz im Mittelpunkt. Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Ärzteschaft wie auch Erzieherinnen, Geburtsvorbereiterinnen und Übungsleiterinnen wollen gemeinsam zur Verwirklichung einer familienorientierten, individuellen Geburt und zu einem guten Start in das Leben mit Kind(ern) beitragen. Neben den allgemeinen Beratungen wie Hebammen- und Stillsprechstunde, den Gruppenangeboten »Rund um die Geburt«, »Rund um das Neugeborene« und »Gesetzliche Leistungen« gibt es auch ein Beratungsangebot in türkischer Sprache, insbesondere über kindspezifische Entwicklung und Erkrankungen. Die »klassische« Geburtsvorbereitung wird ergänzt durch Bewegung und Entspannungskurse, etwa Yoga, die die körperliche und mentale Begleitung der Schwangerschaft und die Einstimmung auf die Geburt als Ziel haben. Säuglingspflege und »Erste Hilfe« richten sich an Eltern wie Betreuende und sprechen beispielsweise auch den Verbraucherschutz bei Ausstattung und Kinderspielzeug an. Im Rahmen der Rückbildungskurse für Mütter nach dem Wochenbett werden individuelle Beckenbodenberatungen angeboten, die auch »Fitnessenthusiasmus« und »Bewegungsarmut« behandeln. Während der Kurse ist eine Kinderbetreuung für die Kleinen samt Geschwistern möglich. Sie wird durch die ehrenamtliche Initiative »Kind im Krankenhaus« angeboten und ist häufig auch ausschlaggebend dafür, die Angebote im Klinikum wahrzunehmen. Die Elternschule beinhaltet größtenteils Angebote, die sich an Kinder und Eltern gleichermaßen richten, etwa Baby-massage und Spielkurse für die unterschiedlichen Altersstufen. Gefördert werden hierbei nicht nur die sensorischen und motorischen Fähigkeiten des Kindes, sondern auch der Erfahrungs-

austausch der Mütter und Väter untereinander. Hier entstehen kleine Netzwerke, die häufig über die Kleinkindzeit hinausgehen. Kochkurse können beispielsweise einen Grundstein für eine lebensbegleitende gesunde Ernährung sein und finden insbesondere bei Eltern nahrungsempfindlicher Kinder Interesse. Die Elternschule begleitet auf diese Weise Mütter und sogar ganze Familien von der Schwangerschaft bis hin zum Ende des Kleinkindalters (drei Jahre). In diesem Programmangebot verbindet sich der Auftrag der Volkshochschule, in allen Lebensphasen begleitendes Lernen anzubieten, mit den Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung.

BIRGIT KRAUSS, *Volkshochschule Hildesheim, Ständehausstr.1, 30161 Alfeld, Tel.: (0 51 21) 93 61-22, E-Mail: krauss@vhs-hildesheim.de, www.vhs-hildesheim.de*

Lesetipp

Perfekte Eltern und funktionierende Kinder?

Der Untertitel des von Sigrid Tschöpe-Scheffler mittlerweile in der zweiten überarbeiteten Auflage herausgegebenen Bandes lautet »Vom Mythos der ‚richtigen‘ Erziehung« und macht damit deutlich, dass es nicht darum geht, Erziehungsrezepte zu liefern, sondern Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Eltern ihre eigenen Stärken erkennen und nutzen können. Im Mittelpunkt des Buches steht deshalb ein »Eltern-Stärken-Test«, der als Ausgangspunkt für individuelle Standortbestimmungen und Entwicklungsmöglichkeiten dient. Es ist ein gutes Instrument zur Selbstanalyse, eignet sich aber auch, um den Blick von Professionellen aus der Jugendhilfe und Erziehungsberatung auf vermeintliche Defizite ihrer Zielgruppen neu zu justieren. (ta)

SIGRID TSCHÖPE-SCHEFFLER (HRSG.): *Perfekte Eltern und funktionierende Kinder – Vom Mythos der ‚richtigen‘ Erziehung, 2., durchgesehene Auflage 2006. Verlag Babara Budrich, Opladen, 131 Seiten, ISBN-978-3-86649-035-2, 12,90 Euro.*

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit e. V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (0511) 3 50 00 52
Fax: (0511) 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, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter, Tania-Aletta Schmidt, Ute Sonntag, Dagmar Vogt-Janssen, Imtraut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Thomas Altgeld, Gesine Bär, Prof. Dr. Beate Blättner, Niclas Beier, Christa Brand-Hastedt, Beate Castaldo, Carsten Direske, Prof. Dr. Toni Faltermaier, Dr. Christiane Franzius, Prof. Dr. Eberhard Göpel, Berit Hartig, Dr. Gabriele Hausdorf, Markus Heckenhahn, Günter Hölling, Kathrin Kaboth, Prof. Dr. Petra Kolip, Prof. Dr. Alexander Krämer, Birgit Krauss, Renate Löb, Svetlana Margackij, Dr. Gundula Pape, Dr. Bettina Reimann, Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Sabine Tuschinske, Dr. Michael T. Wright, Ruth Zinner

Sekretariat: Anja Führmann

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 55: 04.05.2007

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

Auflage: 6.500

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.

So bleibe ich gesund

Das Buch ist als Wegbegleiter für ein Jahr konzipiert, um Lebensprozesse dauerhaft in veränderte Bahnen zu lenken und einen gesundheitsorientierten Lebensstil zu entwickeln. Dazu haben ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und eine Psychotherapeutin, Supervisorin und Coach ihre Erfahrungen aus vielen Coaching- und Seminarprozessen systematisch aufbereitet. Das Buch will den Weg zu mehr Gesundheit, Lebensfreude und zu guten Balancen im Alltag weisen. Das Programm in zehn Etappen führt durch die Gesundheitsthemen Bewegung, Ernährung, Entspannung, Schlaf, Stressbewältigung und Lebensbalance. Das Buch bietet zur Unterstützung Fragebögen zur Selbsteinschätzung, klar strukturierte Übungen und Anleitungen. (us)

MATTHIAS LAUTERBACH, SUSANNE HILBIG: *So bleibe ich gesund. Was Sie für Ihre Gesundheit, Lebensenergie und Lebensbalance tun können. Ein Programm in 10 Etappen.* Carl Auer Verlag, Heidelberg, 2006, 233 Seiten, ISBN: 3-89670-562-8, 14,95 Euro

Selbstmanagement – ressourcenorientiert

Das Zürcher Ressourcen Modell ist das Ergebnis langjähriger Erfahrungen der Autorin und des Autors und stellt eine Hilfe zur Selbsthilfe für den Selbstmanagementansatz dar. Das Buch ist in zwei Schwerpunkte aufgeteilt. Zum einen führt es im einleitenden Theorie-Teil in eine Fülle aktueller neurowissenschaftlicher und psychologischer Befunde zum Thema Persönlichkeitsentwicklung ein und zum anderen bietet es einen umfassenden Trainingsteil (-modul) mit ausgearbeiteten und wissenschaftlich fundierten Grundlagen für die Durchführung von Trainingsseminaren. Das Trainingsmanual ist in fünf aufeinander aufbauende Trainingsphasen aufgeteilt: Mein aktuelles Thema klären; Vom Thema zu meinem Ziel; Vom Ziel zu meinem Ressourcenpool; Mit meinen Ressourcen zielgerichtet handeln; Integration, Transfer und

Abschluss. Im Anhang des Buches gibt es gut strukturierte Arbeitsblätter, die auch als Kopiervorlage genutzt werden können. (am)

MAJA STORCH, FRANK KRAUSE: *Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM).* Verlag Hans Huber, Bern, 2005, 256 Seiten, ISBN: 3-456-84172-8, 19,95 Euro

Swetlana Margackij

Die Welt trifft sich im Kindergarten

Das Buch beinhaltet klar formulierte Positionen in Sachen »Interkulturelle Arbeit« und »Sprachförderung«. Die Autorinnen gehen dabei der zentralen Frage nach: Wie kann im Alltag von Tageseinrichtungen die Präsenz und Wertschätzung von verschiedenen Sprachen und Kulturen für Kinder konkret erfahrbar gemacht werden? Die Vielfalt an Kulturen und Sprachen in Deutschland hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Entsprechend finden sich in Kindertageseinrichtungen Kinder aus aller Welt. Doch wie erleben Kinder, Erzieherinnen und Erzieher diese Kulturenvielfalt und wie gehen sie damit um? Zur aktuellen Diskussion um Sprachkompetenz und Sprachförderung von Migrantenkindern haben die Autorinnen ihre eigene Stellungnahme. Anstelle von Sprachtests setzen sie sich für eine systematische und prozessorientierte Beobachtung durch pädagogische Fachkräfte, die die Entwicklung der Sprache begleiten und dokumentieren, ein. Ein entsprechendes Beobachtungssystem wurde extra dafür entwickelt. Die Möglichkeit von interkultureller Arbeit und Sprachförderung wird in diesem Buch eindrucksvoll aufgezeigt.

MICHAELA ULICH, PAMELA OBERHUEMER, MONIKA SOLTENDIEK: *Die Welt trifft sich im Kindergarten. Interkulturelle Arbeit und Sprachförderung in Kindertageseinrichtungen.* Beltz Verlag, Weinheim, 2005, 72 Seiten, ISBN: 3-407-56316-7, 12,90 Euro

Modelle von Gesundheit und Krankheit

Das Buch informiert über die Definitionen und Dimensionen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung sowie die Schwierigkeiten der Abgrenzung zwischen diesen Konstrukten. Es geht um Stress und Bewältigung, um Modelle von Krankheit und Gesundheit, z. B. um geschlechtsspezifische und sozial-epidemiologische Modelle und um subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit. Das Buch zeigt auf, welche Konsequenzen die unterschiedlichen Theorieansätze für die Gesundheitsversorgung haben.

In einer Zeit, in der das biomedizinische Krankheitsmodell in der öffentlichen Diskussion um Gesundheitsreformen und Gesundheitskosten außerordentlich dominant ist, hat die Autorin das Anliegen, die im Gesundheitswesen Arbeitenden zu erreichen. Ihnen kommt eine besondere Verantwortung zu, unter Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger in einen gesellschaftlichen Dialog einzutreten, auf welche Weise eine Gesundheitsgesellschaft europäischer Prägung bewusst gestaltet werden kann. Dazu ist es notwendig, Alternativen zum die Diskussion beherrschenden Modell bekannt zu machen. Mit diesem Überblick hat die Autorin zudem einen leicht lesbaren Einführungstext z. B. für Studierende der Medizin, Psychologie, Psychiatrie, Pflege, Sozialpädagogik, Rehabilitation und Sonder- und Heilpädagogik vorgelegt. (us)

ALEXA FRANKE: *Modelle von Gesundheit und Krankheit.* Verlag Hans Huber, 2006, 231 Seiten, ISBN-10: 3-456-84353-4, 19,95 Euro

Daumenkultur

Der Mobilfunk hat neue kulturelle Muster geschaffen. Die Funktionen von Mobiltelefonen in der sozialen Interaktion und im Alltagsleben werden immer komplexer. Der vorliegende Band setzt sich mit der ständig anwachsenden Forschung zum Mobiltelefon auseinander und präsentiert Beiträge der führenden Forscher und Forscherinnen. Dabei geht es z. B. um die potenziell subversiven und regressiven Auswirkungen der

Mobiltelefone, darum, wie das Mobiltelefon in Entwicklungsländern zum sozialen Wandel beiträgt oder wie der Einsatz verschiedener Klingeltöne in rigiden hierarchischen Kulturen hilft, bei verschiedenen sozialen Gruppen die richtige Grußetikette am Handy durchzuführen. Das Handy als indiskrete Technologie oder das Handy als Fetisch sind weitere Beispiele aus der Fülle von Beiträgen. (us)

PETER GLOTZ, STEFAN BERTSCHI, CHRIS LOCKE (Hrsg.): *Daumenkultur. Das Mobiltelefon in der Gesellschaft. Transcript Verlag, Bielefeld, 2006, 348 Seiten, ISBN: 3-89942-473-5, 28,80 Euro*

Mythen um männliche Karrieren und weibliche Leistung

Karriere-Anforderungen sind nur in sehr eingeschränktem Maße an objektivierbare Leistungskriterien gebunden. Allgemeine, eher unausgesprochene Kriterien spielen eine zentrale Rolle. Sie beziehen sich auf die private Lebenssituation und den damit verbundenen Vorstellungen vom beruflichen Einsatz. In der vorliegenden Untersuchung werden die Bedingungen für den beruflichen Erfolg von Frauen und Männern mit technischen und naturwissenschaftlichen Studienabschlüssen näher beleuchtet. Dabei geht es um Kriterien vor der Berufstätigkeit wie Studienleistungen, Auslandsaufenthalte, gesellschaftliches Engagement sowie um Kriterien während der Berufstätigkeit wie Mobilität oder Weiterbildung. Zudem wird die Arbeitskultur mit den Aspekten Leistungsbereitschaft, tatsächliche Arbeitszeit und Abwesenheit von zu Hause als Indikatoren für beruflichen Erfolg überprüft. Die Anforderungen, die die Arbeitskultur an die private Lebenssituation stellt, werden nachgezeichnet. (us)

YVONNE HAFNER: *Mythen um männliche Karrieren und weibliche Leistung. Budrich Verlag, Opladen, 2007, 134 Seiten, ISBN-10: 3-86649-050-X, 14,90 Euro*

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach dem SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 91 SGBV stellt das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Ärztinnen und Krankenkassen in der gesetzlichen Krankenversicherung dar. In der vorliegenden Dissertation werden die rechtliche Form, die normativen Befugnisse sowie dessen Möglichkeiten als Steuerungsinstrument der Qualitätssicherung untersucht. Neben der Darstellung des Aufbaus und der Struktur wird weiterhin detailliert auf die Instrumente eingegangen, die der Qualität der medizinischen Versorgung dienen sollen. (ts)

STEFANIE SEERINGER: *Der gemeinsame Bundesausschuss. Gesundheitsrecht und Gesundheitswissenschaften, Band 13, Nomos Verlag, Baden-Baden, 2006, 341 Seiten, ISBN: 3-8329-1834-5, 29,00 Euro*

Gender in Organisationen

Kompaktwissen Gender will zügig informieren, will kurz und bündig einen Einblick in »Gender« verschaffen. In einem oft eigenwilligen Ritt durch die Themen Geschlecht und Gender, Genderaspekte in der Familie, Gender Mainstreaming in Organisationen, Methoden für Gender Mainstreaming, Gender in Organisationen und Beispiele aus der Praxis wird eine große Menge Wissen angedeutet und mit Literaturhinweisen am Schluss der Kapitel versehen. Zielgruppen sind Studierende der Sozialwissenschaften, der Technik- und Naturwissenschaften, Personalabteilungen in Organisationen, Genderbeauftragte sowie Frauen und Männer, die sich privat an dem Geschlechterdiskurs informierter beteiligen wollen. Die Reihe Angewandte Genderforschung wird mit weiteren Themen fortgesetzt. (us)

INGELORE WELPE, MARIKE SCHMECK: *Kompaktwissen Gender in Organisationen. Angewandte Genderforschung, Band 1, Peter Lang Verlag, Frankfurt a. M., 2005, 185 Seiten, ISBN: 3-631-54550-9, 19,80 Euro*

Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich

Was kann eine Kommunikationskampagne im Gesundheitsbereich leisten? Wo liegen die Grenzen von Gesundheitskampagnen? Was ist für einen Erfolg entscheidend? Das Buch ist eine systematische Einführung in die kommunikationswissenschaftlichen Grundlagen und die empirischen Befunde der aktuellen Kampagnenforschung. Anhand von Beispielen wie AIDS, Alkohol, Tabak oder Sucht wird aufgezeigt, wie theoretisches Wissen für die konkrete Planung, Durchführung und Evaluation von Kampagnen nutzbar gemacht werden kann. (us)

HEINZ BONFADELLI, THOMAS FRIEMEL: *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. UVK Verlagsgesellschaft, Konstanz, 2006, 149 Seiten, ISBN: 3-89669-579-7, 24,00 Euro*

Gesundheitsdaten verstehen

Wenn Daten sprechen könnten, würden sie oft etwas anderes erzählen als wir beim ersten Betrachten vermuten. Die Autoren führen vor, in welchem Verhältnis Daten und Wissen zueinander stehen. Die wichtigsten epidemiologischen Begriffe und Kennziffern werden vorgestellt. Das Buch gibt einen Überblick über die verschiedenen Daten und Datenquellen und vermittelt, wie Daten dargestellt und vermarktet werden. Allgemeinverständlich wird anhand konkreter Beispiele aufgezeigt, wie Statistiken zu lesen sind und welche Fallstricke es dabei gibt. Zugleich erfährt man auf unterhaltsame Weise etwas über die Gesundheit der Menschen in Deutschland. (us)

JOSEPH KUHN, MANFRD WILDNER: *Gesundheitsdaten verstehen. Verlag Hans Huber, Bern, 2006, 101 Seiten, ISBN: 3-456-84355-0, 19,95 Euro*

Pschyrembel Sozialmedizin

Erstmals ist jetzt in der Standardreihe der Medizinlexika ein umfassendes Nachschlagewerk zur Sozialmedizin erschienen. Aktuell zur Gesundheitsreform und in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Bund bietet der Pschyrembel Sozialmedizin klar strukturierte Informationen zu Rehabilitation, Gesundheitsökonomie, Public Health, Prävention und Gesundheitssystem, Qualitätsmanagement, Sozialrecht, Epidemiologie, Umwelt- und Arbeitsmedizin sowie Statistik. Er ist unentbehrlich in der gutachterlichen Praxis, in Rehabilitationseinrichtungen, in Studium und Ausbildung sowie in der sozialmedizinischen Beratung. Der Band ist nicht nur für alle Gesundheitsberufe ein relevantes Standardwerk. (ta)

PSCHYREMBEL SOZIALMEDIZIN, Walter de Gruyter, Berlin und New York, 2007, 552 Seiten, ISBN: 978-3-11-017605-6, 39,95 Euro

Kathrin Kaboth

Praxisbeispiele Bürger- schaftlichen Engage- ments in Schulen

Der Bürgerkulturpreis des Bayrischen Landtags 2005 stand unter dem Motto »Bürgerschaftliches Engagement und Schule«. Die 96 Projekte, die sich darauf beworben haben, werden in diesem Buch vorgestellt. Unter anderem sind generationsübergreifendes Engagement, Umweltinitiativen sowie Projekte zur Gestaltung des schulischen Lebens und Unterstützung für benachteiligte Personengruppen zu finden. Ebenso wurden manche Schulen international tätig, engagierten sich im Bereich der Vermittlung von Ehrenämtern für junge Menschen oder entwickelten ein Projekt zum Thema »Schule und Öffentlichkeit«. Aufgrund der Themenvielfalt der unterschiedlichen Projekte bietet diese Zusammenstellung einen guten Ideenpool für Schulen oder andere ähnliche Einrichtungen, die bürgerschaftliches Engagement fördern und eigene indivi-

duelle Projekte entwickeln wollen. Am Ende jeder Projektvorstellung ist durch die Aufführung von Kontaktadressen die Möglichkeit gegeben, sich noch intensiver mit dem jeweiligen Konzept auseinander zu setzen und sich Anregungen für die eigene Umsetzung zu verschaffen.

ALOIS GLÜCK (HRSG.): *Bürgerschaftliches Engagement. Initiativen für die Schulen.* Jehle Verlag, Heidelberg u. a., 2006, 295 Seiten, ISBN: 978-3-7825-0504-8, 19,80 Euro

Gesundheitliche Ungleichheit

Obwohl die gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit mittlerweile auch in Deutschland sehr gut wissenschaftlich belegt sind, gibt es immer noch Defizite in der Erklärung der Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Der von Matthias Richter und Klaus Hurrelmann herausgegebene Band »Gesundheitliche Ungleichheit« untersucht die Mechanismen und Prozesse, die dem sozialen Gradienten in der Gesundheit zugrunde liegen. Der Band bietet einen umfassenden Überblick über Theorien, Forschungsergebnisse und Implikationen für Politik und Praxis. Er führt in die aktuelle Diskussion soziologischer und gesundheitswissenschaftlicher Erklärungen gesundheitlicher Ungleichheit ein, stellt innovative empirische Ergebnisse vor, diskutiert methodische Herausforderungen und zeigt Möglichkeiten auf, den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit zu verringern. Dabei wird insbesondere die enge Verzahnung zwischen Gesundheits-, Sozial- und Gesellschaftspolitik sehr deutlich aufgezeigt. (ta)

MATHIAS RICHTER & KLAUS HURRELMANN (HRSG.): *Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006, 460 Seiten, ISBN-10: 3-531-14984-9, 39,00 Euro

Gender und Generation

Dieser Sammelband widmet sich dem komplexen Verhältnis von Gender und Generationen, das im Zusammenspiel vieler wissenschaftlicher Disziplinen beleuchtet wird. Die zwei Strukturkategorien Zeit und Geschlecht werden zusammengedacht und daraufhin befragt, welche Bilder, Symbole und Narrationen sie in diversen Kulturen generieren. Gerade der Zusammenhang von Gentechnik und Reproduktionstechnologien und deren Implikationen für Machtrelationen zwischen den Geschlechtern bilden dabei einen besonders aktuellen Schwerpunkt des Generalthemas. (us)

MARLEN BIDWELL-STEINER, KARIN S. WOZONIG (HRSG.): *Gender & Generation.* Studien Verlag, Innsbruck u. a., 2005, 313 Seiten, ISBN: 3-7065-4196-3, 24,00 Euro

Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung

Das Grundlagenbuch geht mit großem Detailwissen der Frage nach, mit welchen Modellen Gesundheit und Krankheit beschrieben werden können, welche Indikatoren es gibt und mit welchem diagnostischen Instrumentarium Gesundheit und Krankheit erfasst werden können. Stressor-Stress-Modelle, Diathese-Stress-Modelle und Stressor-Ressourcen-Modelle werden diskutiert, bevor Becker das von ihm entwickelte systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit vorstellt und einer empirischen Überprüfung unterzieht. Grundthese ist, dass der Gesundheitszustand eines Individuums auch davon abhängt, wie gut es diesem Menschen gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe interner und externer Ressourcen zu bewältigen. Abschließend werden gesundheitsfördernde Maßnahmen skizziert, die bei internen und externen Anforderungen sowie Ressourcen ansetzen. (us)

PETER BECKER: *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung.* Hogrefe Verlag, Göttingen u. a., 2006, 324 Seiten, ISBN-10: 3-8017-2029-2, 29,95 Euro



www.bips.uni-bremen.de

Das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) ist eine zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Universität Bremen, die ihre Aufgabe in der Erforschung von Krankheitsursachen und der Vorbeugung von Erkrankungen hat. Die Website informiert über die Arbeitsschwerpunkte, Projekte, Serviceleistungen und Veröffentlichungen des Instituts sowie über Veranstaltungen und Weiterbildungsangebote.

www.bmbf.bund.de

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), informiert auf seiner Website über Forschungs- und Bildungsprogramme der Bundesregierung. Unter der Rubrik Gesundheitsforschung sind aktuelle Vorhaben vorgestellt und Publikationen zum Thema Gesundheitsforschung erhältlich.

www.dfg.de

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft ist die zentrale Förderorganisation für die Forschung in Deutschland. Sie berät Parlamente und Behörden und fördert junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Die DFG unterstützt die bundesweite Initiative: Tag der Gesundheitsforschung und fördert die Projektgruppe Medizintechnik.

www.ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_de.htm

Die Seite der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz gibt einen Überblick über Vorschriften und allgemeine Informationen zur Gesundheit und zum Verbraucherschutz der EU-Mitgliedsstaaten.

www.ec.europa.eu/dgs/education_culture/index_de.html

Auf der Seite der Generaldirektion Bildung und Kultur sind u. a. verschiedene Programme zu finden, die sich auch mit dem Themenfeld Gesundheit i.w.S. befassen.

www.eubuero.de

Das EU-Büro des Bundesministeriums für Bildung und Forschung fungiert als Anlaufstelle für allgemeine Informationen zum 7. Forschungsrahmen-

programm. Ziel des Büros ist es die Beteiligung von Frauen an internationalen Forschungsnetzwerken zu unterstützen. Auf der Website erhält man Informationen zu den Service-Dienstleistungen des EU-Büros.

www.fgoe.org/startseite

Der Fonds Gesundes Österreich fördert Projekte, entwickelt Aktivitäten und Kampagnen zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention und regt Kooperationen an. Der Fonds ist dem nationalen Forschungs- und Planungsinstitut für Gesundheitswesen angegliedert. Auf der Homepage erfährt man mehr zu Möglichkeiten der Projektförderung und zu Veranstaltungen und Publikationen.

www.forum-gesundheitspolitik.de/index.htm

Das Forum Gesundheitspolitik ist eine private Initiative, die von gesundheitspolitisch engagierten Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen getragen wird. Zielsetzung ist eine fundiertere Information der Öffentlichkeit und insbesondere von Fachleuten aus Wissenschaft und Journalismus, Studierenden und politischen Entscheidungsträgern über gesundheitspolitische Rahmenbedingungen.

www.forschungsrahmenprogramm.de

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung informiert auf einer gesonderten Website über das 7. Forschungsrahmenprogramm der Europäischen Union. Auf der Homepage erhält man Informationen zur Antragstellung und Projektdurchführung.

www.hp-int.org

Die englischsprachige Website der kanadisch-europäischen Initiative zur Gesundheitsförderung, an der auch die Hochschule Magdeburg-Stendal beteiligt ist, dient dem internationalen Austausch und gibt Auskunft über aktuelle Programme und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung.

www.kda.de

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe setzt sich für die Belange der älteren Menschen ein und informiert, berät,

forscht und entwickelt, um Wege für eine hohe Lebensqualität im Alter aufzuzeigen. Auf der Website erhält man Projektinformationen zu verschiedenen Themengebieten des Alters.

www.kowi.de

Auf der Seite der Koordinierungsstelle der Wirtschaftsorganisationen finden sich zahlreiche Informationen zum Thema Forschen in Europa sowie Veranstaltungshinweise.

www.pt-dlr.de/pt/gf

Der PT-DLR GF (Projektträger Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt Gesundheitsforschung) arbeitet in erster Linie für das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie für das Bundesministerium für Gesundheit. Hauptaufgabe ist die Förderung der Gesundheitsforschung. Auf der Website erhält man Informationen zu Fördermöglichkeiten und aktuellen Forschungsvorhaben.

www.v-up.de

Auf der Homepage finden sich allgemeine Auskünfte über den Verbund der unabhängigen Patientenberatungsstellen, wie die Standorte der einzelnen Beratungsstellen, die Ziele und die gesetzlichen Grundlagen.

www.wissenschaft-gesundheit.de

Die Website informiert über die Initiative: Tag der Gesundheitsforschung. An diesem Tag werden bundesweit der aktuelle Stand und die Perspektiven der Gesundheitsforschung vorgestellt. In jedem Jahr wird ein anderer Schwerpunkt auf den bundesweiten Veranstaltungen zum Tag der Gesundheitsforschung diskutiert. Im Archiv der Homepage können die Schwerpunkte der letzten Jahre nachgelesen werden.



Veranstaltungen der LVG Niedersachsen e. V.

Fibromyalgie – Wenn Schmerzen den Menschen nicht mehr loslassen

21. April 2007, Hannover

Fibromyalgie ist eine Erkrankung, die mit chronischen Schmerzen, Dauermüdigkeit und weiteren Störungen des Allgemeinbefindens einhergeht. Mehr Frauen als Männer sind davon betroffen. Die Diagnose Fibromyalgie ist ein einschneidendes Ereignis und wird oft erst nach Jahren gestellt. Für viele Erkrankte weckt die Diagnose das Gefühl, nutzlos und wertlos zu sein. Sie fühlen sich einsam und ziehen sich zurück. Zudem leiden Betroffene unter diagnostischen Unsicherheiten, Fehlbeurteilungen und Fehlversorgung. Die Tagung will informieren, aufklären, sensibilisieren und neue Wege aufzeigen. Dabei sind Interessierte und Betroffene ebenso wie Fachleute angesprochen. Die verschiedenen Sichtweisen von Medizin, Physiotherapie, Psychologie, die Sicht der Betroffenen und deren Angehörigen werden in der Tagung zusammengeführt.

Diese Veranstaltung ist die erste in einer Informationsreihe Chronische Erkrankungen der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., in deren Mittelpunkt chronische Erkrankungen stehen, bei denen ein Informationsdefizit besteht. Sie findet in Kooperation mit der Rheuma-Liga und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. statt und wird von der Gmünder Ersatzkasse sowie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege unterstützt.

Jahrstagung der LVG: Familien am Start – Ressourcenorientierte Gesundheitsförderung im Setting Familie

08. Mai 2007, Hannover

Nach wie vor sind Kinder in Deutschland im Vergleich zu anderen Altersgruppen überproportional häufig von Armut betroffen. Die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern, ihre Chancen zur Teilnahme an der Gesellschaft und auf ein gelingendes Leben hängen jedoch entscheidend davon ab, wie sie heranwachsen. Maßnahmen zur Stärkung der Elternkompetenz sollten daher insbesondere bei sozial benachteiligten Familien möglichst früh vorgenommen werden. Denn eine tragfähige Eltern-Kind-Bindung bildet sich im ersten Lebensjahr und ist für die psychische und physische gesundheitliche Entfaltung eines Kindes unerlässlich. Zu diesem Zeitpunkt ist es leichter möglich, Fehlentwicklungen entgegen zu steuern.

Die Jahrestagung der Landesvereinigung greift die Veränderungen der Rahmenbedingungen für Familien auf und zeigt die gesundheitlichen Risiken dieser Entwicklungen auf. Schwerpunkt der Tagung werden aber gelungene Beispiele früher Förderung von Ressourcen in Familien sein.

Armut im Alter – heute noch kein Thema?

09. Mai 2007, Hannover

Auf Grund ökonomischer und politischer Entwicklungen ist davon auszugehen, dass sich die Einkommenssituation älterer Menschen in Zukunft deutlich verschlechtern wird. Gleichzeitig nimmt die bereits heute bestehende Ungleichheit in der Einkommenssituation zu. Alleinstehende, hochbetagte Frauen und Menschen mit Migrationshintergrund sind im Alter

stärker von Armut betroffen als vergleichbare Nichtmigrantengruppen. Häufig findet Armut verdeckt statt. Zahlen über die materielle Lage sagen in der Regel nicht genügend über die tatsächliche Lebenssituation älterer Menschen aus, stattdessen müssen Aspekte wie der Gesundheitszustand, Pflegebedürftigkeit, soziale Integration, die Verfügbarkeit sozialer Netzwerke und die Wohnsituation in die Betrachtung einbezogen werden. Gerade die gesundheitliche Situation der Älteren birgt ein hohes Armutsrisiko, da Zuzahlungen, Praxisgebühren, die Kosten für Hilfsmittel und nicht-verschreibungspflichtige Medikamente oft zu hohen finanziellen Belastungen führen. Vor allem Pflegebedürftigkeit erhöht das Armutsrisiko deutlich.

Die Tagung hat das Ziel, das bislang noch wenig beachtete Thema Altersarmut stärker in die Öffentlichkeit zu bringen. Sie richtet sich an Fachkräfte aus der Seniorenarbeit, dem ÖGD, Krankenkassen, der Medizin, der Pflege, dem bürgerschaftlichen Engagement, der Politik sowie an Seniorenvertreterinnen und -vertreter.

Sitzung des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen

11. Mai 2007, Hannover

Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen trifft sich regelmäßig zum Erfahrungsaustausch, um Veranstaltungen und Aktivitäten zu planen und zu Schwerpunktthemen gemeinsam zu arbeiten.

Erstes Hospizforum Forum Niedersachsen

12. Mai 2007, Hannover

Die Hospizbewegung ist in Deutschland als ehrenamtliche Bürgerbewegung gestartet. Inzwischen hat sie die Aufmerksamkeit der Politik und die Anerkennung der Berufe in der Palliativversorgung erobert. Noch ist unklar, welche Rolle die Ehrenamtlichen in dem breiten Feld der Versorgung Schwerkranker mittel- und langfristig einnehmen werden. Doch haben alle Seiten angesichts des demografischen Wandels und der ökonomischen Rahmenbedingungen Interesse daran, dass Ehrenamtliche in der Begleitung Schwerkranker, Sterbender und Trauernder einen nachhaltigen und selbstbewussten Platz einnehmen und behalten.

Das erste Hospiz Forum Niedersachsen lädt ein, eine Zwischenbilanz auf dem Weg zu einer flächendeckenden und vernetzten Palliativversorgung und Hospizkultur in Niedersachsen zu ziehen.

Familien auf dem Weg – mehr Gesundheit durch neue Konzepte

22. Mai 2007, Hannover

Die traditionelle Familie wird heute ergänzt durch eine Vielzahl anderer Beziehungsmuster, zum Beispiel allein erziehender Eltern, gleichgeschlechtlich erziehender Paare aber auch in Form von Wohngemeinschaften. Was also heißt Familie und Familiengesundheit heute? Welchen die Gesundheit belastenden Faktoren sind Familien heute ausgesetzt? Welche gesundheitsförderlichen Ressourcen und Kompetenzen haben aber Familien ebenso?

Neues aus der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V.

Die Veranstaltenden möchten mit der Tagung auf den besonderen Unterstützungs- und Förderungsbedarf von Familien hinweisen. Die Referierenden zeigen Trends und Zukunftsperspektiven der Familiengesundheit auf. Sie geben Hinweise, wie Familienpolitik, Prävention, Gesundheitsförderung und die Akteure der medizinischen Versorgung diese in ihre Konzepte einbeziehen können.

Die Tagung findet als Kopperationsveranstaltung der AWO vita, der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und des IKK-Landesverbandes Niedersachsen statt.

Health Inequalities, Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit

08.-09. Juni 2007, Bielefeld

Mit der stabilen Befundlage dazu, dass sich gesundheitliche Lebenschancen nach sozialer Schichtung verteilen, erhält die Debatte über Health Inequalities heute zwar eine zunehmend höhere politische Brisanz. Dennoch ist der eigentliche Forschungsgegenstand noch längst nicht ausreichend exploriert. Obwohl sich also die empirische Datenlage stetig verbessert, existiert über die reine Kenntnis eines stabilen Zusammenhangs zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit hinaus kein Einblick in die zu Grunde liegenden Mechanismen der Produktion und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten. Die Frage, wie sich soziale in gesundheitliche Ungleichheiten transformieren, bezeichnet zu großen Teilen noch immer eine Blackbox der grundlagen-theoretischen Diskussion.

Ziel der Tagung ist es, unterschiedliche Determinanten und Mechanismen der Entstehung und Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten zu thematisieren und so zu einem besseren Verständnis gesundheitlicher Ungleichheit beizutragen. Im Blickpunkt stehen die Themenbereiche: Gesundheitliche Ungleichheiten durch ungleiche Versorgung? Migration und die Effekte ethnischer Normierungen, Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf – Wo steht die deutschsprachige Forschung? Settingorientierte Gesundheitsförderung zwischen Risiko und Resilienz.

Vorschau

›Partizipation – gesund – gestalten‹
Beteiligungsmodelle in KiTas, ein Gewinn für alle
05. Juli 2007, Hannover

Alle gegen eine(n)?! Mobbing in Schulen
27. Juni 2007, Hannover

Sprachentwicklungsstörungen und ihre Therapie – eine kritische Bestandsaufnahme

12. Juli 2007, Hannover

Seit Jahren steigen die Ausgaben in den Bereichen der Sprach- und Ergotherapie kontinuierlich an. Ein Großteil dieser Mittel wird für Kinder bis zum Alter von zehn Jahren verwendet. So werden in Niedersachsen für die Sprachtherapie 64,5 % der Ausgaben für Kinder dieser Altersgruppe eingesetzt. Eine gute Investition in dringend notwendige Behandlungen der Kinder sagen die Einen; hinsichtlich ihrer Notwendigkeit und Effizienz zu hinterfragende Therapie-maßnahmen sagen die Anderen. Wo liegen die Ursachen für die starke Zunahme sprachtherapeutischer Verordnungen? Erhalten die Kinder frühzeitig genug die für sie hilfreichen und sinnvollen Therapiemaßnahmen und -angebote? Besteht die Gefahr, dass die Medizin und Therapie auch bei an sich ausreichender Förderung zunehmend Bestandteil des vorschulischen Förderangebotes werden?

Die Tagung wird in Kooperation mit dem IKK-Landesverband Niedersachsen durchgeführt. Die Zertifizierung der Tagung mit Fortbildungspunkten ist bei der Akademie für ärztliche Fortbildung beantragt.

Weiter Informationen und Kontakt:
www.akademie-sozialmedizin.de

Vorschau

15. Robert-Koch-Tagung, zugleich 29. Fortbildungsveranstaltung der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Niedersachsen
06.-07. September 2007, Clausthal-Zellerfeld

Qualität in der Pflege – Eine Bestandsaufnahme
24. September 2007, Hannover

Impfschutz
09. Oktober 2007, Hannover

XVII. Niedersächsische Suchtkonferenz
18. Oktober 2007, Hannover

8. SOPHIA- Fachtagung
09. November 2007, Winsen/Luhe

Niedersachsen

Alkohol, Gewalt, Kriminalität. Was kann Prävention leisten?, 12.04.2007, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, www.jugendschutz-niedersachsen.de

Wissensbörse – Praxis Stadtteilarbeit, 10.05.2007, Hannover, Kontakt: Landesarbeitsgemeinschaft Soziale Brennpunkte Nds. e.V., Stiftstraße 15, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 701 07 09, Fax: (05 11) 161 25 03, E-Mail: geschaeftsstelle@lag-nds.de

Innovation durch Wissenstransfer, Loccumer Generationentagung, 09.-11.04.2007, Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Postfach 2158, 31545 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-0, Fax: (0 57 66) 81-900, E-Mail: Petra.Fleischer@evlka.de

Von der Diät zur Ess-Störung? Sozialpolitische Reihe des Frauenzentrums Laatzen, 23.04.2007, Laatzen, Kontakt: Stiftung Leben & Umwelt, Warmbüchenstr. 17, 30159 Hannover, Tel.: (0511) 30 18 57-11, E-Mail: steinhoff@slu-boell.de

Bildungsreform und soziale Gerechtigkeit, 11.-13.05.2007, Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Postfach 2158, 31545 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-0, Fax: (0 57 66) 81-9 00, E-Mail: Petra.Fleischer@evlka.de

Hartz und Sozialarbeit, die Auswirkungen der Arbeitsmarktreform auf den sozialen Sektor, 10.-13.04.2007, Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Postfach 2158, 31545 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-0, Fax: (0 57 66) 81-9 00, E-Mail: Petra.Fleischer@evlka.de

Ringvorlesung, Arbeitsbedingte Frühberentungen – Präventionspolitische Gestaltungsspielräume, 17.04.2007, Hannover, Kontakt: ExplorAging, Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft (WA), Leibniz Universität Hannover, Schloßwender Str. 5, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 762-44 95, -40 57, E-Mail: exploraging@wa.uni-hannover.de

Forum, Bildung im und durch Sport, 18.04.2007, Hannover, Kontakt: Akademie des Sports im LandesSportBund Niedersachsen e.V., Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 12 68-3 00, Fax: (05 11) 12 68-33 33, E-Mail: dkrause@lsb-niedersachsen.de

Ringvorlesung, Bildungsdemografie – Gestalterische Verantwortung für den Einzelnen und die Gesellschaft, 24.04.2007, Kontakt: ExplorAging, Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft (WA), Leibniz Universität Hannover, Schloßwender Str. 5, 30159 Hannover, Tel.: (0511) 7 62-44 95, -40 57, E-Mail: exploraging@wa.uni-hannover.de

Symposium für Salutogenese, Verstehen können – mit Ratio und Intuition, 04.-06.05.2007, Bad Gandersheim, Kontakt: Zentrum für Salutogenese, Maria Günther, Am Mühlenteich 1, 37581 Bad Gandersheim, Tel.: (0 53 82) 95 54 70, Fax: (0 53 82) 9 5 47 12, www.salutogenese-zentrum.de

Tagung, Mundgesundheit und Ernährung bei Kindern, Datenlage – Risiken – Prävention, 09.05.2007, 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

Lust und Risiko, Kind- und Jugendgerechte Gesundheitsvorsorge als kommunalpolitische Netzwerkaufgabe, 22.-24.06.2007, Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Postfach 2158, 31545 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-0, Fax: (0 57 66) 81-900, E-Mail: Petra.Fleischer@evlka.de

8. Sommerakademie zum Thema Lehren und Lernen, Methodenwerkstatt für Lehrkräfte – nicht nur im Sport, 13.-15.07.2007, Hannover, Kontakt: Akademie des Sports im LandesSportBund Niedersachsen e.V., Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 12 68-3 00, Fax: (05 11) 12 68-33 33, E-Mail: dkrause@lsb-niedersachsen.de

Bundesweit

Kongress, Demografischer Wandel als Chance: Wirtschaftliche Potenziale der Älteren, 17.-18.04.2007, Berlin, Kontakt: Martina Leisten Tel. (0 30) 65 00 01 81, Fax: (0 30) 65 00 01 90, E-Mail: m.leisten@media-consulta.com

Kongress, Prävention als Leitthema grüner Gesundheitspolitik, 20.-21.04.2007, Berlin, Kontakt: Bündnis 90/Die Grünen im Bundestag, Koordination Arbeitskreis 1, Platz der Republik 1, 11011 Berlin, Tel.: (0 30) 22 75 89 09, Fax: (0 30) 22 75 69 02, E-Mail: praeventionskongress@gruene-bundestag.de

Kongress, EUROPA SOZIAL MANAGEN – Werte – Wettbewerb – Finanzen, 26.-27.04.2007, Magdeburg, Kontakt: SozKon – Kongressorganisation – c/o AWO-Akademie, Helene Simon, Oppelner Str. 130, 53119 Bonn, Victoria Woytalewicz, Tel.: (02 28) 66 85-136

Tagung, Korrupt oder korrekt. Wie bleibt die Selbsthilfe unabhängig?, 27.04.2007, Berlin, Kontakt: Theodor Springmann Stiftung, Patienteninformationsstelle, Reuchlinstraße 10-11, 10553 Berlin, Tel.: (0 30) 44 02 40 79, Fax: (0 30) 44 02 40 99, E-Mail: auskunft@patiententelefon.de

Tagung, „Umwelt, Gene, Infektionen? Krebsrisiken und Wege der Prävention“, 03.05.2007, Würzburg, Kontakt: FLUGS-Team, GSF – Forschungszentrum, Abt. Kommunikation, Ingolstädter Landstraße 1, 85764 Neuherberg, Tel.: (0 89) 3187-2710, -2711, -2526, E-Mail: flugs@gsf.de

Gesund Führen in Veränderung, 04.05.2007, Berlin, Kontakt: Stefan Cordes, Institut für Unternehmensgesundheit, Rungestr. 22, 10179 Berlin, Tel.: (0 30) 42 09 13 23, E-Mail: cordes@unternehmensgesundheit.de

Tagung, Ernährung sichern: Risiken meiden – nachhaltig handeln, 04.-05.05.2007, Gießen, Kontakt: Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V., Sandusweg 3, 35435 Wettenberg/Gießen, Tel.: (06 41) 80 89 6-0, Fax: (06 41) 80 89 6-50

Konferenz zur Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung, 08.-09.05.2007, Dresden, Kontakt: Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden gGmbH, Georg-Nerlich-Straße 2, 01307 Dresden, Tel.: (03 51) 44 40 29 02, E-Mail: grom@palliativakademie-dresden.de

Fortbildung Mädchenarbeit und Jungenarbeit – zwei Inseln in der Kinder- und Jugendarbeit oder gemeinsames Terrain?, 10.05.2007, Mainz, Kontakt: Paritätisches Bildungswerk, Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e.V., Feldmannstraße 92, 66119 Saarbrücken, Tel.: (06 81) 9 26 60-22, Fax: (06 81) 9 26 60-23, E-Mail: l.reuter@quarternet.de

XI. Bundeskongress, Hebammen fördern Gesundheit – von Anfang an, 14.-16.05.2007, Leipzig, Kontakt: Bund Deutscher Hebammen e.V., Gartenstraße 26, 76133 Karlsruhe, Tel.: (07 21) 9 81 89-0, Fax: (0721) 9 81 89-20, E-Mail: info@bdh.de, Internet: www.bdh.de

Tagung, Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, 29.05.2007, Freiburg, Kontakt: Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Hauptstraße 5, 79104 Freiburg, Tel.: (0761) 2 70-69 84, Fax: (0761) 2 70-69 89, E-Mail: Andreas_Loh@psyallg.ukl.uni-freiburg.de, Internet: www.patient-als-partner.de

Wissenschaftliches Symposium, Alkohol in Europa und Deutschland, 04.-06.06.2007, Tutzing, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Ida Schulte-Hentschel, Westenwall 4, 59065 Hamm, Tel.: (02381) 90 15 19, Fax: (0 23 81) 90 15 30, E-Mail: schulte@dhs.de

Deutscher Präventionstag, „starke Jugend – starke Zukunft“, 18.-19.06.2007, Wiesbaden, Kontakt: Deutscher Präventionstag, Am Waterloooplatz 5 A, 30169 Hannover, Tel.: (0511) 2 35 49 49, Fax: (0511) 2 35 49 50

Deutscher Pflegekongress 2007, im Rahmen des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit, 20.-22.06.2007, Berlin, Kontakt: Hauptkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstr. 48, 10243 Berlin, Tel.: (0 30) 49 85 50 31, Fax: (0 30) 49 85 50 30, E-Mail: info@hauptkongress.de

International

Jahrestagung der European Society for Social Pediatrics: Health Systems and Child Health: lessons from cross-country comparisons, 13.-14.09.2007, Triest, Italien, Kontakt: E-Mail: direzione.scientifica@burlo.trieste.it, www.infodienst.bzga.de

Competence 50+ – Alter als Chance – eine europäische Konferenz zum Thema Agemanagement, 18.-20.06.2007, Göteborg, Schweden, Kontakt: Congrex Sweden AB, Ref. Competence 50+ 2007, P.O. Box 5078, SE-402 2 Göteborg, Schweden, Tel.: +46 31 708 60 00, Fax: +46 31 708 60 25, E-Mail: competence2007@congrex.com, www.livskompetens.com

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