

## Psychische Gesundheit

### Editorial

Der Fachbegriff Psychische Gesundheit ist anders als der englische Begriff ›mental health‹ noch schwergängig und abstrakt. Allein die Gründung des neuen Netzwerkes ›German Network for Mental Health‹ beweist die Dynamik, mit der psychische Gesundheit als neues Handlungsfeld in Deutschland etabliert wird. Psychische Störungen nehmen innerhalb eines sich verändernden Krankheitsspektrums einen immer größeren Raum ein. Depression ist mittlerweile ähnlich wie Diabetes und Herz-Kreislauferkrankungen eine der häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Auch wegen dieser rasanten Zunahme von psychischen Erkrankungen muss die Primärprävention vorangetrieben werden. Diese impulse-Ausgabe versucht, Antworten darauf zu geben, was psychische Gesundheit ist, wie psychische Gesundheitspotentiale gestärkt und -risiken minimiert werden können. Dabei werden die gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen und Arbeitszusammenhänge, die psychische Gesundheit ermöglichen, nicht außer Acht gelassen.

Auch in kommunalen Settings sind einige vielversprechende, neue Ansätze entstanden, die wir in dieser Ausgabe vorstellen. In den Rubriken Aktuelles, Mediothek und Termine finden Sie wie gewohnt Tagungsberichte, Veröffentlichungsinformationen, Berichte über neue Medien sowie interessante Veranstaltungen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Mobilität und Bewegung‹ (Redaktionsschluss 07.02.2003) und ›Gesundheit in den Medien/Medien in der Gesundheitsförderung‹ (Redaktionsschluss 09.05.2003). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen sich an den kommenden Ausgaben mit Artikelvorschlägen, Beiträgen, Projektvorstellungen, Veröffentlichungshinweisen, Tagungsberichten oder Terminankündigungen zu beteiligen.

Wir möchten die letzte Ausgabe des Jahres nutzen, um uns bei allen Autorinnen und Autoren der vier Ausgaben im Jahr 2002 herzlich für ihre Beiträge zu bedanken. Ohne Ihre engagierte unentgeltliche Mitwirkung wäre die Herausgabe dieser Zeitung nicht möglich. Außerdem möchten wir uns bei den Leserinnen und Lesern für das lebendige Interesse an unserer Zeitschrift und die vielfältigen Rückmeldungen bedanken. Wir wünschen Ihnen allen schöne Festtage, einen angenehmen Jahresausklang und ein erfolgreiches und gesundheitsförderliches Jahr 2003.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

## Inhalt

- Was erhält den Menschen gesund? ... Seite 2
- Stress and helplessness related conditions in European societies in transition – observations and implications ... Seite 3
- Frauen und seelische Gesundheit ... Seite 4
- Psychische Erkrankungen bei junger Generation steigen dramatisch ... Seite 5
- Psychische Belastungen von Beschäftigten in Hochschulen ... Seite 6
- German Network for Mental Health ... Seite 7
- Handlungsbedarf: Frührentnerinnen mit psychischen Erkrankungen ... Seite 7
- Es gibt ein Leben vor dem Tod ... Seite 8
- Resilienz – ein Garant für Gesundheit? ... Seite 9
- Förderung des Nichtrauchens – Prävention ja, aber wie? ... Seite 10
- Gesundheitsziele.de – Zwischenergebnisse liegen vor ... Seite 10
- Gender and Health ... Seite 11
- Praxiswerkstatt Kinder und Geld ... Seite 11
- Mehr Bildung – bessere Gesundheit?! ... Seite 12
- »Essen was ankommt ...« Ernährung im Kindergarten und Hort ... Seite 12
- Niedersachsen Forum Alter und Zukunft ... Seite 13
- Medikamenten-unterstützte Kindheit ... Seite 13
- MindMatters – Psychische Gesundheit... Seite 14
- Soziotherapie nach §37 a SGBV ... Seite 14
- Dialog der Generationen ... Seite 15
- Europäische Summerschool Public Health ... Seite 15
- Perspektiven nach Johannesburg ... Seite 16
- Viel Markt, wenig Frauenpower und wenig Frauenrechte ... Seite 16
- Seelische Gesundheit möglich machen ... Seite 17
- Depression besser erkennen ... Seite 17
- Prävention von Langzeithospitalisation bei chronisch psychisch Kranken ... Seite 18

## Was erhält den Menschen gesund?

### S

#### Schwerpunkt

In unserem Gesundheitssystem wird Gesundheit in der Regel durch die Abwesenheit von Krankheit definiert. MedizinerInnen, aber auch PatientInnen sehen Beschwerden, Symptome und Schmerzen im Vordergrund und alles Bestreben ist darauf ausgelegt, diese zu beseitigen oder zumindest zu lindern. Die Ausrichtung auf die Pathogenese (d.h. die Entstehung von Krankheiten) gilt sowohl für körperliche als auch psychische Probleme. Dementsprechend liegt in diesem Bereich ein Schwerpunkt der medizinischen Forschung und es konnten große Erfolge in der Diagnostik und Therapie vieler Erkrankungen erzielt werden. Dennoch wird an dieser Sichtweise von Krankheit auch Kritik geübt.

Das Modell der Salutogenese (d.h. die Entstehung von Gesundheit) des amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923–1994) fragt nun nicht primär nach der Entstehung von Krankheiten, sondern, warum Menschen gesund bleiben. Da unser Organismus ständig körperlichen und psychischen Einflüssen ausgesetzt ist, die ihn potentiell krank machen können, muss Gesundheit kontinuierlich neu aufgebaut werden. Das Modell der Salutogenese versucht zu erklären, warum manche Menschen unter bestimmten Bedingungen gesund bleiben, während andere unter ähnlichen Bedingungen krank werden.

### Das zentrale Konstrukt der Salutogenese

Das zentrale Konstrukt der Salutogenese ist der Kohärenzsinn (sense of coherence, SOC). Kohärenz bedeutet dabei Zusammenhang oder Stimmigkeit. Dieser Kohärenzsinn beschreibt eine globale Weltanschauung, ein umfassendes, überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl des Vertrauens, dass Anforderungen an die Person vorhersagbar und erklärbar sind und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Dinge gut ausgehen werden. Der Kohärenzsinn besteht nach Antonovsky aus drei Komponenten:

- **Verstehbarkeit**, d.h. die Fähigkeit, Anforderungen gedanklich ordnen und strukturieren zu können und diese Informationen weiter verarbeiten zu können;
- **Handhabbarkeit oder Bewältigbarkeit**, d.h. das Gefühl, dass der Person Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen gerecht zu werden;
- **Sinnhaftigkeit**, d.h. die Überzeugung, wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme seien es wert, Energie in sie zu investieren. Je stärker der Kohärenzsinn ausgeprägt ist, desto flexibler kann eine Person auf Anforderungen reagieren und desto besser gelingt es ihr, gesund zu bleiben.

Nach Antonovsky entsteht der Kohärenzsinn durch Lebenserfahrungen, bei denen die Person wirksam Einfluss nehmen kann, die sie also nicht über- oder unterfordern. Ob eine Person solche Lebenserfahrungen machen kann, hängt von persönlichen (z.B. Intelligenz, körperliche Konstitution) und Umwelt-Faktoren (z.B. soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten) ab. Diese Faktoren wirken als generalisierte Widerstandsressourcen, die bei Anforderungen mobilisiert werden können, falls der Kohärenzsinn genügend stark ausgebildet ist. Hier kann also ein Teufelskreis entstehen: Wenn zu wenig Widerstandsressourcen vorhanden sind, verhindert dies die Stärkung des Kohärenzsinnes; ein schwach ausgeprägter Kohärenzsinn wiederum verhindert die Nutzung der vorhandenen Widerstandsressourcen.

Wenn nun eine Person körperlichen oder psychischen Stressoren ausgesetzt wird, also mit Anforderungen konfrontiert wird, entsteht ein Spannungszustand. Menschen mit ausgebildetem Kohärenzsinn

können Widerstandsressourcen aktivieren und so mit den Stressoren und dem Spannungszustand umgehen. Auch hier gibt es wieder eine Rückkopplung: Der erfolgreiche Umgang mit der Belastung stärkt den Kohärenzsinn, denn die Person lernt, dass Anforderungen bewältigbar sind und es sich lohnt, sich den Anforderungen zu stellen. Die gelungene Spannungsreduktion führt dazu, dass der Mensch gesund bleibt und eventuell neue Widerstandsressourcen ausbildet. Gelingt das Stressmanagement nicht, so bleibt die Person in dem Stresszustand, der sich zusammen mit stets vorhandenen pathogenen Einflüssen negativ auf die Gesundheit auswirkt.

Antonovsky sieht Gesundheit und Krankheit nicht als zwei einander ausschließende Zustände, sondern als die Pole auf einem Kontinuum des Wohlbefindens. Die beiden Pole sind für lebende Organismen nicht zu erreichen; jeder Mensch hat immer sowohl gesunde als auch kranke Anteile. Es findet also keine Dichotomisierung in gesund oder krank statt, sondern eine Einschätzung, wie nahe oder weit entfernt eine Person den jeweiligen Polen ist. Das Modell der Salutogenese folgt auch systemischen Betrachtungsweisen. Der Mensch wird nicht als ›Fall‹ betrachtet und auf die Symptome und Beschwerden reduziert, sondern er wird als ›Ganzes‹ gesehen, d.h. biologische, psychische und soziale Bedingungen spielen eine Rolle und regulieren aktiv und dynamisch die Gesundheit eines Menschen.

### Hoher Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Kohärenzsinn

In der Forschung wurde versucht, das Modell zu überprüfen. Da es als Gesamtmodell empirisch schwer fassbar ist, wurden Studien zu einzelnen Teilen des Modells durchgeführt. Es zeigte sich, dass Menschen mit hohen Werten für den Kohärenzsinn niedrige Werte auf Skalen für Ängstlichkeit und Depressivität angeben, dass also ein hoher Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und dem Kohärenzsinn besteht. Dahingegen zeigte sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Kohärenzsinn und der körperlichen Gesundheit, obwohl das Modell explizit dafür konzipiert war. Studien belegen weiter, dass Menschen mit ausgeprägtem Kohärenzsinn eher aktive Bewältigungsstrategien wählen, wohingegen Menschen mit wenig Kohärenzsinn eher mit depressivem Bewältigungsverhalten, defensiven Abwehrmechanismen und Resignation reagieren. Es stellt sich jedoch die Frage, ob der Kohärenzsinn sich genügend von psychischer Gesundheit, Optimismus und Widerstandsfähigkeit abgrenzen lässt. Kritisch bemerkt werden muss auch, dass die meisten Studien Querschnittsuntersuchungen waren, so dass kein kausaler Zusammenhang zwischen den verschiedenen Faktoren postuliert werden kann.

Antonovsky formulierte das Modell nur für körperliche Gesundheit und hielt dadurch an einer Trennung von körperlichem und seelischem Wohlbefinden fest. Psychische Faktoren spielen bei ihm zwar eine Rolle als Stressoren und auch der Kohärenzsinn ist als ein psychischer Faktor zu verstehen, aber letztendlich steht als Kriterium die körperliche Gesundheit im Vordergrund. Dennoch leistete das Modell einen entscheidenden Beitrag in der Diskussion um den Gesundheits- und Krankheitsbegriff, stimulierte die Forschung zu gesundheitlichen Schutzfaktoren und Ressourcen und gab Impulse für die Wertediskussion des Stellenwertes gesundheitlicher Versorgung.

*Literatur bei den VerfasserInnen: Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel & Dr. Almut Helmes, Institut für Psychologie, Abteilung Rehabilitationspsychologie, Universität Freiburg, Engelbergerstr. 41, 79085 Freiburg, Email: bengel@psychologie.uni-freiburg.de, helmes@psychologie.uni-freiburg.de*

## Stress and helplessness related conditions in European societies in transition—observations and implications

During the last decade of the last century, many European countries especially in Eastern Europe, but even populations at risk in Western and Central Europe, have been exposed to dramatic societal changes. Related to this transition, all too many have experienced loss of identity, status and dignity, helplessness, breakdown of social and family cohesion, increasing isolation as well as existential feelings of losing coherence and integration in an over-individual context of life and meaning. Amazing changes in patterns of morbidity and mortality could be noticed.

In some of the societies of Eastern Europe in most drastic transition, a mortality crisis due to excessive morbidity and premature mortality occurred, that distinctly and timely could be related to societal changes and a stress burden linked to political, ideological and economic changes, new social and societal role expectations, unpredictability and sudden needs for decisive and personal reorientation.

### Male life expectancy decreased

Life expectancy in Europe has in some of these countries decreased dramatically, especially in males. Male life expectancy decreased by more than ten years within one decade in some societies, leading to depopulation phenomena and getting the character of a national crisis, declared by leading politicians and sociological expertise. Female life expectancy often remained relatively stable, even if female morbidity in some of the countries strongly increased.

Mortality behind this decrease in life expectancy was mainly related to suicides, but even other types of stress – and mental ill health related death. An amazing parallelism in figures for suicide, death by external causes including death due to violence, accidents including traffic accidents and accidents on working places, mortality related to alcoholism and addiction, mortality due to cardiovascular and cerebro-vascular disorders and mortality due to other types of self-destructive lifestyles and behaviour patterns could be seen.

### Community Syndrome

Recent research shows that social psychological and existential stress leading to mental ill health related morbidity and mortality, triggering, exaggerating or revealing a biological and often genetic individual vulnerability is mainly related to lack of meaning, lack of social significance and connectedness, loss of status, and loss of the feeling of being in charge of one's own life – in terms of research lack of *social cohesion*, *sense of coherence* and *learned helplessness*. These factors result in identity loss, loss of dignity and perspective as well as a social role confusion often form a *Community Syndrome* which reflects societal stress and consists of

- depression and suicide,
- other types of self-destructive or destructive behaviour,
- mortality due to aggression and violence as well as
- addiction, destructive behaviour and lifestyles,
- cardio- and cerebrovascular diseases and even
- sexually risk taking and carelessness, indicated by sexually transmitted morbidity.

Afflicted are, as shown, whole countries, but also populations at risk as indigenous populations in e.g. Greenland and Canada, elderly farmers in Portugal and unemployed industrial workers in eastern German regions.

### Paradoxes of Public Health

From an international perspective two paradoxes of public health, giving considerable concern should be mentioned and can possibly find here an explanation: The first paradox is that men much less frequently than women seem to be depressed, but for some reason

three to nine times more often than women commit suicide, despite of the fact that there is today considerable evidence that in most cases depression and suicide specifically and causally are linked to each other. The other paradox is that female morbidity is so much higher than male one, but that on the other side male life expectancy is so much shorter than the female one, a phenomenon seen throughout the countries of Europe.

An explanation could be the male incapacity of feeling and showing weakness in time, to ask for help, to comply as well as males alexithymic distance to their own feelings of helplessness and depression, resulting in somatisation, self neglect, and a tendency to medicate themselves in states of helplessness and despair, by alcohol, addiction or other types of antidepressive behaviour as gambling, risk taking or excessive physically exercising workaholics, able to implode in self-destructive suicidality or to explode in violence, impulsivity, aggression and psychopathy, in a way which characterises so clearly many helpless, formerly nicely, adjusted and socially competent males.

### What could be done?

In the light of recent European mortality and morbidity figures in times of transition and societal stress – and there is no reason to believe that this stress will decrease in a near future – an awareness of the need of balancing gender approaches and health preventive and promotional activities becomes apparent. When even in Austria, one of the less afflicted countries, life expectancy for males is 75 and for females 82, women however, of course deserving it well, get their pension five years earlier, we can only note that this does not reflect either existing health reality or the equity and equality in health issues, WHO is obliged to promote.

Non-treated male mental ill health leads not only to individual suffering and death but also to family violence, aggression, war and disaster, to social degradation and isolation afflicting familiar and societal cohesion, economic resources and well-being, for both females and males.

We know today, that an adequate recognition, treatment and monitoring of depressive conditions decreases suicide mortality and probably also depression related co morbidity as cardiovascular and cerebrovascular diseases. There are good reasons to believe that even depression related aggression and violence would diminish.

The problem is that especially males don't seek help, and if they do they don't get help because of not getting adequately diagnosed, due to their atypical symptoms of aggression, acting out and addiction, or due to their lack of compliance.

Better diagnostic criteria are needed as well as early intervention following screening activities – in working places and elsewhere. Services should be offered which facilitate men's compliance. In the society, awareness, sensitisation and anti stigma approaches are needed – good examples can already be found today.

WHO's task is not only to focus on disorder, disease and death, but also to focus on salutogenic and strengthening factors of positive health, to find them, to analyse them and to utilize them.

We need to find out what is protecting females in times of change and transition, what gives them the strength to show weakness and seek for help in time, what is the basis for their better capacity to keep socially connected, to cope with stress and losses and to find meaning in life, to be in charge and to keep control psychologically, existentially and practically.

Cognitive therapeutic methods focussing on increasing male help seeking ability and compliance have been discussed and tested. Male unrealistic self imaginations supported by social role expecta-

tions as always being strong, as warriors, defenders and family providers, generated in traditional but today outdated societies, could be a focus. Re-designed services, especially mental health services are needed, not only available but also acceptable to males. However, in gender directed activities a solely unilateral focus on men's needs reacting to a time of unilateral focuses on woman's needs, would be, I think, to give the wrong answer. Regarding the suffering which men's and women's ill health causes interactively in both genders, approaches commonly directed to both men and women should be more utilized again.

Solutions can in the long run certainly not be found in only one gender directed activities. To raise awareness about the problems which exist, the balance to be created, and the amount of knowledge, capacity and ability both genders have to acquire from and about each other could be one of the first steps.

*Wolfgang Rutz, M.D., PH.D., Regional Adviser, Mental Health, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark*

Ute Sonntag

## Frauen und seelische Gesundheit

Das Europäische Frauengesundheitsnetzwerk (EWHNET), von 1997–2001 als Projekt im Vierten Mittelfristigen Aktionsprogramm für Chancengleichheit von Frauen und Männern der Europäischen Kommission gefördert, hat in der Projektlaufzeit u.a. einen Arbeitsschwerpunkt darin gesehen, einen transnationalen Erfahrungsaustausch zu organisieren und als Extrakt Leitlinien guter Praxis für spezifische Arbeitsbereiche im Gesundheitswesen zu formulieren. Im EWHNET sind neun Länder zusammengeschlossen: Österreich, die Niederlande, Italien, Schweden, Finnland, Großbritannien, Griechenland, Irland und Deutschland.

### Leitlinien zu Frauen und seelischer Gesundheit

Eine Arbeitsgruppe hat sich mit dem Thema ›Frauen und seelische Gesundheit‹ befasst und sieben Bereiche identifiziert, die als relevant erachtet wurden, um Grundlagen für frauengerechtes Arbeiten in diesem Feld zu benennen. Der salutogenetische Ansatz wird dabei als außerordentlich wichtige Grundorientierung betrachtet. Für die Punkte 1, 5, 6 und 7 sind Kommentare entwickelt worden. Auszugsweise werden die Leitlinien im Folgenden vorgestellt.

1. Die Definition von Gesundheit und Krankheit bei Frauen hat auf der Basis eines psycho-kulturell-soziologischen Modells zu erfolgen. Ein ganzheitlicher Ansatz, der Körper, Seele und Geist umfasst, sollte sich in der Arbeit widerspiegeln. Für Frauen besonders relevant ist die Feststellung, dass zyklische Veränderungen nicht a priori als Krankheit angesehen werden sollten.
2. Der soziale, kulturelle, politische, ethische und ökonomische Kontext, in dem Frauenleben sich abspielt, ist relevant für die Prävention und das Begreifen von Störungen. Präventiv geht es darum, das Selbstvertrauen, die Kompetenzen, die Energie zu unterstützen, die junge Mädchen zeigen, und sie soweit wie möglich vor den negativen Aspekten einer genderspezifischen Sozialisation zu bewahren. Essstörungen sind in den Kontext von sozialen Normen des Schlankseinmüssens zu stellen.
3. Gesellschaft: Bewusstsein darüber ist gefordert, dass die seelische Gesundheit der Menschen die wichtigste Ressource einer Gesellschaft ist. Gefühle auszudrücken wird als Menschenrecht gefordert. Eine Offenheit ist erwünscht, die keine Tabus kennt, welche daran hindern würden, über Probleme zu reden.
4. Training für Fachpersonal: Fachpersonal im Gesundheitswesen ist

bzgl. des Zusammenhanges zwischen präsentierten Problemen und sozialen, kulturellen sowie persönlichen Lebensbedingungen zu schulen. Frauen können an vielfältigen gleichzeitigen Belastungen, an Gewalterfahrungen, an Armut, an Ungleichheitserfahrungen, am Stress, der mit der Mutterrolle einhergehen kann, erkranken. Das Konzept des weiblichen Masochismus muss unbedingt revidiert werden.

5. Speziell für die Psychiatrie sind Anforderungen an Forschung, Training, an die Dienste und die Behandlung formuliert worden: In der Psychiatrie sollte Gender-Mainstreaming auf allen Ebenen der Institution umgesetzt werden. Das Personal benötigt Fortbildungen zu den Themen Stress und Gewalt bei Frauen. Generell sollten Trainingsprogramme für das Personal nicht von der pharmazeutischen Industrie gesponsert werden, da diese an pharmakologischen Behandlungen interessiert ist. Da die Medikamentenforschung für in der Psychiatrie verabreichte Medikamente noch nicht hinreichend die unterschiedliche Wirkung bei Männern und Frauen erforscht hat, ist ein gemäßiger und kritischer Einsatz von Medikamenten bei Frauen in der Psychiatrie angezeigt. Beteiligungsmodelle auf allen Ebenen der Institution für PatientInnen sind gerade in der Psychiatrie wichtig und wertvoll. Besonders für traumatisierte Frauen ist es erforderlich, ihnen die Wahl zwischen einer weiblichen Behandlerin und einem männlichen Behandler zu ermöglichen. Die Professionellen aller Berufsausrichtungen benötigen es, ein kritisches Bewusstsein über die eigenen impliziten Normen zu entwickeln.
6. Die psychotherapeutische Beziehung: Die Stärken und Werte von Frauen sind wertzuschätzen. Die Klientin ist vor jeder Form von Machtmissbrauch in der therapeutischen Beziehung zu schützen. Beziehungen sollten nicht am traditionellen hierarchischen Modell orientiert sein.
7. KonsumentInnenkontrolle, Qualitätssicherung: Eine Qualitätskontrolle durch die KlientInnen ist einzuführen. Qualitätskriterien für Medikamentierungsstandards werden benötigt.

*Weitere Informationen bei der Landesvereinigung, s. Impressum.*



## Psychische Erkrankungen bei junger Generation steigen dramatisch

### Seelische Gesundheit

#### Definition der seelischen Gesundheit

»Seelische Gesundheit ist zu verstehen als die Gesamtheit sehr unterschiedlicher, in Wechselbeziehung zueinander stehender Fähigkeiten, die sich drei Dimensionen zuordnen lassen:

- der existentiellen und spirituellen Dimension: Seelische Gesundheit ist untrennbar verbunden mit der Freiheit als menschlicher Möglichkeit, sich zu öffnen für das Geschehen in der Welt, Verantwortung zu übernehmen für andere Menschen und sich einzubringen in die Gestaltung der Lebensverhältnisse. Dazu gehören auch die Fähigkeiten, die eigene Existenz in Frage zu stellen, die Angst vor der Ungewissheit des Lebens auszuhalten, sich der Welt und den Menschen zuzuwenden und Antworten auf die Sinnfrage zu finden;
- der Dimension des Empfindens von Wohlbefinden und Zufriedenheit, mit der die WHO einseitig Gesundheit identifiziert hat: Hierzu gehören Lebensbejahung und Erlebnisfähigkeit in der Erfahrung von Körperlichkeit und Emotionen, von verschiedenartigen näheren und distanzierten sozialen Beziehungen, von Natur und Kunst;
- der Dimension der alltagspraktischen, beruflichen und sozialen Kompetenz: Dazu gehören vor allem praktische und intellektuelle Fähigkeiten, Flexibilität und Kreativität, Beständigkeit und Verlässlichkeit, Phantasie und Realitätsbezogenheit, Belastbarkeit und Konfliktfähigkeit, Autonomie und Gemein-sinn.

*(Auszug aus der Konzeption des Netzwerkes Zukunftsgestaltung und seelische Gesundheit Bremen, S. 3)*

#### General Health Questionnaire-12

Die WHO hat ein Screening-Verfahren zur Identifikation psychischer/psychosomatischer Beschwerden entwickelt, den General Health Questionnaire mit 12 Fragen (GHQ-12). Er ist leicht anwendbar, wurde in großen internationalen Validierungsstudien getestet und ist geeignet für klinische Settings, in denen die Handelnden wenig Zeit haben. Der Fragebogen liegt auch in deutscher Sprache vor.

Während der Krankenstand der DAK-Mitglieder 2001 unverändert bei 3,5 % lag, gab es einen dramatischen Anstieg psychischer Erkrankungen. Die Analysen zeigen, dass seit 1997 sowohl die Krankheitsfälle als auch die Krankheitstage kontinuierlich zugenommen haben. Letztere wuchsen bei dieser Krankheitsart im Jahr 2001 gegenüber 1997 um 51 Prozent an. Besonders ausgeprägt zeigte sich dieser Trend bei den jungen Mitgliedern zwischen 15 und 29 Jahren. Die Häufigkeit der Fälle weist hier ein überproportionales und alarmierendes Wachstum zwischen 70 und 90 Prozent auf. Dies betrifft sowohl junge Männer als auch Frauen. Den Daten liegt eine Totalerfassung aller 3,1 Millionen erwerbstätigen DAK-Mitglieder zugrunde.

Neuere Untersuchungen zur Epidemiologie und zur Versorgungssituation psychischer Erkrankungen zeigen, dass psychische Störungen häufiger auftreten, als die Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigen. Außerdem wird deutlich, dass diese Erkrankungen in der medizinischen – insbesondere hausärztlichen – Versorgung in vielen Fällen nicht erkannt bzw. überhaupt nicht oder nicht optimal behandelt werden.

Es lässt sich nicht entscheiden, ob der bei den Arbeitsunfähigkeitsdaten beobachtbare Anstieg der psychischen Erkrankungen tatsächlich nur die Zunahme derartiger Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung widerspiegelt oder ob diese Erkrankungen von den Ärzten nur häufiger festgestellt werden.

#### Depressionen auf Platz eins bei psychischen Krankheiten

Depressionen verursachen etwa dreiviertel aller Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) bei psychischen Erkrankungen. Bei 100 Frauen kam es im vergangenen Jahr zu 42,3 Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von Depressionen, bei Männern dagegen nur zu 23,5 Tagen.

Eine große Rolle spielen auch die neurotischen Erkrankungen. Darunter fallen beispielsweise Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen sowie psychosomatische Erkrankungen (somatoforme Störungen). Die meisten AU-Tage entfallen auf die Belastungsreaktionen (Frauen 21,3, Männer 11,7 Tage). Es folgen somatoforme Störungen (Frauen 12,9, Männer 7,1 Tage) sowie Angststörungen (Frauen 8,4, Männer 4,5 Tage).

Nach den Depressionen und den neurotischen Erkrankungen stehen die Suchterkrankungen (Alkohol, Medikamente) an dritter Stelle. Hier sind Männer stärker betroffen als Frauen. Sie weisen bei dieser Diagnose durchschnittlich 8,2 AU-Tage auf (Frauen 3,2). Männer bis 24 Jahre sind häufiger, wenn auch nur kurzfristig, alkoholbedingt arbeitsunfähig.

#### Niedersachsens Krankenstand leicht unter Bundesdurchschnitt

Der Krankenstand in Niedersachsen lag 2001 wie im Vorjahr bei 3,4 Prozent. Damit liegt er leicht unter dem Bundesdurchschnitt der DAK-Mitglieder von 3,5 Prozent. Stark gestiegen ist auch in Niedersachsen der Anteil der psychischen Erkrankungen unter den Krankheitstagen. Ihr Anteil an allen Erkrankungen erhöhte sich von 1999 bis 2001 um 19 Prozent von 6,7 auf 8,0 Prozent. Suchterkrankungen treten in Niedersachsen in stärkerem Maße auf als im Bundesdurchschnitt: Sie verursachen 15 Prozent mehr Arbeitsunfähigkeitstage als im Bund. Depressionen führen demgegenüber zu weniger Fehltagen als bundesweit (minus 8 Prozent).

Kontakt: Frank Meiners, c/o DAK-Pressestelle, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg, Tel.: (0 40) 2396-13 32, Fax: (0 40) 23 96-22 19, Email: f.meiners@mail.dak.de

## Psychische Belastungen von Beschäftigten in Hochschulen

S

Schwerpunkt

Psychische Belastungen von Beschäftigten sind im Kontext von Befragungen zu einer Betrieblichen Gesundheitsförderung (Hochschule Magdeburg-Stendal) und zur Vorbereitung von Personalentwicklungskonzepten (Universität Osnabrück) auch in den Hochschulen, zumindest in den letzten drei Jahren, thematisiert worden. Wenig bekannt sind bisher diesbezügliche Ergebnisse aus den Gefährdungsbeurteilungen, die in Umsetzung von § 5 Arbeitsschutzgesetz seit 1998 verstärkt im Hochschulbereich flächendeckend durchgeführt worden sind. Nicht zuletzt die vielen Handlungs- und Orientierungshilfen zur Vornahme solcher Beurteilungen, z.B. der Unfallkassen, sehen die Einbeziehung von ›psychischen Belastungen‹ in die Beurteilungsmatrix mit vor. Psychische Belastungen resultieren aus Beanspruchungen, Defiziten und Anforderungen der Arbeitsaufgabe (z.B. Daueraufmerksamkeit, Aufgabeprofil und -menge), der Arbeitsorganisation (Pausen, Schichtarbeit), den sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz (Führungsstil, Gruppenverhalten) und dem Arbeitsumfeld (Licht, Klima, Lärm).

### Das HIS-Konzept

Die HIS Hochschul-Informationssystem GmbH ist eine von Bund und Ländern finanzierte gemeinnützige Einrichtung, die Hochschulen und zuständige Verwaltungen in ihrem Bemühen um eine rationale und wirtschaftliche Erfüllung der Hochschulaufgaben unterstützt. Im Arbeitsgebiet Arbeits- und Umweltschutz erledigt HIS Aufgaben in Projekten und Fortbildungsveranstaltungen zu Organisations-, Management- und Rechtsfragen im Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz in Hochschulen und übernimmt übergreifende Informations- und Koordinationsaufgaben bei der Regulierungsprävention. HIS hat in den letzten Jahren mit einer Gruppe von Hochschulen ein eigenes Konzept zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung im Hochschulbereich erarbeitet und dieses an mehreren Hochschulen in seiner Umsetzung wissenschaftlich begleitet. Bei der Erarbeitung dieses flächenbezogenen, eher an Strukturen orientierten Konzepts hat man sich jedoch darauf geeinigt, psychische Belastungen nicht explizit abzufragen. Grund ist, dass die Ermittlung und Beurteilung von psychischen Belastungen sowie belastenden Auswirkungen durch die Arbeitsorganisation auf Beschäftigte in hohem Maße auch das Verhältnis zwischen Vorgesetzten (Arbeitgeber) und MitarbeiterInnen berühren; und weil die Belastungen häufig sehr personenbezogen (persönlich) und auf den Arbeitsbereich bezogen sind, ist die Ermittlung und Beurteilung, insb. bei flächendeckender, tätigkeitsbezogener und nicht personenbezogener Datenaufnahme, problematisch und oft nicht oder kaum adäquat darstellbar.

### Die Hochschulkliniken

Nichtsdestotrotz konnten für einige Bereiche auch aus den Gefährdungsbeurteilungen Aussagen über strukturelle psychische Belastungen getroffen werden. Besonders zu erwähnen sind hier die Hochschulkliniken. Signifikant waren hier Unterschiede in der Belastung des Pflegedienstes gegenüber den MitarbeiterInnen in wissenschaftlichen Einrichtungen. So wurde in über 70 % der Arbeitsbereiche des Pflegedienstes eine Belastung durch Stress genannt. Hierbei wurde plausibilisiert, dass dieser durch die spezifischen Arbeitsabläufe des Pflegedienstes in Hochschulkliniken entsteht: Umgang mit PatientInnen, offener Betrieb, Dreischicht- oder Nacharbeit, mögliche Suizidversuche von PatientInnen, Alleinarbeit, Gefahr von Infektionen. Da sich diese Belastungen nicht ›abschaffen‹ oder durch eine ›technische Unterstützung‹ vermeiden lassen, ist die Frage, wie die betroffenen Mitarbeiter mit einer solchen Stresssituation umgehen bzw. umgehen wollen, entscheidend. Die von HIS hierzu durchgeführten Erhebungen lassen vermuten, dass diese

Belastungen sehr häufig eher als integraler Bestandteil der täglichen Arbeit gesehen und nicht als psychische Belastungen i.S.d. Begriffes empfunden werden. Sie werden von den MitarbeiterInnen eher als ›unabwendbarer Bestandteil‹ eines ›akzeptierten Risikos‹ gesehen. Dies wird auch deutlich, wenn man die für die o.g. Gefährdungen aufgeführten Schutzmaßnahmen betrachtet. Für den diagnostizierten Stress werden nur selten Maßnahmen angeführt und wenn, dann sind es Maßnahmen wie ›Unterweisungen‹, mitarbeiterfreundliche Dienstzeiten, Mitarbeitergespräche, Fortbildungen oder Rückenschule.

### Bildschirmarbeitsplätze

In einer anderen Untersuchung an einer Universität hat HIS die o.g. strukturelle Ebene verlassen und in einer individuellen Befragung die Beschäftigten nach aktuellen psychischen Belastungen am Arbeitsplatz befragt. Die Erhebung von HIS – sie umfasste ausschließlich MitarbeiterInnen an Bildschirmarbeitsplätzen – ergab Ausprägungen von 30 % bei physischen Belastungen, 20 % bei arbeitsumgebungsbedingten und 16 % bei psychische Belastungen. Als konkrete Beeinträchtigungen wurden Stress, Mobbing sowie Über- und Unterforderung genannt.

Die Empfindung bzw. die Wahrnehmung der psychischen Belastungen und der Umgang mit den Symptomen sind allerdings in den untersuchten Organisationseinheiten und innerhalb der Funktionsgruppen deutlich unterschiedlich:

- Einen Handlungsbedarf bei belastendem Stress oder bei Mängeln in der Arbeitsorganisation halten weitaus mehr MitarbeiterInnen als ihre jeweiligen Vorgesetzten für erforderlich.
- MitarbeiterInnen der Zentralen Hochschulverwaltung sprechen erheblich häufiger mit ihren Vorgesetzten über Arbeitsbelastungen als MitarbeiterInnen in den Fachbereichen.
- Physische Belastungen werden in wissenschaftlichen Bereichen häufig nicht wahrgenommen oder akzeptiert, weil durch die wissenschaftliche Arbeit bzw. den wissenschaftlichen Erfolg ein Erfolgserlebnis vorhanden ist und/oder weil die Belastung nur temporär ist und somit akzeptabel erscheint.
- Für Vorgesetzte in den Fachbereichen hat die Arbeitsorganisation einen geringeren Stellenwert; im Hinblick auf ihre Kernkompetenz steht für sie eher im Fokus, dass die wissenschaftlichen Ergebnisse stimmen. In der Konsequenz haben Aspekte wie ›Wohlbefinden der Beschäftigten‹ einen geringeren Stellenwert.

### Fazit

Insgesamt legen die gezeigten Ergebnisse die Notwendigkeit nahe, sich auch im Hochschulbereich intensiver mit psychischen Belastungen wie auch dem Wechselverhältnis von psychischen und physischen Belastungen zu beschäftigen. Das im Rahmen von Gefährdungsbeurteilungen verwendete Instrumentarium der schriftlichen Befragung scheint jedoch nur grobe Anhaltspunkte zu geben. Ergiebiger könnten hier intensive Begleituntersuchungen der Betriebsärzte in ausgewählten, signifikanten Arbeitsbereichen von Hochschulen sein.

*Kontakt: Dr. Friedrich Stratmann, Joachim Müller, HIS Hochschul-Informationssystem GmbH, Goseriede 9, 30159 Hannover, Tel.: (01 60) 90 6240 64, Fax: (05 11) 12 20-1 40, Email: stratmann@his.de*

In der Bundesrepublik Deutschland muss nach wie vor von einem erheblichen Defizit im Bereich der Prävention psychischer Störungen gesprochen werden. Dies schlägt sich nicht nur in der Forschung nieder, sondern zeigt sich auch in der Praxis. Entweder ist eine Überbetonung körperlicher Aspekte erkennbar oder die Förderung psychischer Gesundheit beschränkt sich auf unspezifische Formen, wie z. B. die der Stressbewältigung.

Die neuerlichen Bemühungen zur Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik sollten stärker durch Aspekte der Vermeidung psychischer Störungen und der Entwicklung psychischer Gesundheit ergänzt werden. Dazu hat die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Prof. Dr. Bernd Röhrle von der Universität Marburg gebeten, in Zusammenarbeit mit Waltraud Deubert als Leiterin der Bundesgeschäftsstelle, eine entsprechende Initiative zu ergreifen.

Akteure aus unterschiedlichen Bereichen und unterschiedlichen Organisationen, die sich mit der Vermeidung psychischer Störungen und der Entwicklung psychischer Gesundheit beschäftigen, wurden mit folgender Intention eingeladen:

- Analyse der Förderung psychischer Gesundheit in Politik und Praxis
- Erörterung von Möglichkeiten zur Stärkung der Förderung psychischer Gesundheit
- Erarbeitung von politischen Strategien

Ziel sollte die Vernetzung möglichst aller Initiativen, Handlungsfelder und Organisationen aus dem Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sein. Nach der ersten Fachtagung wurde die Gründung des German Network for Mental Health (GNMH) beschlossen.

### Ziele und Gründungsinformation des GNMH

Das Deutsche Netzwerk für psychische Gesundheit ist eine offene Organisation von Interessengruppen, Wohlfahrtsorganisationen und WissenschaftlerInnen, die sich für die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit einsetzen. Zusammen mit vielen internationalen Organisationen baut das Deutsche Netzwerk für psychische Gesundheit eine Struktur in den Bereichen der Politik, Wohlfahrt bzw. sozialen Diensten und Wissenschaft auf, um dieser Idee mehr Bedeutung zukommen zu lassen. Die wichtigsten Ziele des Deutschen Netzwerkes für psychische Gesundheit sind:

- Implementation von Modellen guter Praxis und wissenschaftlich fundierten Instrumenten zur Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit.
- Entwicklung von Projekten und Modellen zur Förderung der Kooperation verschiedenster Bereiche zur Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit; in enger Verbindung mit Public Health und Gesundheitsförderung in einem allgemeinen Sinne (intersektorale Strategien).
- Vorschläge für neue politische Strategien und Gesetzesinitiativen im Bereich der Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit.
- Ständiger Austausch von Expertisen und Informationen zwischen allen Mitgliedern des Netzwerkes und anderen interessierten Personen oder Organisationen.
- Durchführung von einschlägigen Fachtagungen und anderen Fortbildungsmaßnahmen.
- Gewinnung von neuen Mitgliedern für das GNMH.
- Austausch mit verschiedenen internationalen Organisationen und Initiativen.

### Informationen zu German Network for Mental Health

Die Homepage des German Network for Mental Health finden Sie unter [www.gnmh](http://www.gnmh). Eine CD mit vielen Ideen verschiedener Initiativen und Organisationen in der Bundesrepublik Deutschland und weltweit kann zum Preis von 10,- € bestellt werden bei der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT), Postfach 1343, 72003 Tübingen, Tel.: (07071) 943494, Fax: (07071) 943435, E-mail: [dgvt@dgvt.de](mailto:dgvt@dgvt.de)

Bettina Hesse

## Handlungsbedarf: FrührentnerInnen mit psychischen Erkrankungen

In einer Studie des Instituts für Rehabilitationsforschung Norderney (Abteilung Sozialmedizin) wurde die Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Frühberentung anhand statistischer Daten untersucht. Außerdem wurde für FrührentnerInnen, die vor dem 40. Lebensjahr aufgrund neurotischer Störungen berentet wurden, eine ausführliche Analyse der vorauslaufenden Bedingungen und des weiteren Rentenverlaufs vorgenommen. Zu diesem Zweck wurden Versichertenakten der LVA Westfalen ausgewertet, aktuelle und ehemalige ZeitrentenbezieherInnen interviewt und ExpertInnen aus Therapie und Rehabilitation befragt.

Aus den Ergebnissen wurden Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Frührenten und zur Reintegration von FrührentnerInnen in das Erwerbsleben auf den Ebenen der Prävention, Rehabilitation und Begutachtung abgeleitet.

Es zeigte sich, dass die Frühberentungszahlen aufgrund psychischer Erkrankungen kontinuierlich in allen Altersgruppen steigen. Der Rentenbezug wird von den Betroffenen als Ausgrenzung und Wertverlust wahrgenommen. Er ist Entlastung und Belastung zugleich und verengt die zukünftige Lebensperspektive.

Viele der jüngeren FrührentnerInnen weisen in der Vorgeschichte bereits in Kindheit und Jugend erste Auffälligkeiten auf. Vielen gelingt der stabile Einstieg in die Erwerbstätigkeit nicht. Dementsprechend müssen Interventionen zur Verhinderung von Frühberentungen schon früh einsetzen und bedürfen der Kooperation von Bildungseinrichtungen, Sozialversicherungsträgern und kommunalen Gesundheitseinrichtungen. Für die in der Regel zeitlich befristete Frührente fehlt es bisher an Konzepten, mit welchen Maßnahmen zu diesem Zeitpunkt eine Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit und eine Reintegration in das Erwerbsleben gefördert werden kann.

Der Projektbericht mit dem Titel ›Rehabilitation und Frühberentung bei jüngeren Antragstellern mit psychischen Erkrankungen‹ ist als CD (PDF-Dateien) gegen Einsendung von Briefmarken im Wert von 4,59 Euro erhältlich.

*Kontakt: Dipl.-Psych. Bettina Hesse, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Sozialmedizin, Gartenstr. 194, 48125 Münster*

## Es gibt ein Leben vor dem Tod

S

Schwerpunkt

Die Zahlen sind seit etlichen Jahren relativ konstant: Jährlich sterben in der Bundesrepublik zwischen 11.000 und 13.000 Menschen durch eigene Hand. Eine Zahl, die vor 25 bis 30 Jahren noch erheblich höher lag – zeitweise nahmen sich in jenen Jahren bis zu 25.000 Menschen das Leben. Als Ursachen für diese rückläufige Entwicklung werden verbesserte Beratungsangebote und das breitere öffentliche Wissen über Krankheitsbilder vermutet. Gleichwohl liegt unverändert die Suizidrate der Männer im Durchschnitt um das Doppelte höher als die der Frauen.

Wenig getan hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte hingegen bei der Suizidrate älterer Menschen. In der Gruppe der über 60-Jährigen geht man hierzulande von einer jährlichen Suizid-Rate von ein bis zwei Prozent aus. Auch Zahlen über die Häufigkeit von Suizidversuchen sind interessant – diese liegen nach Schätzungen von ExpertInnen in dieser Altersgruppe ebenfalls bei zwei Prozent. Suizidversuche gelingen (besonders bei Männern) zunehmend häufiger, je älter die Menschen werden.

Männer benutzen im Alter eher so genannte ›harte‹ Suizidmethoden, die rasch zum Tode führen, Frauen dagegen wählen eher so genannte ›weiche‹ Methoden. Schnittverletzungen hingegen sind besonders typisch für jugendliche SuizidentInnen und spielen im Alter lediglich eine untergeordnete Rolle. Die häufigsten Arten des Freitodes sind Erdrosseln, Erstickten, Erhängen (43,8 Prozent) und Vergiftungen mit flüssigen oder festen Stoffen (16,4 Prozent).

Für den Alterssuizid spielen nicht-medizinische Einflussfaktoren epidemiologisch eine bedeutsame Rolle: Der Familienstatus, konfliktreiche Beziehungen, soziale Isolierung und Einsamkeit. Hervorzuheben ist, dass die Zahl der Suizidfälle in Ein-Personen-Haushalten deutlich höher ist.

### Suizidalität bei HeimbewohnerInnen

Besondere Beachtung verdient die Suizidalität bei HeimbewohnerInnen. Offiziell scheiden lediglich 0,2 Prozent aller Menschen, die in einer Pflegeeinrichtung leben, durch eigene Hand aus dem Leben. Es wird allerdings vermutet, dass die Dunkelziffer beträchtlich höher ist. Suizide und Suizidversuche in Alten- und Pflegeheimen sind nach wie vor hoch tabuisiert, denn: Sprechen sich derartige Suizide oder Suizidversuche herum, könnte dies dem Ansehen eines Altenpflegeheimes schaden. Außenstehende könnten die Todesfälle mit geringen Versorgungsstandards oder mit unzureichender Betreuung in Verbindung bringen. Zudem schafft es Unruhe bei den übrigen BewohnerInnen, wenn suizidale Handlungen unter der Bewohnerschaft bekannt werden.

Dem Pflegepersonal stehen jedoch Kontrollmöglichkeiten zur Verfügung, die ein frühzeitiges Aufdecken und das Verhindern suizidaler Akte von HeimbewohnerInnen sichern können. Anders als bei allein Lebenden in Privatwohnungen stehen HeimbewohnerInnen ständig unter Beobachtung. Die Verfügbarkeit radikaler Tötungsmittel ist unter diesen Umständen sehr stark eingeschränkt. Dies ist wohl die Hauptursache dafür, dass HeimbewohnerInnen eher zu indirekten, selbstdestruktiven Verhaltensformen greifen. Darüber hinaus stehen die BewohnerInnenzahl einer Einrichtung und die Personalfuktuation in einem positiven Zusammenhang zur Häufigkeit von Suizidhandlungen. Die Faustformel lautet: Je größer die Einrichtung und je häufiger der Personalwechsel, desto häufiger treten Suizide oder Suizidversuche auf.

### Alarmsignale

Verhaltensweisen wie das Horten von Medikamenten, zunehmender Rückzug, die plötzliche definitive Regelung persönlicher bzw. geschäftlicher Angelegenheiten sowie die konkrete Planung von

Begräbnismodalitäten sollten als mögliche Alarmsignale wahrgenommen werden. Natürlich sind auch Ankündigungen oder Aussagen wie etwa »Ich werde mich töten« (direkt) oder »Euch wird es ohne mich viel besser gehen« (indirekt) als ernste Hinweise zu betrachten.

Auch der so genannte ›stille Suizid‹, die Selbsttötung im sozialen Rückzug, scheint bei älteren Menschen eine wesentliche Rolle zu spielen. Stuporöse Zustandsbilder, Nahrungsverweigerung oder der Rückzug aus sozialen Kontakten, wie sie bei alten Menschen in stationären Einrichtungen zu finden sind, lassen sich unter dem Aspekt der Selbstaufgabe, des ›Sich-sterben-Lassens‹ betrachten. Zur Häufigkeit dieser ›stillen Suizide‹ gibt es kaum Daten, jedoch Erfahrungsberichte.

Verschiedene Faktoren können besonders beim Suizid im Alter eine Rolle spielen: Biologische Faktoren, wie Alterungsprozess, körperliches Altern, starke oder chronische Schmerzen, Siechtum oder erniedrigender Todeskampf.

Psychologische Faktoren, wie Furcht vor schwerer Krankheit oder Leiden, Furcht vor Abhängigkeit oder Hilflosigkeit, Erleben von Auswegs- oder Hoffnungslosigkeit, Gefühle von Zorn, Wut, Scham, verletzter Ehre, Enttäuschungen, Kränkungen, aber auch der Verlust von Attraktivität für andere. Psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, oder der Tod bzw. Verlust eines subjektiv bedeutsamen Menschen können ebenfalls Auslöser sein.

Soziale Faktoren, wie etwa verlorene Freiheit, unerwünschte Abhängigkeit, erniedrigende Armut, Not, schwierige Wohnverhältnisse, Einsamkeit oder Isolierung. Auch Verhaltensweisen wie Missachtung ärztlicher Verordnungen, selbst gefährdendes Verhalten wie Nahrungsverweigerung, unangemessenes Essen, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch können Einfluss auf die Suizidbereitschaft des älteren Menschen haben.

### Präventionsansätze

Um nicht missverstanden zu werden: Nicht jeder Suizid ist vermeidbar. Aber durch gezielte Prävention kann mancher suizidalen Krise anders begegnet werden. Die Primärprävention zielt darauf ab, suizidaler Gefährdung und Entwicklung vorzubeugen, sie frühzeitig zu erkennen. Dafür müssen Mythen beseitigt werden, etwa Aussagen wie »Suizide geschehen ohne Vorwarnung«, »Wer davon redet, tut es nicht« oder »Wenn man das Gespräch auf Suizid bringt, legt man erst die Saat zu suizidalen Gedanken«. All diese Aussagen sind absolut falsch.

Weitere Maßnahmen zur Prävention sind u. a. die Identifizierung von Risikogruppen (z. B. einsame Menschen), aber auch das Aufdecken von Krisen und Krisenanlässen. Dies kann durch Unterstützung des Selbsthilfepotenzials geschehen, z. B. Betroffene zu ermutigen, Gefühle zu zeigen und das Gespräch zu suchen, Entlastung zu schaffen. Ein solches Gespräch sollten Pflegekräfte möglichst sachlich und unverklausuliert führen. Dazu hilfreich sind Fragenkataloge, die jedoch nicht mechanisch abgearbeitet werden sollten. Das offene Gespräch über die Gedanken und Gefühle, die der zumeist verzweifelte Mensch hegt, ist sehr oft bereits ein wichtigster Schritt zur Entspannung der hoch belastenden Situation.

*Literatur bei der Verfasserin: Birgit Jaster, Bereichsleiterin Altenhilfe, Birkenhof e.V., Bleekstraße 20, 30589 Hannover, Tel.: (05 11) 51 09-2 10, Fax: (05 11) 51 09-126, Email: bjaster@birkenhof.de*

*Dieser Artikel ist ein gekürzter Nachdruck aus der Zeitschrift *Altenpflege* 11/2002.*



## Resilienz – ein Garant für Gesundheit?

Immer häufiger stößt man in der Literatur auf den Begriff Resilienz, der sich, abgeleitet aus dem Englischen, nur schwer ins Deutsche übertragen lässt. Er bezieht sich auf die Fähigkeit, Stress und Belastungen erfolgreich zu bewältigen, i. S. einer *Widerstandsfähigkeit gegenüber vielfältigen Belastungen*. Als Meilenstein in der Resilienzforschung gelten die Arbeiten von Emmy Werner und Ruth Smith (1955), die auf der Insel Kauai in einer Längsschnittstudie die Geburtskohorte des Jahrgangs 1955 untersuchten und dabei entdeckten, dass sich eine erhebliche Zahl der Mädchen und Jungen trotz massiver psychischer Belastungen und widrigster Lebensumstände zu gesunden Erwachsenen entwickelte. Die Dokumentation dieser erfolgreichen individuellen Überwindung und Bewältigung schwerwiegender Belastungen und der zugehörigen Bedingungen wurde in der internationalen Forschung geradezu begeistert aufgegriffen und ist seitdem Anlass für weiterführende Forschungsaktivitäten.

Das Konzept bietet bis heute ein unverändert hohes Maß an Faszination. Immerhin gelang es den Forscherinnen, eine Reihe von diskriminativen Merkmalen zu ermitteln, die jene positive Entwicklung der Kinder beeinflusst hatten. Sie erstellten damit die erste Liste *protektiver Faktoren* und legten einen Grundstein zur Erforschung des Konzepts von *Risiko- und Schutzfaktoren*, deren Zusammenspiel eine gesunde Entwicklung von Mädchen und Jungen maßgeblich beeinflusst. Ihre Ergebnisse wurde seitdem durch eine Reihe weiterer Forschungen ergänzt, die einerseits wichtige Einzelheiten zur Differenzierung des Konzepts lieferten, aber andererseits auch häufig an den methodischen Schwierigkeiten scheiterten, Wirkfaktoren eindeutig und isoliert zu belegen.

### Viele offene Fragen

Die theoretische Verortung des Resilienzkonzeptes ist allerdings noch lange nicht abgeschlossen, sondern lässt viele Fragen offen. Während sich die Existenz von Risikofaktoren relativ leicht ausmachen lässt, weil sie als Verursacher körperliche oder psychische Krankheiten, Devianz, Anomiegefühle etc. begleiten oder ihnen vorausgehen, ist es schwieriger, die Existenz von Schutzfaktoren im Sinne von personalen und sozialen Ressourcen nachzuweisen. Sie sind mehr als nur das Gegenteil von Risikofaktoren und für ihr Vorhandensein ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit charakteristisch, sie lassen sich auch über ihre Wirkung definieren. Nur am Individuum selbst kann gezeigt werden, wie es seine Situation bewältigt und kompensiert.

Resilienz ist nicht als feste Qualität anzusehen, sondern kann über die Zeit und die Umstände hinweg variieren, d. h. Risiko- und Schutzfaktoren befinden sich in einem empfindlichen Gleichgewicht. Michael Rutter hat sich in mehreren Veröffentlichungen ausführlich mit den konzeptionellen Schwierigkeiten dieses Ansatzes auseinandergesetzt und die Diskussion maßgeblich geprägt. Er schlägt vor, nur dann von Schutzfaktoren zu sprechen, wenn Schutz- und Risikofaktoren klar voneinander getrennt sind und eindeutige Vorstellungen darüber formuliert werden, wie sie im Prozess zusammenwirken. Das bedeutet, das Erkenntnisinteresse muss auf die Analyse der *vermittelnden Prozesse* gerichtet sein. Schutzfaktoren sind nach Rutter damit zu trennen von positiven Erfahrungen und Erlebnissen, die lediglich eine wohltuende Wirkung haben.

### Was schützt?

Aus den Lebenswegen von »Risikokindern«, die sich trotz ihrer vielfältigen Belastungen positiv entwickeln, lassen sich Anhaltspunkte für

Prävention und Intervention gewinnen, die für unser Wissen über entwicklungsförderliche Bedingungen unverzichtbar sind. Nach gesicherten Erkenntnissen der bisherigen Forschungen gehören zu den schützenden Faktoren bei einer Kumulation von Risikofaktoren:

- eine warme, enge Beziehung zu mindestens einem Elternteil
- die kognitiven Fähigkeiten des Individuums
- ein aktiver Problembewältigungsstil
- das Ausmaß an Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- das Ausmaß an wahrgenommener sozialer Unterstützung
- das Erleben von Erfolg und Leistung nicht nur durch gute Schulnoten, sondern auch durch soziale Aktivitäten, die Verantwortung und Kreativität erfordern
- das Geschlecht – wobei sich entscheidende Wirkungen nicht per se entwickeln, sondern erst in Interaktion mit anderen entfalten.

Wie die Ausführungen zeigen, sind Studien zur Resilienz vom methodischen Design her sehr anspruchsvoll. In Übersichtsartikeln zum Resilienzkonzept finden sich allerdings auch Hinweise auf andere Aspekte, die zu beachten sich lohnt. Dazu gehört u. a. das Konzept von Garnezy zur Verortung verschiedener Gruppen von Schutzfaktoren in a) den Persönlichkeitsmerkmalen des Kindes, b) den Merkmalen der engeren sozialen Umwelt und c) des außerfamilialen Stützsystems. An anderen Stellen wird explizit darauf hingewiesen, dass das Vorhandensein von Schutzfaktoren insbesondere bei einer Kumulation von Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit bzw. den Grad einer Störung mindert. In verschiedenen Studien wird auch auf die Bedeutung von Geschlechtsunterschieden für die Resilienzforschung hingewiesen. Das männliche Geschlecht wird oft als Risikofaktor angegeben. Werden Geschlechtsunterschiede im Zusammenhang mit dem Lebensalter betrachtet, dreht sich das Verhältnis um. Nach Kolip haben Mädchen ab der Pubertät in verschiedenen Bereichen, z. B. Selbstwertgefühl oder Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, mit größeren Schwierigkeiten als Jungen zu kämpfen.

### Fazit

Hinsichtlich der Generalisierung von Befunden der Resilienzforschung ist große Zurückhaltung erforderlich. Es ist nicht ausreichend, das Ausbleiben von Problembelastungen, die Abwesenheit von Krankheiten oder das Fehlen von Risikofaktoren als Beweis für die Existenz von Schutzfaktoren zu konstatieren. Für das Verständnis von Resilienz scheint vielmehr der Prozessgedanke unverzichtbar zu sein. Dazu sollte die andauernde Aufrechterhaltung von Gesundheit empirisch nachgewiesen werden, was sich vorwiegend in Längsschnittuntersuchungen verwirklichen lässt. Den Ergebnissen dieser, in Deutschland relativ seltener, Untersuchungen ist daher mit Spannung entgegen zu sehen.

Weitere Informationen bei der Landesvereinigung, siehe Impressum

## Förderung des Nichtrauchens – Prävention ja, aber wie?

Der Umgang mit legalen Suchtmitteln wie z. B. Alkohol und Tabak gehört zum Leben vieler Menschen. Heutige Präventionskonzepte unterstützen Kinder und Jugendliche darin, einen möglichst gesunden Umgang mit den im Alltag vorhandenen Suchtmitteln zu finden. Ein solches Präventionskonzept ist der europaweite Wettbewerb "Be Smart – Don't Start" zur Förderung des Nichtrauchens bei SchülerInnen der Sekundarstufe I.

Die teilnehmenden Klassen haben sich im November 2002 verpflichtet, ein halbes Jahr lang eine Nichtraucherklasse zu sein. Dazu haben sie einen Klassen- und einen SchülerInnenvertrag unterschrieben. Die Klassen, die das Ziel erreichen, nehmen an einer Lotterie teil, bei der eine Reihe attraktiver Preise verlost wurden. Die Gewinnchancen für Niedersächsische Schulklassen sind besonders hoch, denn Klassen, die den Wettbewerb zum dritten Mal erfolgreich beenden oder Sonderaktionen durchführen, kommen in eine extra Auslosung. Die Sonderaktionen sind besonders fantasievolle Maßnahmen von SchülerInnen. Sie setzen z. B. das Thema ›Nichtrauchen ist cool‹ durch vielfältige fachliche Kenntnisse, die sie sich während der Wettbewerbszeit angeeignet haben, in soziale Aktionen im schulischen Umfeld um.

Dabei sollten nach Möglichkeit:

- viele Menschen (Vereine, Betriebe,...) im schulischen Umfeld auf das Thema aufmerksam gemacht und in die Kampagne eingebunden werden.
- Eltern einbezogen werden.
- Die ganze Schule den Impuls zum Nichtrauchen aufnehmen.
- Die Öffentlichkeit über Sonderaktionen informiert werden.

Die Stärkung und Verbesserung sozialer Kompetenzen und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien und Handlungsalternativen für die verschiedensten Problemlagen und Alltagssituationen sind zentrale Aufgaben der Suchtprävention. In diesem Sinne erhalten Lehrkräfte Informationen zum Thema Rauchen sowie Anregungen, Fortbildungen und Ideen für Aktivitäten, die zu den Themen Nichtrauchen und Gesundheitsförderung in der Schule durchgeführt werden können. Im Rahmen des Wettbewerbes ist die Persönlichkeitsentwicklung und -stärkung von Kindern und Jugendlichen zwar eine zentrale Aufgabe, doch sollte dabei nicht nur auf einzelne SchülerInnen, sondern auch auf die schulischen Strukturen geschaut werden. Es gilt zu überprüfen, wie sich diese gesundheitsförderlich auswir-

ken oder aber soziale und gesundheitliche Beeinträchtigungen begünstigen.

Im Schuljahr 2001/2002 wurde der Wettbewerb in insgesamt 15 europäischen Ländern durchgeführt: Etwa eine halbe Million SchülerInnen aus über 18.000 Klassen in Belgien, Dänemark, Deutschland, Großbritannien, Griechenland, Finnland, Frankreich, Italien, Island, Luxemburg, Österreich, den Niederlanden, Portugal, der Schweiz und Spanien haben teilgenommen. In Deutschland beteiligten sich ca. 150.000 SchülerInnen aus 5.786 Klassen.

*Unter [www.nibis.de/nli1/besmart](http://www.nibis.de/nli1/besmart) werden generelle Informationen zu dem Wettbewerb bereit gestellt und über kreative Aktionen teilnehmender Klassen berichtet.*

### Gesundheitsziele.de – Zwischenergebnisse liegen vor

gesundheitsziele.de hat jetzt einen Zwischenbericht vorgelegt, um eine breite Diskussion der bisherigen Ergebnisse mit weiteren Akteuren zu ermöglichen. gesundheitsziele.de ist eine Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit mit der Gesellschaft für Versicherungswissenschaften und -gestaltung. Das Projekt wurde im Dezember 2000 gestartet, um exemplarische Gesundheitsziele für Deutschland zu entwickeln und so das Instrument ›Gesundheitsziele‹ in der deutschen Gesundheitspolitik zu etablieren. Die konkrete Zieldefinition wurde in fünf Arbeitsgruppen geleistet: AG 4 ›Diabetes‹, AG 5 ›Brustkrebs‹, AG 6 ›Tabakkonsum reduzieren‹, AG 7 ›Gesundheit hat Zukunft – Ziele für das Kindes- und Jugendalter: Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen‹ und AG 8 ›Gesundheitliche Kompetenz von BürgerInnen/ PatientInnen stärken‹.

Die AG zum Diabetes Typ 2 hat zur Verbesserung des Versorgungszustandes drei Gesundheitsziele als entscheidend eingestuft: die Verbesserung der Primär-, der Sekundärprävention und der Krankenbehandlung sowie der Rehabilitation. Auf der Ebene der Primärprävention geht es darum, in der Bevölkerung allgemein die Entwicklung von Risikofaktoren (Übergewicht, Bewegungsmangel u. a.) durch eine Kompetenzsteigerung hinsichtlich gesundheitsbewusster Lebensweise zu verhindern sowie hochgefährdete Bevölkerungsgruppen für Gewichtsreduktion durch Ernährungsumstellung und mehr körperliche Aktivität zu gewinnen (Hoch-

risikostrategie). Auf der Ebene der Sekundärprävention wurden gesonderte Vorgaben formuliert.

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung von Frauen in Deutschland und für 26% aller Krebsneuerkrankungen und 18% aller Krebstodesfälle verantwortlich. Die Verbesserungspotenziale zur Steigerung der Lebenserwartung und Lebensqualität sind in keinem Bereich – von der Prävention über die Behandlung bis zur Schmerztherapie – ausgeschöpft. [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) definiert einen umfassenden Aktions-Ansatz im Kampf gegen durch Brustkrebs verursachte Sterblichkeit und Krankheitslast, der über die medizinischen Versorgungsaspekte weit hinaus reicht und Primärprävention, Früherkennung, Information von betroffenen und nicht-betroffenen Frauen, Einbindung von PatientInnen in die Therapieentscheidung sowie Forschungsbedarfe mit einbezieht.

Die AG 6 verfolgt das Ziel ›Der Tabakkonsum in der Bevölkerung ist zurückgegangen‹. Die zur Verringerung des Tabakkonsums in Deutschland durchgeführten Maßnahmen sind bisher eher unsystematisch, zum größten Teil auf die Veränderung von Verhaltensweisen (verhaltenspräventiv) und nicht auf die Veränderung von Strukturen (verhältnispräventiv) bezogen. Darüber hinaus sind Maßnahmen der Verhaltensprävention noch kaum flächendeckend realisiert und häufig hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zur Senkung des Tabakkonsums nicht genügend überprüft. Zur Erreichung des Zieles entwickelt AG 6 ein Nationales Programm, das aus einem Bündel aus verschiedenen bevölkerungs- und individuumsbezogenen Maßnahmen ("policy mix") besteht.

Ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung und unzureichende Stressbewältigung können bereits im Kindes- und Jugendalter zum Risikofaktor für das Auftreten von chronischen Krankheiten im Erwachsenenalter (Adipositas und Folgekrankheiten, Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen u. a.) werden. Schon während des Zieldefinitionsprozesses spielte die Zusammenarbeit von Gesundheits-, Jugend- und Bildungssektor eine wichtige Rolle. Die vier definierten Ziele sollen ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen fördern, Fehl-, Über- und Unterernährung reduzieren. Die motorischen Fähigkeiten sowie die Fähigkeiten zur Stressbewältigung sollen gestärkt, Bewegungsmangel und negative Stressfaktoren reduziert werden. Die strukturellen Rahmenbedingungen für Gesund-

heitsförderung in Familie und Freizeit, Kindertagesstätten und Schule sollen optimiert werden. Damit wurde ein settingspezifischer Ansatz als Umsetzungsstrategie gewählt. Jedes Ziel wurde gesondert für die genannten Settings bearbeitet. Bei den Teilzielen steht insbesondere die Definition von Maßnahmen für schwer erreichbare und sozial benachteiligte Zielgruppen im Mittelpunkt.

Beteiligung und Mitsprache der BürgerInnen und PatientInnen sind für eine bedarfsgerechte und effiziente Gestaltung des Gesundheitssystems geboten. Mittels des ersten Ziels ›Transparenz erhöhen‹ soll die Verfügbarkeit, Vermittlung und Aneignung von Gesundheitsinformationen verbessert werden. Das zweite Ziel ›Kompetenz entwickeln‹ strebt die Steigerung der gesundheitlichen Kompetenzen der BürgerInnen und PatientInnen durch individuelle und gruppenvermittelte Förderung und Unterstützung sowie eine patientInnenorientierte Arbeitsweise von Institutionen und Leistungserbringern an. Das dritte Ziel ›PatientInnenrechte stärken‹ zielt auf die verbesserte Beteiligung von BürgerInnen und PatientInnen an Entscheidungen im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen. Hierzu sind Verbesserungen bei der Ausgestaltung und Umsetzung der individuellen Rechte sowie ein Ausbau der kollektiven Rechte nötig. Das vierte Ziel ›Beschwerdemanagement verbessern‹ fokussiert auf ein System des Beschwerde- und (Behandlungs-) Fehlermanagements, das die Bedürfnisse der Betroffenen stärker berücksichtigt. Alle Ziele sind so angelegt, dass BürgerInnen und PatientInnen stets in die Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse einbezogen werden.

Endergebnisse, d. h. evaluierbar formulierte Ziele und Teilziele, sowie Konzepte für die Umsetzung konkreter Maßnahmen sollen Anfang kommenden Jahres vorliegen. Das Ergebnis dieses Konsensprozesses soll dann vom Bundestag beschlossen werden. Ab 2003 sollen die Maßnahmen implementiert werden. (ta)

Weitere Informationen: [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de)

Gender, also das soziale Geschlecht, in Statistik, Behandlung und Prävention, in Forschung und Praxis zu beachten, gendersensitive Instrumente zu entwickeln und angemessene Maßnahmen zu entwickeln, war Hauptthema der ersten internationalen Konferenz Gender and Health in Wien, die mit rund 340 Teilnehmenden aus 30 Ländern vom 16.-19.9.2002 stattfand.

Unter dem Stichwort Gender Mainstreaming wurde neben Frauengesundheit auch Männergesundheit bearbeitet. Das European Men's Health Forum (mhf) präsentierte sich einerseits als unabhängige Non-Profit-Organisation, wird jedoch von der Pharmaindustrie und der Autorensportbranche finanziert. Nationale Zusammenschlüsse oder Foren zu Männergesundheit existieren bisher in der Schweiz, in Großbritannien und Irland. Ein kleines Projekt aus Dublin, das ein Allgemeinmediziner durchführte, zeigte, dass 60 % der Männer im Einzugsbereich seiner Praxis sehr wohl das Angebot zu einem ›wellmen check‹ in Anspruch nahmen. Er bot dann Achtwochen-Module zu den Themen Stress- und Ärgermanagement, Ernährung und Alkohol sowie zur Raucherentwöhnung an. Einzig das Thema Stress- und Ärgermanagement stieß auf großes Interesse.

Die europäische Vereinigung der Frauengesundheitsforscherinnen (EAWHR) sowie das Europäische Frauengesundheitsnetzwerk (EWHNET) trugen dazu bei, dass zur Frauengesundheit eine Vielzahl von Projekten aus Forschung und Praxis präsentiert wurden, von der Forschung in der Medizin über gendersensible Ausbildung der Gesundheitsberufe bis zu den klassischen Themen der Frauengesundheit wie Reproduktion, Gewalt, Essstörungen. Auch der Zusammenhang zwischen Gender und Globalisierung wurde Thema. Globalisierung sei ein sozialer Prozess, der nicht gender-neutral sei. Er habe positive und negative Effekte für Frauen und Männer. Bisher sei Globalisierung noch zu wenig in Beziehung zu Gender und Genderpolitik analysiert worden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) diskutierte auf der Konferenz, wie Gender Mainstreaming von der WHO selbst nach innen und nach außen umgesetzt werden könnte. Grundlage dafür ist das Madrider Statement zu Gender Mainstreaming, das im September 2001 von der WHO beschlossen wurde. Die Konferenz verabschiedete dazu Empfehlungen. (us)

Ausführlicher Tagungsbericht auf der LVG-Homepage

Die Praxiswerkstatt stellte Präventionskonzepte zur Stärkung wirtschaftlicher Kompetenzen von Kindern und Eltern vor. Kooperationspartner der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (LVG) waren das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), die Schuldnerberatungsstelle der Caritas Hannover und der Niedersächsische Sparkassen- und Giroverband.

Albert Klein-Reinhard vom BMFSFJ erläuterte in seiner Begrüßungsrede das Armutpräventionsprogramm der Bundesregierung, das einen Schwerpunkt auf die Förderung wirtschaftlicher und hauswirtschaftlicher Kompetenzen zur Verminderung der Armutfolgen bei den Betroffenen legt.

Antje Richter von der LVG stellte Zusammenhänge zwischen Schulden und Gesundheit dar, die für MitarbeiterInnen von Schuldnerberatungsstellen sowie unter Überschuldeten kein Geheimnis sind, deren wissenschaftlicher Nachweis jedoch erst in den letzten Jahren geführt wurde.

Ulf Groth vom Hamburger Institut für Finanzdienstleistungen (IFF e.V.) skizzierte Leitgedanken zur finanziellen Allgemeinbildung und zur Armutsprävention. Das Erlernen eines produktiven Umgangs mit Finanzdienstleistungen stellte er als wohlverstandenen Beitrag zur Armutsprävention dar und forderte eine ausreichende Vorbereitung der Mädchen und Jungen auf den Umgang mit unserer komplexen Kreditgesellschaft.

Zwei Workshops am Nachmittag zu ›Präventiven Ansätzen in der schulischen Bildung‹ und zu ›Wirtschaftlichen und Hauswirtschaftlichen Kompetenzen‹ komplettierten das Programm.

Als eines der Ergebnisse der Praxiswerkstatt wurde die Gründung eines landesweiten ›Arbeitskreises Verschuldung und Gesundheit‹ beschlossen, der die ressortübergreifende Vernetzung stärker fördern und Kooperationen zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen anstoßen soll. Der Termin der ersten Sitzung findet im ersten Quartal 2003 statt. AnsprechpartnerInnen für Interessierte sind Antje Richter von der LVG und Andreas Reith von der Schuldnerberatungsstelle der Caritas Hannover. Ebenfalls in Planung ist die Erstellung einer Dokumentation der Praxiswerkstatt. Ein ausführlicher Tagungsbericht ist auf der Homepage der LVG unter dem Arbeitsbereich ›Soziale Lage und Gesundheit‹ abzurufen. (ar)

# Mehr Bildung – bessere Gesundheit?!

Niedersächsische Forderungen zu Bildung, Armut und Gesundheit von Kindern

Aktuelles

A

Bildung ist mehr als Schulbildung und die notwendigen Grundlagen für den Bildungserwerb werden bereits früh gelegt. Sie müssen kontinuierlich überprüft und an die gesellschaftliche Entwicklung angepasst werden, die sich Privatisierungs- und Deregulierungstendenzen entgegenstellt. Eine Vernachlässigung dieser Bemühungen führt andernfalls sowohl zu auffälliger Ungleichheit von Bildungschancen für Kinder und Jugendliche, wie auch zu ungleichen Gesundheitschancen mit einem erheblich höheren Erkrankungs- und Sterberisiko.

Im Gesundheitsbericht für Deutschland wird dem Bildungsstatus unter den Risikomerkmale der sozialen Lage ein besonderes Gewicht zugewiesen und der Einfluss des Bildungsniveaus auf Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten ausdrücklich betont. Umgekehrt gilt, dass gesundheitsfördernde Schulprojekte positive Auswirkungen auf Klassen- und Schulklima, wie auch auf Leistungsbereitschaft und -erfolg aller schulischen Akteure haben.

Was für Schulen gilt, gilt ebenso für Kindertageseinrichtungen. Gesundheitsförderung nutzt der selbstbestimmten Gestaltung des pädagogischen Erfahrungs- und Erlebnisraums und der Lernkultur – und es ist dringend notwendig, diese Inhalte und Strategien der Gesundheitsförderung in den pädagogischen Alltag und in die pädagogische Ausbildung einzubeziehen.

Folgende *Fünf Forderungen* entstanden als Diskussionsergebnis einer niedersächsischen Tagung zu ›Sozialer Lage und Bildung von Kindern‹ und als Ergebnis eines anhaltenden Diskussionsprozesses im niedersächsischen ›Arbeitskreis Armut und Gesundheit‹. Sie weisen wesentliche Schritte in die notwendige Richtung.

## 1. Soziale und kulturelle Diversität in Kindergarten und Schule beachten und fördern

- Mehrjähriger kostenfreier Besuch eines Kindergartens für alle Kinder – auch für Flüchtlingskinder – ermöglichen
- Intensive Sprachförderung für ausländische/sozial benachteiligte Kinder während der Kindergarten- und Schulzeit
- MitarbeiterInnen im Kindergarten mit nicht-deutscher Muttersprache bedarfsorientiert einstellen,
- verbesserte Kompetenzen der PädagogInnen im Umgang mit sozialer und kultureller Heterogenität
- Integration statt Assimilation

## 2. Gesundheitsförderung als integralen Bestandteil pädagogischer Konzepte einführen

- Gesundheitsförderung ist ganzheitliche Förderung auf physischer, psychischer und sozialer Ebene im Setting Kindergarten/Schule
- Gesundheitschancen für sozial Benachteiligte verbessern durch frühe Vermittlung gesundheitsbezogener Kenntnisse
- Günstige Zugangswege zu sozial Benachteiligten im Setting für Gesundheitsförderung nutzen
- Gesundheitsförderung in der Schule verbessert Klassenklima und Lernerfolg
- Differenzierte Inhalte der Gesundheitsförderung von SchulleiterInnen unter Einbezug der Gesamtkonferenz verpflichtend (d. h. als Teil des Stellenprofils) umsetzen lassen
- Inhalte der Gesundheitsförderung in der Ausbildung von PädagogInnen verpflichtend vermitteln

## 3. Sektorenübergreifende Vernetzung verwirklichen

- Enge inhaltliche und personelle Vernetzung zwischen Kindergarten und Grundschule bzw. weiterführenden Schulen
- Sektorenübergreifende Vernetzung zwischen Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich und Bemühungen, andere Kompetenzen von außen einzuwerben, etc.
- Vernetzung von Sozial- und Gesundheitsberichterstattung
- Vernetzung mit der Arbeitswelt
- Beteiligung von Kindergärten an Armutsberichterstattung
- Stärkere Einbeziehung der Gesundheitsförderung in das SGB VIII
- Sektorenübergreifende Vernetzung
  - a. sollten alle LehrerInnen/ErzieherInnen als Verpflichtung ansehen
  - b. muss bereits in der Ausbildung vermittelt und gelernt werden
  - c. muss politisch befördert werden
  - d. muss finanziell unterstützt werden

## 4. Soziale Kompetenzen von ErzieherInnen und LehrerInnen fördern

- ›Selbstbildungsprozesse‹ der Kinder fördern und Interaktionen entwicklungsfördernd gestalten – die Qualität pädagogischer Beziehung stärkt ›eigene Quellen‹ und den Lernerfolg
- Bildungsprozesse nicht durch erschöpfendes Üben und Wiederholen, sondern durch forschendes Experimentieren anregen – Lernen als Erfahrungsprozess, geknüpft an Eigenaktivität
- Ergebnisse der Resilienzforschung beach-

ten: Sie nennt die Ressourcen von Kindern und weist Lebensumstände und Persönlichkeitseigenschaften nach, die eine Widerstandsfähigkeit gegen benachteiligende Lebensbedingungen stärken und bei der Bewältigung schädigender Einflüsse unterstützend wirken

- Ausgewogenheit zwischen weiblichen und männlichen MitarbeiterInnen
- Qualitativ hochwertige Ausbildung und höhere Wertschätzung der pädagogischen Arbeit mit den jüngsten Kindern
- Verbesserung von Profil, Ausbildung und Vergütung für Tätigkeiten im Kindergarten- und Grundschulbereich

## 5. Sozialkompensatorische Ausstattung von Kindergarten und Schule mit finanziellen Mitteln realisieren

- Begrenzte bzw. immer neu zu konzipierende Projektförderung schafft Unsicherheit und bindet Arbeitskräfte ›an den Schreibtisch‹
- Projektförderung hat bewährte Modelle hervorgebracht, doch der Erforschung und Entwicklung guter Konzepte folgt zu selten die dauerhafte Umsetzung in die Praxis
- Sektorenübergreifende ›Folgekosten-Abschätzung‹ vornehmen – Kein ›Kaputtsparen‹ der sozialen Einrichtungen (ar)

Tagungsbericht

## »Essen, was ankommt ...« Ernährung im Kindergarten und Hort

Die Ernährungssituation in Kindertagesstätten entspricht nicht den Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung. Oft erstreckt sich die Betreuung über Jahre hinweg und hat große Bedeutung für die Ernährungsgewohnheiten und letztendlich auch für die Gesundheit der Kinder. Um Zivilisationskrankheiten wie zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen und Übergewicht langfristig vorzubeugen, muss frühzeitig bzw. bereits bei Kindern angesetzt werden.

Mit Blick auf diese Sachlage fand am 30.10.2002 eine landesweite Fachtagung mit dem o. g. Titel statt, die die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Erwachsenenbildung Stephansstift und der Deutsche Gesellschaft für Ernährung – Sektion Niedersachsen ausgerichtet hat. Ziel der Veranstaltung war es, mit den verantwortlichen Fachkräften aus Kindertages-



# Niedersachsen Forum Alter und Zukunft

Erst die Arbeit – und dann?

stätte und hort Fragen und Probleme rund um das Thema Kinderernährung zu diskutieren.

Vorträge am Vormittag umrissen die Problematik und verdeutlichten die momentane Situation im Rahmen der Kinderernährung von Betreuungseinrichtungen. Ergebnisse der KESS-Studie (Kindertagesstätten-Ernährungs-Situations-Studie) zeigen deutlich, dass die Ernährungssituation in Kindertagesstätten in Deutschland nicht den Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung entspricht. So wird beispielsweise zu häufig Fleisch angeboten, Fisch, Rohkost, Kartoffeln und frisches Obst kommen dagegen zu kurz. Hinsichtlich der ernährungsphysiologischen Qualität der Mittagsmahlzeit wurden die Referenzwerte der optimierten Mischkost optimiX vielfach nicht erreicht – insbesondere waren z. B. die Anteile an gesättigten Fettsäuren zu hoch und an ungesättigten Fettsäuren zu gering.

Auf ähnliche Resultate kommt das Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE) mit der DONALD Studie (Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Study). Seit 1985 werden hier die Ernährungsgewohnheiten von Kindern untersucht. Dabei wird zunehmend deutlich, dass die Zufuhr von Vitaminen und Mineralstoffen überwiegend ausreichend ist. Dagegen essen die Kinder zu viel Fett, insbesondere gesättigte Fettsäuren und zuviel Zucker, aber zu wenig Ballaststoffe, sie verzehren zu wenig Getränke und pflanzliche Lebensmittel sowie zu viele tierische fettreiche Lebensmittel und Süßigkeiten.

Zur Verbesserung der Ernährung wurde vom FKE das Präventionskonzept der Optimierten Mischkost optimiX entwickelt. Es eignet sich für Kinder und Erwachsene in Familien und Betreuungseinrichtungen wie Kindergärten, Kindertagesstätten und Schulen. Pro Tag werden 5 Mahlzeiten (2 kalte Hauptmahlzeiten, 1 warme Hauptmahlzeit und 2 Zwischenmahlzeiten) empfohlen, die sich in einem Baukastensystem zu einer empfehlungsgerechten Tagesernährung ergänzen. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Mahlzeiten zu Hause oder in der Kindertagesstätte eingenommen werden. (am)

Im Übergang von der Berufstätigkeit oder der Familienphase zum Ruhestand stellt sich für die so genannten ›jungen Alten‹ die Frage nach der Neugestaltung ihres Alltags und ihrer Lebensbeziehungen. „Erst die Arbeit – und dann?“ war daher das Motto des zehnten Niedersachsen Forums Alter und Zukunft, das am 17. Oktober 2002 in Oldenburg stattfand. Die vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales gemeinsam mit dem inForum der Stadt Oldenburg durchgeführte Tagung fand mit mehr als 300 BesucherInnen sowohl unter SeniorInnen als auch unter Fachleuten großen Zuspruch.

In ihrer Begrüßungsrede wies Ministerin Dr. Gitta Trauernicht darauf hin, dass Seniorinnen und Senioren aufgrund ihres Erfahrungswissens und ihrer Engagementbereitschaft ein bedeutendes gesellschaftliches Potenzial darstellen und das Rückgrat vieler ehrenamtlicher Aktivitäten bilden. Sie lobte das vielfältige Engagement älterer Menschen als Bereicherung für eine solidarische Gesellschaft.

Dr. Cornelia Wienken von der Hochschule Vechta stellte in ihrem Vortrag ›Altersbilder – Alterswirklichkeiten‹ heraus, dass große Unterschiede hinsichtlich der Befindlichkeit und der psychischen und körperlichen Gesundheit zwischen älteren Menschen bestehen. Während in der ersten nachberuflichen Phase freiwillige und ehrenamtliche Tätigkeiten in einem erheblichen Umfang ausgeübt werden, nimmt das Engagement in den höheren Altersgruppen deutlich ab. Besonders für hochbetagte Frauen besteht wenig Gelegenheit zur gesellschaftlichen Teilhabe. Hinzu komme, dass viele Frauen in der ersten nachberuflichen Phase Hilfe- und Pflegetätigkeit im privaten Umfeld leisten, ein Engagement, das von der Enquete-Kommission ›Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements‹ nicht in die Statistik aufgenommen wurde. Damit zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Aspekte des Alter(n)s.

Mit den Chancen und Potenzialen im Alter beschäftigte sich der Vortrag von Tanja Hitzblech, Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie des ZHGB, Berlin. Am Beispiel der Studie ›Das Dritte Leben‹, einer Langzeitbeobachtung von 30 RuheständlerInnen, die in Kooperation mit dem Südwestrundfunk Baden-Baden durchgeführt wurde, machte die Referentin deutlich, dass der Übergang von der Erwerbstätigkeit zur ›nachberuflichen Phase‹ für die Betroffenen und ihre Angehörigen in jedem Fall eine

Phase der Neuorientierung und der Umstellung sei. Die Bewältigung dieser Phase hänge maßgeblich davon ab, welche Bilder die Betroffenen vom Alter gewonnen haben und ob sie im Laufe ihres Lebens Kompetenzen und Ressourcen erworben haben, die ihnen bei der Bewältigung des Ruhestandes hilfreich sein können.

Am Nachmittag rundeten drei Workshops und das ›Ideen-Reich‹, ein lebendiger Markt der Möglichkeiten, das Bild ab. (ib)

*Eine Dokumentation der Veranstaltung wird Ende 2002 erscheinen. Sie ist über das Koordinierungsbüro Freiwilliges Engagement für Alt und Jung in Niedersachsen zu beziehen (Adresse der Landesvereinigung, s. Impressum).*

Tagungsbericht

## Medikamenten-unterstützte Kindheit

Rund 80 Prozent der Medikamente, die bei Kindern eingesetzt werden, seien nicht eigens für sie zugelassen, berichtete Prof. Jürgen C. Frölich von der MHH auf der Fachtagung ›Medikamenten-unterstützte Kindheit‹, die von der Techniker Krankenkasse und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen gemeinsam am 13.11.2002 in Hannover veranstaltet wurde. Sowohl für die behandelnden Ärzte und Ärztinnen, wie auch für die Kinder bedeutet dies ein großes Problem. Das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte, so Prof. Gottfried Kreuz, hat mit der Gründung des ExpertInnengremiums ›Arzneimittel für Kinder und Jugendliche‹ auf diesen Missstand reagiert. Hier sollen in der Zukunft Empfehlungen für die kindgerechte Medikation gegeben werden.

Die Problematik des Aufmerksamkeits-Defizitsyndroms, das in steigendem Maße mit Medikamenten bekämpft wird, ist zur Zeit ein hochaktuelles Thema, das im Vortrag von Dr. Eckhard Schiffer vom Christlichen Krankenhaus Quakenbrück eindrucksvoll in den Zusammenhang mit der heutigen Informationsüberflutung und dem beziehungslosen Lebensstil gestellt wurde. Abgerundet wurde neben vielen weiteren Beiträgen die Tagung durch ein von Prof. Arnold Lohaus vorgestelltes Präventionstraining für Kinder, das dazu gedacht ist, im Vorfeld von Störungen wirksam zu werden. Mit fast 80 Teilnehmenden war reger Zuspruch zu verzeichnen. Eine Dokumentation ist in Planung. (us)

A

Aktuelles

Ein im Auftrag des ›Commonwealth Department of Health and Family Services‹ 1996 durchgeführtes Audit an australischen Sekundarschulen ergab, dass Schulen geeignete Settings zur Förderung der psychischen Gesundheit sind. Die ›National Mental Health Strategy‹ wurde daraufhin auf den Bildungssektor ausgeweitet und folgende Empfehlungen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Setting Schule ausgesprochen:

1. Entwicklung von Unterrichtsmaterial zu den Themen psychischer Gesundheit und Krankheit;
2. Hilfestellung zur Umsetzung der Ganzheitlichkeit nach dem Konzept der Gesundheitsfördernden Schule und
3. Fort-/Weiterbildung für LehrerInnen, um dem wahrgenommenen Unvorbereit- Sein entgegenzuwirken.

Das ›Commonwealth Department of Health and Family Services‹ sicherte die Finanzierung eines Pilotprojekts zu. Empirische Ergebnisse dieses ›Western Australian Child Health Survey‹ (1997) belegten einen signifikanten Zusammenhang zwischen unterdurchschnittlichen schulischen Leistungen und psychischen Gesundheitsproblemen; d. h., ein Kind mit psychischen Gesundheitsproblemen besitzt ein fünffach erhöhtes Risiko für unterdurchschnittliche Schulleistungen. LehrerInnen gaben an, dass sie bei der Integration psychischer Gesundheit in den Schulalltag Unterrichtsmaterial, Fort-/Weiterbildungen und Hilfen zur Umsetzung des ganzheitlichen Ansatzes zur Förderung der psychischen Gesundheit benötigen. MindMatters wurde von den drei australischen Universitäten Melbourne, Deakin und Sydney, in Kooperation mit dem Gesundheitsministerium (Commonwealth Department of Health and Aged Care) entwickelt und evaluiert.

### Ansatz von MindMatters

MindMatters basiert auf dem Konzept der Gesundheitsfördernden Schule und konzentriert sich auf die Förderung der psychischen Gesundheit für Schulen. Es soll einen gemeinsamen Veränderungsprozess anstoßen, der SchülerInnen, Eltern, LehrerInnen, Schulleitung, nicht-unterrichtendes Personal und externe Kooperationspartner betrifft. MindMatters bietet Fortbildungen für alle Schulmitglieder an und soll Schulen beim Aufbau einer schützenden und psychische Gesundheit fördernden Lehr- und Lernumwelt unterstützen. Das Programm setzt daher an den drei großen Interventionsbereichen der Schule an: ›Lehren und Lernen‹, ›Schulkultur und Umwelt‹, ›Partnerschaften und Dienste. Sowohl die Förderung von Schulentwick-

lungsprozessen, als auch die Vorschläge zur Integration von Themen psychischer Gesundheit in den Unterricht sollen zu einer besseren Schulkultur und Integration der Schule in das Umfeld beitragen. Das gesamte System Schule soll sich durch MindMatters verändern, d. h. eine Verbesserung der psychischen Gesundheit und verbesserte Leistungsfähigkeit aller an und um Schule Beteiligten. Nach Abschluss der Modellphase ist die weitere Verbreitung in Deutschland, der Schweiz und in deutschsprachigen Ländern geplant.

### MindMatters-Material

Zu MindMatters gehören insgesamt acht Hefte. Entsprechend dem ganzheitlichen Ansatz liegen drei Hefte zur Begleitung von Schulentwicklungsprozessen vor:

1. Planung und Management der Förderung der psychischen Gesundheit
2. Handlungsleitlinien zur Prävention von Selbstverletzungen und Suizid
3. Förderung von Toleranz und Verantwortung in und um Schule

Zur Umsetzung im Unterricht stehen fünf umfangreiche Unterrichtshefte für verschiedene Klassenstufen zur Verfügung. Themen sind u. a.: Aufbau von Beziehungen, Freundschaft & Zusammengehörigkeit, Coping/ Stressbewältigung, Umgang mit Mobbing & Belästigung, Umgang mit Verlust & Trauer, Verstehen psychischer Krankheiten.

### Integration von MindMatters in den Unterricht

Jedes Heft enthält Empfehlungen zur Integration in verschiedene Fächer: Deutsch, Gemeinschaftskunde, Biologie, Ethik/Religion/Normen und Werte, Sport, Darstellendes Spiel, Klassenreisen. Modifizierung und flexibler Einsatz in Projekten oder fächerübergreifenden Unterricht sind möglich und gewünscht. Die Unterrichtshefte umfassen jeweils ca. acht aufeinander aufbauende Einheiten mit einführenden Hintergrundinformationen, didaktischem Stundenaufbau, Materialbedarf, methodischen Hinweisen, Kopiervorlagen und Anregungen zur Vorbereitung auf mögliche Reaktionen von SchülerInnen. Die Projektträger von MindMatters sind: Barmer Ersatzkasse, Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe und Hannover, Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband und Bundesamt für Gesundheit der Schweiz.

*Kontaktadresse: Dr. phil. Marco Franze, Diplom-Psychologe, Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Wilschenbrucher Weg 84a, 21335 Lüneburg, Email: franze@uni-lueneburg.de*

Psychose-Erkrankungen führen oft dazu, dass Kontakte abgebrochen werden und die Betroffenen in komplizierte soziale Situationen geraten:

- Verlust der Arbeit
- Langzeitarbeitslosigkeit
- sozialer Abstieg
- Verlust der Wohnung
- Abwendung der Angehörigen

So sind teilweise PatientInnen mit krankheitsbedingten schwerwiegenden Beeinträchtigungen ihrer sozialen und kognitiven Fähigkeiten plötzlich in existenziellen Problemen völlig allein gelassen. Das tägliche Leben wird zur unlösbaren Überforderungssituation, was sich auch in den Krankenhausstatistiken widerspiegelt:

50 % der Psychose-PatientInnen verzeichnen eine erneute Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres nach der stationären Aufnahme.

80 % der stationären Aufnahmen auf einer psychiatrischen Station sind bereits bekannte PatientInnen.

Vor diesem Hintergrund finanzierten die Spitzenverbände der Krankenkassen 1995 ein Modellvorhaben zur Prüfung der Frage, ob eine ambulante soziotherapeutische Behandlung die Situation von PsychiatriepatientInnen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verbessern könnte. Eingeschlossen waren 200 (überwiegend Schizophrenie-) Patienten an drei Standorten in Deutschland – Lübeck, Ravensburg, Hürth – für jeweils drei Jahre zwischen 1995 bis 1998.

Bei 12 % der PatientInnen brachte die zusätzlich soziotherapeutische Behandlung keine Erfolge.

Bei 80 % der PatientInnen konnten jedoch messbare Verbesserungen der psychosozialen Funktionsstörungen erzielt werden – und das in einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von nur 60 Therapiestunden, der Hälfte des maximal vorgesehenen Behandlungskontingentes von 120 Stunden.

Da im Untersuchungszeitraum die Anzahl stationärer Behandlungstage bei den mit Soziotherapie behandelten PatientInnen signifikant abnahm, errechnet die Studie, dass 1 Euro, der in Soziotherapie investiert wird, 6 Euro stationäre Behandlungskosten einspart.

Die Gesundheitsreform 2000 ergänzte das 5. Buch des Sozialgesetzbuches um zwei neue Paragraphen:

- 1) SGB V § 37a Soziotherapie
- 2) SGB V § 132b Versorgung mit Soziotherapie

§ 37a betrifft die durch den Bundesausschuss ›Ärzte und Krankenkassen‹ zu erarbeitenden Richtlinien zur Soziotherapie. § 132b betrifft die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie.

Die Richtlinien sind – unter Berücksichtigung der seit November 2001 vorliegenden Empfehlungen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer – seit 01.01.2002 in Kraft. Nun steht die Umsetzung der Soziotherapie-Richtlinien auf der regionalen Ebene über Vertragsabschlüsse zwischen Kassen und Leistungserbringern an. Erfolgreiche Vertragsabschlüsse werden derzeit aus Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz rückgemeldet.

Zwei Jahre nach In-Kraft-Treten der Richtlinien zur Soziotherapie nach § 37a ist Anfang 2004 eine Evaluation und ggf. Überarbeitung der Richtlinien durch den Arbeitsausschuss ›Soziotherapie‹ des Bundesausschusses ›Ärzte und Krankenkassen‹ geplant.

Die Ergebnisse des Modellvorhabens sind nachzulesen in:  
Melchinger, Heiner: Ambulante Soziotherapie: Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes ›Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker‹ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges., 1999

Vera Ries, Geschäftsführung des Arbeitsausschusses ›Soziotherapie‹, Geschäftsstelle des Bundesausschusses ›Ärzte und Krankenkassen‹ bei der Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss, Auf dem Seidenberg 3a, 53 721 Siegburg

Das Projektbüro ›Dialog der Generationen‹ und das Koordinierungsbüro Freiwilliges Engagement für Alt und Jung in Niedersachsen führten mit Unterstützung des Zentrums für Weiterbildung der Universität Dortmund das diesjährige Regionalgruppentreffen generationsübergreifender Projekte der Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt durch. Ziel der Veranstaltung war es, einen Überblick über bestehende Projektansätze und einen Eindruck vom großen Engagement für den Dialog der Generationen zu vermitteln.

Am 18. November 2002 begrüßte Volker Amrhein, Leiter des Projektbüros ›Dialog der Generationen‹, die zahlreich erschienenen TeilnehmerInnen und ReferentInnen in den Räumen des Zentrum für Weiterbildung (ZfW) der Universität Dortmund.

Iris Bunzendahl, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., stellte das Koordinierungsbüro Freiwilliges Engagement für Alt und Jung in Niedersachsen vor. Das Koordinierungsbüro hat es sich zum Ziel gesetzt, langfristig die Rahmenbedingungen für freiwilliges Engagement in Niedersachsen zu verbessern. Eine finanzielle Förderung erfolgt durch das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales. Zu den wesentlichen Aufgaben gehört die Vernetzung der verschiedenen Akteure im Bereich des Freiwilligen Engagements und die Planung und Durchführung von Veranstaltungen zu generationsübergreifenden Ansätzen zum freiwilligen Engagement.

Otto Herz vom Verein Comed e.V., Bielefeld, nahm den Titel der Veranstaltung wörtlich und regte einen Dialog mit und zwischen den TeilnehmerInnen an. Dabei ging er unter anderem auf die historische Entwicklung der Institution Schule ein, aber auch auf die zukünftige Entwicklung, der sich die Schule in Zukunft stellen muss. Um die Rolle des Gemeinwesens im Bereich Schule und Erziehung deutlich zu machen, nutzte er ein afrikanisches Sprichwort "It takes a whole village to educate a child".

Vom Patenschaftsprogramm des Landes Nordrhein-Westfalen ›Jugend in Arbeit‹ (JA) berichtete Ludger Althoff. Für junge Langzeitarbeitslose wurden ehrenamtliche PatInnen gesucht, die die Jugendlichen auf ihrem Weg in den Job begleiten und unterstützen. Bisher wurden bereits ca. 100 Patenschaften geschlossen, so Ludger Althoff. Herausgehoben wurde, dass es sich nicht um eine

›reine‹ Jobvermittlung handele, sondern dass die Aufgaben der PatInnen auch die Motivation der Jugendlichen und Weitergabe von praktischen Tipps, z. B. für das Vorstellungsgespräch, umfassen.

Über das Projekt Seniorpartner in School (SiS) informierte die Initiatorin Christiane Richter selbst. In einer 80stündigen Ausbildung wurden bisher 37 ehrenamtliche SchulmediatorInnen ausgebildet. Die SeniorInnen lösen Konflikte zwischen SchülerInnen mittels Mediation in Berliner Schulen (Haupt- und Realschule, Gymnasien, IGS). Finanziert wird das Projekt über Stiftungsgelder und soll künftig auch auf andere Bundesländer ausgeweitet werden. Allein in Berlin stehen ca. 70 Schulen auf der Warteliste, so Christiane Richter.

Am Nachmittag gaben vier Arbeitskreise die Möglichkeit, fachliche Aspekte des Generationendialoges in unterschiedlichen Handlungsfeldern zu diskutieren. Themen waren u. a. Übergänge Schule/Beruf – Arbeit/Ruhestand, generationsübergreifende Ansätze in der Gemeinwesenarbeit, freiwillig bürgerschaftlich engagiert für den Generationendialog und interkulturelle Ansätze und europäische Vernetzung.

## Europäische Summerschool Public Health

Unter dem Titel "Shaping the new Europe – European Challenges for Public Health and Health Promotion in a Changing World" findet vom 3. bis 16. August 2003 eine gemeinsame Summerschool von acht europäischen Public Health Institutionen in Cagliari (Italien) statt. Das Angebot richtet sich an Professionelle im Bereich Public Health und Gesundheitsförderung. Inhalte werden unter anderem Evidence based Health Promotion, Projektentwicklung in der Gesundheitsförderung und neuere Forschungsmethoden sein. Der Anmeldeschluss für die Summerschool ist der 15. April 2003. Die Kursgebühren inklusive Unterkunft und Verpflegung betragen 800 Euro. Informationen für Interessenten aus Deutschland und Anmeldeformulare zum ETC-PHHP Course 2003 sind zu erhalten über:

Klaus D. Plümer, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Auf'm Hennekamp 70; 40225 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 310 96 40, Fax (02 11) 310 96 34, e-Mail: pluemerk@mail.afog.nrw.de

Im Jahre 2002 hatte jedes Newsletterheft eine Sonderseite zu Rio plus 10 veröffentlicht. Auf dieser Sonderseite, der letzten zu Rio plus 10, wird der Gipfel bilanziert. Dazu sind zwei Artikel auszugsweise abgedruckt. In ganzer Länge ist der Artikel von Unmüßig in der taz-Beilage der Heinrich-Böll-Stiftung ›Perspektive im Grünen Format‹ im Oktober 2002 erschienen, der ungekürzte Artikel von Wichterich ist auf der Homepage der Heinrich Böll Stiftung unter [www.worldsummit2002.de](http://www.worldsummit2002.de) zu finden.

## Barbara Unmüßig Perspektiven nach Johannesburg

Der Weltgipfel für Nachhaltige Entwicklung Johannesburg (26. August bis 4. September 2002) war als Gipfel der Taten und Aktionen gedacht, der 10 Jahre nach den Beschlüssen von Rio de Janeiro wieder Aufbruchstimmung für die Bewältigung der globalen Umwelt- und Entwicklungskrisen vermitteln sollte.

### Magere Bilanz

Die offiziellen Ergebnisse sind schnell zusammengefasst: Der Umsetzungsplan von Johannesburg reiht entwicklungs- und umweltpolitische Absichtserklärungen aneinander, bestätigt die eingegangenen Verpflichtungen vorheriger Weltkonferenzen und fügt einige neue Ziele hinzu. (...) Die sozialen und ökologischen Zielvereinbarungen für die einzelnen Sektoren wie Wasser, Energie, Gesundheit, Landwirtschaft und biologische Vielfalt, die von UN-Generalsekretär Kofi Annan als die fünf wichtigsten Aktionsfelder für eine nachhaltige Entwicklung im Vorfeld von Johannesburg bezeichnet wurden, fallen – vom Wasser abgesehen – äußerst bescheiden aus. Wirklich neu ist das Ziel, den Anteil der Menschen, die keinen Zugang zu sanitären Anlagen haben, bis zum Jahr 2015 zu halbieren. Dies war jedoch nur im ›Tausch‹ auf den Verzicht eines konkreten Ziels für die Erhöhung des Anteils erneuerbarer Energien an der Weltenergieproduktion möglich geworden. In einem offiziellen Dokument erstmals avisiert ist auch die Regeneration der Fischbestände bis 2015 (falls möglich) oder die Minimierung umwelt- und gesundheitsschädlicher Chemikalien bis 2020. Über die dazu nötigen Finanzmittel schweigt sich der Johannesburg Plan aus.

Jenseits dieser mageren Bilanz für die sektoralen Ziele sind vor allem Nichtregierungsorganisationen enttäuscht darüber, dass es im Rahmen des UN-Systems derzeit nicht gelingt, der ökonomischen Globalisierung soziale und ökologische Grenzen zu setzen. In Johannesburg ist unmissverständlich klar geworden, dass das in Rio de Janeiro 1992 verankerte Konzept der Nachhaltigen Entwicklung nicht als regulative Idee gegenüber der neoliberalen Form der Globalisierung taugt. Der Gipfel hat nicht zuletzt deshalb Attribute wie ›Gipfel der Schadensbegrenzung‹ oder ›Gipfel der verpassten Chancen‹ erhalten. UN-Dokumente vermögen es immer wieder, die negativen sozialen und ökologischen Folgen ökonomischer und



politischer Fehlentwicklungen in aller Klarheit zu benennen. Daraus folgen jedoch selten Handlungsziele und Strategien, die ökologische und soziale Prinzipien gegenüber der Freihandelsdoktrin der Welthandelsorganisation (WTO) völkerrechtsverbindlich auf UNO Ebene verankern. Das Gegenteil war in Johannesburg der Fall ...

### Perspektiven

Die von Entwicklungsländern breit unterstützte EU-Initiative (zu erneuerbarer Energie) und die für 2004 in Deutschland geplante internationale Konferenz für erneuerbare Energien können den Ausgangspunkt neuer Koalitionsbildungen für eine neue weltweite Energiepolitik markieren. Die Welt braucht Vorbilder und Initiativen gleich gesinnter Staaten. Deshalb muss zum Beispiel der Einstieg in eine europaweite Flugbenzinbesteuerung eine wichtige Initiative der rot-grünen Bundesregierung werden. Politischer Druck und neuartige lokale, nationale und internationale Bündnisse werden nötig sein, um die wichtigsten strukturellen Veränderungen der ökonomischen Gestaltung der Globalisierung im Sinne einer ernst gemeinten globalen zukunftsfähigen Entwicklung auf den Weg zu bringen. ... Im Vorfeld der WTO-Ministerkonferenz, die im nächsten September im mexikanischen Cancun stattfinden wird, werden neue gesellschaftliche Bündnisse zu schmieden sein, um die Ansprüche an breite gesellschaftliche Partizipation zivilgesellschaftlicher Organisationen an den internationalen wirtschaftlichen Entscheidungsprozessen geltend machen zu können.

*Barbara Unmüßig ist Vorstand der Heinrich-Böll-Stiftung.*

## Christa Wichterich Viel Markt, wenig Frauenpower und wenig Frauenrechte

... Im Johannesburg-Prozess gelang es internationalen Frauennetzwerken ... nicht, sich in den zentralen Diskurs einzuklinken, nämlich das Verhältnis von Nachhaltigkeit und

wirtschaftlicher Globalisierung. WEDO (Women, Environment and Development Organization) spielte nicht mehr die organisierende und vernetzende Führungsrolle wie im Kontext früherer UN-Organisationen.

### Keine Botschaft, wenig Klammer

Das Lobbying bei den Vorverhandlungen des Abschlussdokuments bestand primär im Einfügen kleiner Floskeln wie ›gender-sensitive‹, ›einschließlich Frauen‹ oder ›Frauen wie Männer‹ nach der Sprengkermethode. ... Die neue, sehr knapp geratene ›Women's Action Agenda Planet 2015‹ entwickelte keine mobilisierende oder strategische Dynamik. Den Veranstaltungen im Frauenzelt zu fünf Themenkomplexen – Frieden und Menschenrechte, Globalisierung und Armut, Gesundheit und Umweltsicherheit, Ressourcenzugang und Regieren – fehlte es an klaren Botschaften, Strategien und inhaltlichen Klammern ... Es fehlte auch an visionärer Kraft für einen global- und geschlechtergerechten Umbau gesellschaftlicher und weltwirtschaftlicher Strukturen ...

### Sichtbar, eloquent, aber mit Fraueninteressen?

Vor zehn Jahren in Rio hatte die internationale Frauenbewegung ihren Ausschluss aus den Verhandlungsarenen der UN und ihre ›Unsichtbarkeit‹ in UN-Dokumenten durch systematisches Lobbying überwunden. In Johannesburg waren Frauen auf politischer und Expertenebene präsenter als in Rio. Sie partizipierten sowohl in Regierungsdelegationen als auch auf den Podien vieler fachspezifischer Veranstaltungen im Global People's Forum an Multi-Stakeholder-Dialogen und Runden Tischen von Regierungen, Privatwirtschaft und zivilgesellschaftlichen Kräften. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Verknüpfung von sozialer, Umwelt- und Geschlechtergerechtigkeit von ihnen geleistet wurde ...

### Die Sinnfrage

Am Ende tönte in Johannesburg aus allen Akteursecken die Sinnfrage. Welch ein gigantischer Aufwand und welch mageres Resultat! ... Die internationale Frauenbewegung sollte den Gipfel zum Anlass nehmen, ihre politischen Strategien und ihre inhaltlichen Botschaften zu überdenken und ihnen eine neue Perspektive zu geben, in der Geschlechtergerechtigkeit mit einer strukturellen Nachhaltigkeitswende verbunden ist. Und sie sollte auf dem Hintergrund dieser Gipfelerfahrung einmal mehr prüfen, ob sie den UN eine 5. Weltfrauenkonferenz im Jahre 2005 abfordern will.



Das »Netzwerk Zukunftsgestaltung und seelische Gesundheit Bremen« war schon unterwegs, als es durch die EXPO und die sichtbare Vernachlässigung des Themas seelische Gesundheit 1999 zur Gründung angestiftet wurde. Einzelpersonen, Projekte, Initiativen und Institutionen haben sich im Netzwerk zusammengeschlossen, um seelische Gesundheit zu einem öffentlichen und politischen Entwicklungsziel für eine menschenwürdige Zukunft zu machen.

Seelisch gesund zu sein, ist ein zentrales menschliches Bedürfnis, das in den gegenwärtigen gesellschaftlichen Diskursen über Gesundheit oft verschüttet, von der modernen Kultur ignoriert und von Wünschen nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung, Prosperität, Sicherheit und gesellschaftlichem Einfluss in den Hintergrund gedrängt wird. Der rasante gesellschaftliche Wandel mit all seinen Folgen führt bei vielen Menschen zu einer tiefen Verunsicherung und gefährdet die Grundlagen seelischer Gesundheit wie Sinnorientierung, Erlebnisfähigkeit und Handlungskompetenz. Die für alle Menschen sichtbaren und erfahrbaren Veränderungen der herkömmlichen Strukturen von Arbeitsgesellschaft, Wohngemeinde und Familie gefährden darüber hinaus vor allem im Übergang zu neuen Formen des Zusammenlebens auch die historisch gewachsenen Beziehungen zwischen Wirtschaft, Sozialstaat und Demokratie.

Die individuelle wie kollektive Verdrängung dieser Veränderungen führt zu einer Diskrepanz zwischen Realität und Bewusstsein und zunehmend zu Überforderung und einer Tendenz zu destruktiver Konfliktverarbeitung. Ein Anstieg von Gewaltbereitschaft, ängstlicher Resignation oder seelischen Störungen ist zu beobachten. Gefühle von Hilf- und Hoffnungslosigkeit hindern viele Menschen daran, der Apathie und Gleichgültigkeit individuelles und gesellschaftliches Engagement bei der gemeinsamen Lebensbewältigung entgegenzusetzen.

In dieser Situation muss solidarische und demokratische Gemeinschaft neu begründet werden. Das Netzwerk will Personen, die in der Förderung seelischer Gesundheit aktiv sind, unterstützen und zusammenführen, um die Stadtgesellschaft mit diesem Thema zu konfrontieren und neue Gespräche über die Grundbefindlichkeiten und existenziellen Fragen des menschlichen Lebens, über Werte und Orientierungen in Gang zu setzen. Alle Bürgerinnen und Bürger sind eingeladen, gemeinsam über unsere Lebensverhältnisse

nachzudenken und nach neuen Möglichkeiten des Verstehens, Verhaltens und Handelns zu suchen. Die Förderung seelischer Gesundheit wie ein verbesserter Umgang mit seelischem Kranksein sollen zu orientierunggebenden Entwicklungszielen der Zukunftsgestaltung in Bremen werden.

Ein Beispiel für die Art und Weise der Mitarbeit und Unterstützung des Netzwerkes ist die Bremer »Nacht der Jugend«, die als Kooperation von Jugendeinrichtungen und -verbänden, Schulen, öffentlichen und privaten Institutionen und engagierten Einzelpersonen unter der Schirmherrschaft des Bürgermeisters organisiert wird und seit 1998 einmal jährlich im November als Erinnerung an die »Reichsprogromnacht« im Bremer Rathaus stattfindet.

Zur Grundüberlegung der »Nacht der Jugend« gehörte die Frage, wie das Erinnern an das Morden in eine neue Form gebracht und mit dem Engagement für eine menschenfreundliche Gegenwart verbunden werden kann. Junge und alte Menschen sind deshalb eingeladen, sich im Rathaus zu treffen, zu diskutieren, künstlerische Beiträge zu hören und andere Ideen, Anschauungen und Kulturen in der Auseinandersetzung mit dem jeweils spezifischen Thema der »Nacht der Jugend« kennen zu lernen. 3000 Menschen kamen am 10. November 1998 ins Rathaus, um sich gemeinsam an die Reichskristallnacht zu erinnern und darüber nachzudenken, was für die Zukunft zu lernen ist.

Die »Nacht der Jugend« 1999 stand unter der Überschrift »Begegnung mit den Sinti und Roma. Für das Recht, anders zu sein«. Im Jahr 2000 wurde unter dem Thema »best of bremen« nach Orten in Bremen gesucht, die sich durch Verantwortung, Engagement und Zivilcourage auszeichnen und an denen Jugendliche sich wohl fühlen. 2001 hieß das Motto »Damit der Mensch dem Menschen ein Freund wird« und 2002 steht die »Nacht der Jugend« unter dem Motto: »gegeneinander- nebeneinander- miteinander- aber friedlich«. Die Jugendlichen wollen sich dem Thema des Friedens in einer Stadt stellen. Frieden, Friedfertigkeit, Unfrieden und Gewalt gehören zu den wichtigsten Fragen, wenn wir über seelisches Wohlbefinden und seine Gefährdung nachdenken.

*Kontakt: Netzwerk Zukunftsgestaltung und seelische Gesundheit Bremen, Prof. Dr. Annelie Keil/Dr. Helmut Haffner, c/o Zentrum für Public Health (ZPH)/Universität Bremen, Fachbereich 11, Grazerstraße 2, 28359 Bremen, Tel. 0421-2 18 31 63, Tel 0421-3 61 4955 (Dr. Haffner, Rathaus)*

Depressionen, die nicht erkannt und nicht ausreichend behandelt werden, sind die Hauptursache für Suizide. Mehr als 11.000 Menschen sterben in Deutschland pro Jahr durch Suizid und weitere 100.000 versuchen, sich das Leben zu nehmen. Nur einer von zehn depressiven PatientInnen erhält eine Therapie, die dem Stand der Forschung entspricht. Depressionen gehören zu den häufigsten und hinsichtlich ihrer Schwere zu den am meisten unterschätzten Krankheiten.

Seit 1999 fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der »Kompetenznetze in der Medizin« auch das Kompetenznetz »Depression, Suizidalität«. Das bundesweite Forschungsprojekt soll die Defizite bei der Diagnose und Therapie von Depressionen aufarbeiten und Forschung und Versorgung besser vernetzen. Eingebunden sind bundesweit nicht nur Forschungseinrichtungen und Universitätskliniken, sondern auch Bezirks- und Landeskrankenhäuser sowie Psychosomatische Kliniken und niedergelassene Ärzte. Des Weiteren arbeiten noch Krankenkassen und weitere Partner aus dem Versorgungssystem zusammen.

Im Januar 2001 startete in Nürnberg im Rahmen des Kompetenznetzes eine bundesweit einmalige Pilotstudie zur Suizidprävention. Der Name ist Programm: Das »Nürnberger Bündnis gegen Depression« will die Versorgung depressiv erkrankter Menschen verbessern und so die Suizidrate senken.

**»Nürnberger Bündnis gegen Depression«** Nicht nur HausärztInnen werden geschult, Depressionen besser zu erkennen. Bisher fanden auch mehr als 90 Fortbildungen für MultiplikatorInnen wie Pfarrer, Altenpflegekräfte, LehrerInnen und Polizeibeamte in Nürnberg statt. Auch HeilpraktikerInnen und Krankenschwestern besuchten Fortbildungen. Plakate, Videos und ein Kinospot informieren die Nürnberger Bevölkerung über Depressionen, ihre Symptome und Therapiemöglichkeiten. So wurden weit mehr als 500 Videos für PatientInnen und Angehörige hauptsächlich über die Ärzte und PsychotherapeutInnen verteilt. Abgerundet wird die Öffentlichkeitsarbeit durch die vielen Vorträge und Aktionen, die sich mit verschiedenen Themen an die breite Öffentlichkeit wenden: Von »Angehörigenberatung«, »Probleme auf dem Arbeitsmarkt« über »Depression bei Männern« bis hin zur »Selbsthilfe«. PatientInnen nach Suizidversuch, eine besondere Hochrisikogruppe, erhalten eine »Notfallkarte«, die in Krisensituationen den direkten Kontakt zum Spezialisten sicher-

Hermann Elgeti

## Prävention von Langzeithospitalisation bei chronisch psychisch Kranken

stellen soll. Insgesamt wurde diese Karte bereits an etwa 100 PatientInnen verteilt. Erste Zwischenergebnisse des »Nürnberger Bündnisses gegen Depression« zeigen einen positiven Trend: Im Jahr 2001 ging die Zahl der Suizide und Suizidversuche im Vergleich zum Vorjahr zurück. Die sinkende Suizidrate ist sehr erfreulich. Zur Zeit wird ausgewertet, welche Faktoren des Aktionsprogramms für den Rückgang entscheidend waren.

### Depression: Kompetenznetz sieht bundesweites Informationsdefizit

Das Nürnberger Aktionsprogramm wird fortgesetzt, wie und in welcher Form wird zur Zeit organisiert. Aber auch bundesweit sieht das Kompetenznetz »Depression, Suizidalität« Informations- und Aufklärungsbedarf. Eine repräsentative Telefonumfrage (1.400 Interviews in zwei deutschen Städten) zeigte große Wissensdefizite in der Bevölkerung. So erkannten zwar die meisten Befragten Freudlosigkeit, Schuldgefühle und körperliche Beschwerden als typische Symptome einer Depression. Mehr als 50 Prozent gehen aber irrtümlich davon aus, dass zwanghaftes Putzen ebenfalls ein normales Symptom der Depression sei. Problematisch ist die Angst der Bevölkerung vor Antidepressiva. Diese Medikamente sind für die Therapie von schweren Depressionen unverzichtbar, 80 Prozent der Bevölkerung glauben aber, dass Antidepressiva abhängig machen können. Eine Fehlinformation mit Folgen: Viele PatientInnen nehmen die verordneten Medikamente nicht ein.

Bundesweit können sich PatientInnen und Angehörige unter [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de) im Internet über die Krankheit und ihre Behandlungsmöglichkeiten umfassend und wissenschaftlich fundiert informieren. Internet-User haben die Möglichkeit, einen »Selbsttest« auszufüllen, und erfahren online, ob sie eventuell unter einer behandlungsbedürftigen Depression leiden. Wer die Homepage besucht, hat Zugriff auf eine bundesweite Link- und Adressensammlung zum Thema Depression mit AnsprechpartnerInnen für Notfälle. Ein Erfahrungsbericht, ein Ratgeber sowie ein Wissensquiz ergänzen das Angebot. Besonders beliebt ist das Diskussionsforum für PatientInnen. Mehr als 280.000 BesucherInnen verzeichnet die Homepage seit dem Sommer 2000.

Informationen erhalten Sie unter folgender Adresse:  
Psychiatrische Klinik der LMU München, Kompetenznetz Depression, Nussbaumstraße 7, 80336 München,  
Tel.: (0 89) 51 605 5 53, Fax: (0 89) 51 605 5 57,  
[www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)

Inwiefern können entwickelte gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen dazu beitragen, Langzeithospitalisationen von chronisch Kranken mit alltagspsychiatrischer Diagnose zu verhindern? Dieser Frage ging die Medizinische Hochschule Hannover in einem Forschungsprojekt nach und untersuchte dazu eine PatientInnengruppe, in der alle chronisch psychisch Kranken des innenstadtnahen Einzugsgebietes der Sozialpsychiatrischen Poliklinik versammelt waren, die innerhalb der letzten zehn Jahre mindestens einen Kontakt mit institutionsbezogenen psychiatrischen Hilfsangeboten gehabt hatten.

Nach den Ergebnissen der Untersuchung ist in städtischen Verdichtungsräumen pro 100.000 Einwohner mit 500 chronisch psychisch Kranken zu rechnen, die bei einer hohen Zahl niedergelassener Haus- und FachärztInnen im Einzugsgebiet 250 Plätze in der institutionsbezogenen ambulanten psychiatrischen Behandlung in Anspruch nehmen. Ein in der Untersuchung verwandter Summenscore von sechs Merkmalen einer psychiatrischen Basisdokumentation erwies sich als geeignet, das psychosoziale Risiko für eine Langzeithospitalisation bereits beim Erstkontakt mit PatientInnen zu bestimmen. Die größte Bedeutung kommt dabei dem Ausmaß sozialer Desintegration, besonders in Bezug auf die Arbeitssituation zu. Indikatoren der Schwere und Chronizität der psychischen Störung spielen eine geringere Rolle. Außerdem ließ sich zeigen, dass der Bedarf an institutionsbezogenen psychiatrischen Hilfen mit der urbanen Verdichtung des Einzugsgebietes steigt. Die Ergebnisse zeigen auch, dass die gemeindepsychiatrischen Bemühungen die Zahl von Langzeithospitalisationen zwar vermindern, aber nicht vollständig vermeiden können. Erfolgreiche Arbeit führt hier zu einem zunehmenden Anteil von besonders schwer beeinträchtigten und entsprechend schwierig zu betreuenden PatientInnen. Dies bedeutet gleichzeitig eine anspruchsvolle Aufgabenstellung für eine Personal- und Organisationsentwicklung, die sowohl den Bedürfnissen der PatientInnen, als auch der Belastungsfähigkeit der TherapeutInnen gerecht werden muss.

Die hiermit angesprochene Thematik der Organisationsentwicklung in gemeindepsychiatrischen Diensten ist in der Fachwelt bisher kaum reflektiert worden, es sei denn unter dem Aspekt des »burn-out« der MitarbeiterInnen. Nach unseren Erfahrungen spielt die Sorge um die Funktionsfähigkeit

und das Arbeitsklima im therapeutischen Alltag eine herausragende Rolle für die Problembewältigung. Dazu gehören u. a. klare Regeln für die Arbeitsverteilung, Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Bezugstherapeuten, Transparenz der Dienstaufgaben und der zugehörigen Zeitbudgets. Es gilt, eine gute Balance zwischen direkter patientInnenbezogener Tätigkeit einerseits und Zeiten für formelle und informelle Kontakte zwischen den MitarbeiterInnen andererseits zu finden. Internes Controlling, Angebote zur Fort- und Weiterbildung, Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse und Nöte der MitarbeiterInnen sind einige Aktionsfelder der Teamleitung, die auch bei flachen Hierarchien für die Sicherung der notwendigen Ressourcen zuständig bleibt.

Kontakt: Dr. med. Hermann Elgeti, MHH Sozialpsychiatrische Poliklinik, Walderseestraße 1, 30163 Hannover, Tel.: (05 11) 9 6290-0

## Impressum

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

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

ISSN: 1438-6666

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

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

**Beiträge:** Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Waltraud Deubert, Dr. Hermann Elgeti, Dr. phil. Marco Franze, Birgit Jaster, Dr. Almut Helmes, Bettina Hesse, Ev Kallmeyer, Angelika Maasberg, Frank Meiners, Joachim Müller, Prof. Dr. Annelie Keil, Doreen Köhler, Dr. Antje Richter, Dr. Vera Ries, Wolfgang Rutz (M. D., PH. D.), Peter Scholze, Ute Sonntag, Dr. Friedrich Stratmann, Prof. Dr. Peter Paulus, Katrin Schwertner, Barbara Unmüßig, Dr. Christa Wichterich

**Sekretariat:** Andrea Pachali

**Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 38:** 7.02.2003

Gefördert durch das Niedersächsische  
Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales;

**Auflage:** 5.000

**Gestaltung:** Jörg Wesner

**Druck:** Interdruck Berger

**Erscheinungsweise:** 4x jährlich, im Quartal  
Namentlich gekennzeichnete Artikel geben  
die Meinung des/der Autors/in wieder, nicht  
unbedingt die der Redaktion.

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

Schon der Untertitel des Buches Liebe, Arbeit, Freundschaft und der Sinn des Lebens macht deutlich, dass der Autor Walter Holstein kein eingeschränktes Bild von männlicher Potenz vermitteln möchte. Im Gegenteil, im Zeitalter von Viagra setzt sich Holstein mit alten und neuen Bildern von Männlichkeit auseinander, die sich für die männliche Identitätsbildung größtenteils als hinderlich erweisen. Aber Holstein geht es nicht um eine theoretische Kritik klassischer männlicher Identität, sondern er will Wege aufzeigen, die Männer gehen können, um ein besseres, gesünderes und glücklicheres Leben zu gestalten. Dabei fließen wissenschaftliche Untersuchungen genauso in das Buch ein wie Interviews, Erfahrungsberichte aus Männergruppen, konkrete Übungen und Adressübersichten, an die sich interessierte Männer wenden können. Männer sollen dabei auf neue Weise potent werden, d. h. Potenz wird verstanden als Potenzial von Fähigkeiten, Möglichkeiten, Wünschen, Sehnsüchten und Energien, die Männer in die Welt einbringen können.

Das Buch bietet damit einen Einblick in die Themen und Anliegen einer sich neu formierenden Männerszene. Es ist deshalb sowohl geeignet für MultiplikatorInnen, die mit Männern und Jungen arbeiten, als auch für einzelne interessierte Männer, die sich auf den Weg eines neuen Mannseins begeben wollen. (ta)

*Walter Holstein, Potent werden – das Handbuch für Männer, Verlag Hans Huber, Bern 2001, 411 Seiten, ISBN 3-89530-053-5, 26,95 Euro*

## Gesundheitswesen 2002/2003

Die Ausgabe 2002/2003 dieses Standardwerkes über Institutionen, Verbände, Ansprechpartner im Gesundheitswesen in Deutschland ist erneut umfangreicher geworden. Im Band werden mehr als 4.000 Adressen der maßgeblichen Organisationen des Gesundheitswesens in Deutschland zusammengefasst, nicht nur auf Bundes-, sondern auch auf Länderebene. Die mehr als 50 Rubriken, in denen diese Adressen gruppiert werden, reichen von Ministerien und Parlamenten über Verbände und Gesundheitsberufe, hin zu wissenschaftlichen Gesellschaften und der Selbsthilfe. (ta)

*Gesundheitswesen 2002/2003, Leonhart Verlag, München 2002, 976 Seiten, ISBN 3-9806190-1-4, 69,90 Euro*

Das von Günther H. Jacobi herausgegebene Buch stellt eher Männerkrankheiten und Präventionsmöglichkeiten in den Vordergrund seiner Ausführung. Nur in der Einleitung und im Abschlusskapitel des Buches findet eine umfassendere Standortbestimmung zu Männergesundheit statt. Das Gros der Artikel beschäftigt sich mit mänderspezifischen Gesundheitsrisiken, Krankheiten und Funktionsstörungen. Insgesamt lesen sich die von mehr als 60 AutorInnen verfassten Beiträge als entschiedenes Plädoyer für die Einrichtung mänderspezifischer Angebote in der Gesundheitsversorgung.

Dabei verbleibt die überwiegende Mehrzahl der beschriebenen Krankheiten und Funktionsstörungen innerhalb der klassischen Andrologie, d. h. es geht um Erkrankungen des Urogenitalsystems, andere Erkrankungsrisiken wie Alkoholmissbrauch, ernährungsbedingte Krankheiten oder Stresssymptome werden dagegen eher allgemein abgehandelt. (ta)

*Günther H. Jacobi (Hrsg.), Praxis der Männergesundheit, Thieme Verlag, Stuttgart, New York 2003, 450 Seiten, ISBN 3-13-132231-4, 69,95 Euro*

## Stefanie Brandt Wer schlägt, muss gehen – Rechtsratgeber Häusliche Gewalt

Nach Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes am 1. Januar 2002 hat die Landesregierung Niedersachsen einen Ratgeber über die wichtigsten Fragen im Zusammenhang mit dem Schutz für Opfer von häuslicher Gewalt herausgegeben. Dieser Ratgeber informiert über die zivil-, straf- und polizeirechtlichen Grundlagen. Es wird erläutert, wie misshandelte Frauen ihre Rechte einfordern können, wie gerichtliche Verfahren verlaufen. Ziel ist, Betroffene zu ermutigen, ihre Anforderungen durchzusetzen. Insbesondere professionell Tätige, die betroffene Frauen unterstützen, beraten und schützen, können diesen Ratgeber in ihrer täglichen Arbeit als elementare Hilfe nutzen. Er ist so angelegt, dass er nach der Beratung den betroffenen Frauen mitgegeben werden kann.

*Wer schlägt muss gehen – Schutz für Opfer häuslicher Gewalt; zu beziehen über: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Pressestelle, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover*

Der Autor wendet sich mit dem Buch in erster Linie an Lehrkräfte, die sich in ihrer Schule nicht mehr wohl fühlen. Er zeigt mit Hilfe von Fragestellungen und Beispielen auf, in welche Richtung man sich bewegen kann, um sich in der Schule wohler zu fühlen. So beginnt Miller seine Einleitung auch passend mit einem Satzspiel: »Sich in der Schule wohlfühlen?« und »Sich in der Schule wohlfühlen!«. Er verdeutlicht in knapper Form den engen Zusammenhang dieser beiden Sätze und kommt auch schnell zu der Frage: Was können Sie tun? Im ersten Kapitel geht es darum, zwischen Forderungen und Überforderungen zu unterscheiden und Belastungen besser wahrzunehmen, um sie im nächsten Schritt langsam abbauen zu können. Dazu gehört seiner Meinung nach auch, den Blick für den Umgang mit KollegInnen zu schärfen und Kommunikation zu pflegen. Die hierzu dargestellten Tipps beruhen unter anderem auf persönlichen Erfahrungen des Autors. Die Lektüre kann als ein Praxisbuch verstanden werden und bietet auch Lehrkräften, die sich in ihrer Schule wohlfühlen, wertvolle Anregungen. (am)

*Reinhold Miller (Hrsg.): Sich in der Schule wohlfühlen – Wege für Lehrerinnen und Lehrer zur Entlastung im Schulalltag, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2000, 320 Seiten, ISBN 3 407-22071-5, ca. 12,- Euro*

## Empowerment

Das gemeindepsychologische Konzept des Empowerment hat Karriere gemacht. So ist Empowerment zentraler Bestandteil eines neuen Verständnisses öffentlicher Dienstleistungen. Dieser Sammelband vereint grundsätzliche Beiträge zum Empowermentkonzept und zu den Perspektiven des Konzeptes mit Artikeln über dessen Nutzen aus der Sicht der Praxis. Die Praxisbeiträge kommen aus der offenen Gemeindepsychiatrie, der ambulanten Sozialpsychiatrie und aus der Behindertenarbeit. Im dritten Teil des Buches geht es um strukturelle Empowerment-Prozesse, die mit Fragen der Organisationsentwicklung und dem Qualitätsmanagements verbunden sind. Dieses Buch kann zu einer langfristigen Kulturveränderung, die mit einer Umsetzung des Empowermentkonzeptes einhergeht, Impulse geben. (us)

*Albert Lenz, Wolfgang Stark (Hrsg.), Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation, Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 10, 2002, dgvt-Verlag, Tübingen, 244 Seiten, ISBN 3-87159-610-8, 19,00 Euro.*

Im Dezember 1999 bekam die Enquete-Kommission ›Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements‹ den Auftrag, konkrete politische Strategien und Maßnahmen zur Förderung des freiwilligen, gemeinwohlorientierten bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland zu erarbeiten. Nach zweijähriger Arbeit liegt nun der Bericht vor, der eine systematische Bestandsaufnahme der Wirklichkeit bürgerschaftlichen Engagements sowie politische Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in elf Bänden enthält. Die zentralen Ergebnisse sind in Band 4 der Schriftenreihe zusammengestellt. So wird eine Ausweitung des unternehmerischen bürgerschaftlichen Engagements, z. B. in Form von Partnerschaftsprojekten zwischen Unternehmen und gemeinnützigen Organisationen von der Kommission angeregt. Weiterhin wird eine Reform des steuerlichen Gemeinnützigkeits- und Spendenrechtes empfohlen. Wichtig sei auch eine Anerkennungskultur, die auch Qualifizierung mit umfasst. Der Bericht ist eine Fundgrube für Interessierte. (kl)

*Enquete-Kommission "Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements", Deutscher Bundestag, Schriftenreihe Band 4: Bericht Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft, Leske+Budrich, Opladen, 2002, 851 Seiten, ISBN 3-8100-3660-9.*

### Rio + 10

Dem von Görg und Brand herausgegebenen Reader liegt die These zugrunde, dass der Rio-Prozess trotz aller einzelnen Erfolge gemessen an seinem ursprünglichen Anspruch in eine Sackgasse geraten ist. Der Umgang mit internationalen Umwelt- und Entwicklungsproblemen ist in den letzten Jahren auf ein technokratisches Management reduziert worden. Der Reader beleuchtet die Rezeption des Begriffes der nachhaltigen Entwicklung, seine Konfliktstruktur und seinen letztlich Kompromisscharakter, besonders in Bezug zu genderspezifischen Themen. Internationale und bundesdeutsche ExpertInnen liefern ein facettenreiches Bild der globalen Problemlage. Dargestellt werden dabei auch Erfahrungsansätze um lokal angepasste Entwicklungsstrategien. (us)

*Christoph Görg, Ulrich Brand (Hrsg.), Mythen globalen Umweltmanagements, Rio + 10 und die Sackgassen ›nachhaltiger Entwicklung‹, Verlag Westfälisches Dampfboot, Münster, einsprüche Band 13, 2002, 217 S., ISBN 3-89691-596-7, 15,30 Euro*

Das BASS-Programm besteht aus Materialien, mit denen Lehrkräfte mit den Jahrgangsstufen 5–8 suchtpreventive Elemente unaufwendig, problemlos und interessant in den Schulalltag integrieren können. Der Ringordner präsentiert eine Zusammenstellung von kurzen Übungen und Anregungen zur Prävention und Unterrichtsgestaltung an Schulen. Die inhaltlichen Schwerpunkte bieten Informationen zu Suchtmitteln und abhängigem Verhalten, Interventionsmöglichkeiten für Lehrkräfte bei Suchtmittelkonsum in der Schule, pädagogischer Elternarbeit, Projektarbeit in Schulen und leicht umsetzbare Unterrichtseinheiten für die einzelnen Jahrgänge. Die vorgeschlagenen Unterrichtsmethoden zielen auf soziales Lernen und Teamfähigkeit ab. Sehr praxisbezogen und schnell einsetzbar sind die Fragebögen für SchülerInnen zu ihrem eigenen Sucht- und Freizeitverhalten sowie ihrer psychosozialen Situation bzw. ihren Empfindungen. Die Fragebögen bieten gute Anlässe, um mit den SchülerInnen ›ins Gespräch‹ zu kommen. (am)

*Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): BASS, Bausteinprogramm Schulische Suchtvorbeugung, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Podbielskistraße 162, 30177 Hannover, Tel.: (05 11) 62 62 66 -0, info@nls-suchtgefahren.de, Hannover 2002, 206 Seiten, 25,- Euro zzgl. Versand*

### Fürsprache in der Gesundheitsversorgung

Das von Kevin Teasdale verfasste Praxishandbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe versucht aufzuzeigen, wie Professionelle innerhalb des Gesundheitswesens die Rolle eines Anwaltes von PatientInnen ausfüllen und gestalten können. Es versteht sich damit als Fachbuch zur Übernahme einer neuen professionellen Rolle für Casemanager, Pflege- und Gesundheitsberufe. Dabei werden innerhalb des Buches das theoretische Konzept von Fürsprache sowie die Chancen und Risiken zunächst ausführlich dargestellt. Es folgen dann Hinweise, wie die Artikulation von Patientenwünschen und -interessen gezielt gefördert und weiterentwickelt werden kann. Dabei werden nicht nur die Rollen von Professionellen, und PatientInnen selbst, sondern auch die von Angehörigen charakterisiert. Insgesamt stellt der Band einen interessanten Versuch dar, die englische advocacy strategy innerhalb des Pflege-sektors in Deutschland zu etablieren. (ta)

*Kevin Teasdale, Fürsprache in der Gesundheitsversorgung, Hans Huber Verlag, 2002, 184 Seiten, ISBN 3-456-83843-3, 26,95 Euro*

Der von dem Norweger John Øvretveit verfasste Band versucht, einen Leitfaden für die Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen und Dienstleistungen darzustellen. Øvretveit beginnt zunächst mit einer grundsätzlichen Einführung in die Evaluation, deren Zielsetzung und Theorie. Anhand von sieben Fallbeispielen für Evaluation, die von der Grippe-schutzimpfung bis hin zur Behandlung von ulzerösen Beinen durch Gemeindegewestern reichen, wird deutlich gemacht, dass im Prinzip jede gesundheitsbezogene Intervention evaluiert werden kann. Nach einer Analyse der Fallbeispiele folgen konkrete Handlungsvorschläge und Methodentips für die Durchführung von Evaluation innerhalb des Gesundheitswesens. (ta)

*John Øvretveit, Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2002, 324 Seiten, ISBN 3-456-83685-6, 39,95 Euro*

### Wohnberatung in Niedersachsen

Für ein selbständiges und selbstbestimmtes Wohnen bis ins hohe Alter werden nicht nur altengerechte Wohnungen und ambulante Hilfen benötigt, sondern auch Beratungsangebote in erreichbarer Nähe, die zu allen Fragen des Wohnens weiterhelfen. Die Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung hat daher eine Broschüre herausgegeben, die sich an alle Akteure richtet, die zur Verbesserung der Situation beitragen können. Ziel ist es, den Austausch der mit Wohnberatung befassten Institutionen anzuregen, um gemeinsam auf eine flächendeckende Versorgung mit Beratungsangeboten zum Wohnen im Alter hinzuwirken. Die Broschüre gibt zunächst einen Überblick über die Träger der Wohnberatung, beschreibt Umfang und regionale Verteilung der Angebote und analysiert die Themenschwerpunkte und die Qualifikation der MitarbeiterInnen. In einem umfangreichen Adressenteil werden die Wohnberatungsangebote und Hilfestellungen der Wohnungsunternehmen in Niedersachsen nach Landkreisen und kreisfreien Städten alphabetisch geordnet aufgeführt. (ib)

*Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung (Hrsg.): Wohnberatung in Niedersachsen, Hannover, 2002, 77 Seiten, 3,- Euro + Versandkosten, Bezug: Nds. Fachstelle für Wohnberatung, Tel. (05 11) 3 882 8 97, Email: nfw-swa@weg.de oder Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (s. Impressum)*



Wann ist eine Organisation geschlechterdemokratisch? Wann ist eine Maßnahme gegendert? Die vorliegende Broschüre der Heinrich-Böll-Stiftung versucht, erste Antworten auf diese Fragen zu geben. Sie gibt Instrumente an die Hand, mit denen Organisationen sich auf den Weg machen können, Gender Mainstreaming umzusetzen oder eine geschlechterdemokratische Organisation zu werden.

Das Instrument der Genderanalysen wird vorgestellt, auf dessen Grundlage acht Kriterien für eine geschlechterdemokratische Organisation entwickelt wurden. Diesen Kriterien werden Handlungsfelder, Instrumente und Maßnahmen zugeordnet. Es folgen viele Beispiele von Genderanalysen von Arbeitsplätzen, Projekten und fachlichen Inhalten. Am Schluss der Broschüre findet sich ein Leitfaden mit Fragen, der Organisationen darin unterstützen kann, ihre eigenen geschlechterpolitischen und frauenpolitischen Umsetzungsstrategien zu analysieren und damit den Stand der Umsetzung festzuhalten. (us)

*Angelika Blickhäuser: Beispiele zur Umsetzung von Geschlechterdemokratie und Gender Mainstreaming in Organisationen, Schriften zur Geschlechterdemokratie der Heinrich-Böll-Stiftung Nr.3, 2002, 48 S., Bestelladresse: Heinrich-Böll-Stiftung, Hackesche Höfe, Rosenthaler Str. 40/41, 10178 Berlin, Tel. (030) 285340, Fax (030) 285341 09, Email: info@boell.de, Internet: www.boell.de*

## Technologiebewertung und Public Health

Der von Dieter Ahrens verfasste Band stellt gesundheitsökonomische Evaluationen und das Health Technology Assessment (HTA) vor. Neben einführenden grundsätzlichen Überlegungen zur gesundheitspolitischen Steuerung im deutschen Gesundheitswesen werden dann Methoden zur Technologiebewertung im Gesundheitswesen ausführlich vorgestellt. Anhand der Darstellung exemplarischer Technologien beim Mammakarzinom-Screening und beim Cervixkarzinom-Screening werden die Vorgehensweise und die grundsätzlichen Möglichkeiten gesundheitsökonomischer Bewertungsrastrer und HTA's verdeutlicht. Nebenbei setzt sich der Band kritisch mit bisherigen Screening-Maßnahmen in Deutschland auseinander. (ta)

*Dieter Ahrens, Technologiebewertung und Public Health, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2002, 238 Seiten, ISBN 3-456-83870-0, 39,95 Euro*

Seit Anfang der 90er Jahre sind zahlreiche neue Seniorenwohnanlagen mit Betreuungsangeboten entstanden. Mit der Augsburger Längsschnittstudie zum Betreuten Wohnen im Alter wird der Weg älterer Menschen ins Betreute Wohnen und ihr Lebensalltag über einen mehrjährigen Zeitraum wissenschaftlich begleitet. Der vorliegende Band liefert die zentralen Ergebnisse dieser Studie. Im ersten Teil werden zunächst Hintergrund, Ziele und Konzeption der Studie dargestellt. Der Ergebnisteil beschäftigt sich mit demographischen Merkmalen, Gesundheitszustand und sozialen Kontakten älterer Menschen im Betreuten Wohnen. Untersucht werden u. a. Einzugsgründe und Erwartungen an das Betreute Wohnen, die Wohnsituation sowie die Nutzung und Bewertung von Wohnung, Wohngebäude und Wohnumfeld, Kenntnisse und Inanspruchnahme von Grund- und Wahlleistungen sowie soziale Kontakte zwischen den BewohnerInnen. Der Band liefert damit wertvolle Hinweise für die Planung und Weiterentwicklung von Angeboten zum Betreuten Wohnen für ältere Menschen. (ib)

*Saup, Siegfried: Ältere Menschen im betreuten Wohnen, Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie - Band 1, Verlag für Gerontologie Alfred Möckl, Augsburg, 2001, 127 Seiten, ISBN 3-928331-99-X, 20,35 Euro*

## Kranksein in der Fremde?

Der von Matthias David und Theda Borde verfasste Band untersucht die Situation türkischer MigrantInnen im Krankenhaus. Dabei werden im Wesentlichen die Ergebnisse eines dreijährigen Forschungsprojektes zur Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Patientinnen im Krankenhaus dargestellt. Kernfragestellung dabei waren subjektive Krankheitstheorien der Frauen, ihr Informationsstand über die anstehende Behandlung, die psychische Befindlichkeit von deutschen Patientinnen und Immigrantinnen im Vergleich sowie die Zufriedenheit mit der erfolgten Krankenhausbehandlung. Dabei wurden teilweise erhebliche Unterschiede festgestellt, was beispielsweise den Informationsbedarf im Behandlungsverlauf anbelangt. Einig waren sich die beiden untersuchten Gruppen allerdings in der Kritik über mangelnde menschliche Zuwendung und Personalfuktuation innerhalb des Krankenhausbetriebes. (ta)

*Matthias David, Theda Borde, Kranksein in der Fremde?, Türkische Migrantinnen im Krankenhaus, Mabuse Verlag, Frankfurt, 2001, 371 Seiten, ISBN 3-933050-87-1, 24,90 Euro*

Männer und Frauen im Vergleich

Das von Klaus Hurrelmann und Petra Kolip herausgegebene Buch versucht das Nebeneinander der Forschungsaktivitäten zu Frauen- und Männergesundheit durch eine systematisch vergleichende Perspektive in der geschlechterbezogenen Gesundheitsforschung aufzulösen. Dabei werden zunächst grundlegende Einschätzungen der Frauen- und Männergesundheitsforschung vorgenommen, sowie die Theorien und Methoden der geschlechtervergleichenden Forschung analysiert. Den Hauptteil des Bandes bilden Beiträge zu Gesundheit und Krankheit im Lebenslauf von Männern und Frauen, vergleichende Gesundheitsanalysen, sowie die Diskussion gesellschaftlicher und umweltbezogener Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit.

Der Band endet mit einer Darstellung der geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des Versorgungssystems, hier werden nicht nur Leistungen der Krankheitsfrüherkennung und Rehabilitation, sondern auch die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie, sozialer Arbeit und verschiedenen Formen der Selbstvorsorge und Selbsthilfe analysiert. Der Band hat den Anspruch, »das erste Handbuch zur gesundheitlichen Situation beider Geschlechter« zu sein. Er macht durch seine Beiträge deutlich, dass das Geschlecht als eine zentrale Determinante des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens in weiten Teilen der Gesundheitsversorgung immer noch gründlich unterschätzt wird. (ta)

*Klaus Hurrelmann, Petra Kolip (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Verlag Hans Huber, Göttingen, Toronto, Seattle, 587 Seiten, ISBN 3-456-83691-0, 69,95 Euro*

## Netzwerktagungs-dokumentation

Die Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen zu Gender Mainstreaming in der Praxis der Gesundheitsarbeit ist erschienen. Das Netzwerk wird getragen von der Landesvereinigung, dem Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales sowie dem Pro Familia Landesverband Nds.

*Zu beziehen über die Landesvereinigung, s. Impressum.*

### <http://daris.kbv.de/daris/daris.asp>

Die Kassenärztliche Vereinigung verfügt über ein hervorragendes Dokumentationssystem, in dem alle Richtlinien, Gesetze, Vereinbarungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung und ähnliches hinterlegt sind. Unter der Rechtsquellensammlung findet sich bei den Bundesmantelverträgen auch die Psychotherapievereinbarung. Sie regelt Inhalt und Ausbildung, Abrechnung und Durchführung psychotherapeutischer Leistungen, wie sie die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen. *Kontakt: DARIS@kbv.de*

### <http://europa.eu.int/scadplus/leg/de/cha/c11570.htm>

Die Europäische Union geht im Tätigkeitsbereich Gesundheitswesen in knapper Form auf die Gemeinschaftsmaßnahme zur psychischen Gesundheit ein, die der Rat vom 18. November 1999 beschlossen hat. Wer sich für aktuelle Entwicklungen der Gesundheitspolitik in der EU interessiert, findet auf dem Portal der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz eine Fülle an Informationen.

*Kontakt: mailbox@scadplus.cec.eu.int*

### [www.humor.ch](http://www.humor.ch)

Lachen ist gesund und deshalb betreibt der schweizerische Verein »humor.ch« eine umfangreiche Website. Dass der Humor weltweit (wissenschaftlich) verbreitet ist, beweist eine lange Gelotologie-Linkliste. *Kontakt: humor.ch, Klingental 7, CH-4058 Basel, Fax: ++41 61 693 10 49, Email: humor@humor.ch*

### [www.il-canto-del-mondo.org](http://www.il-canto-del-mondo.org)

Singen hat auch positive Wirkungen auf die Gesundheit. Die im Mai 1999 gegründete Stiftung will die Alltagskultur des Singens fördern und damit die Lebensqualität erhöhen.

*Kontakt: Förder- und Aktionsgemeinschaft Il canto del mondo Foundation, Stiftung Singen International e.V., Südstr. 17, 57 632 Eichen, Tel.: (0 26 85) 98 82 82, Fax: (0 26 85) 98 82 83, Email: Info@il-canto-del-mondo.org*

### [www.kbv.de/themen/483.htm](http://www.kbv.de/themen/483.htm)

Der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen hat mit Wirkung zum 1. Januar 1999 die Psychotherapie-Richtlinien in geänderter Form beschlossen. Sie regeln die Behandlungs- und Anwendungsformen, die psychosomatische Grundversorgung, Anwendungsbereiche, Leistungsumfang sowie Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren.

*Kontakt: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Str. 3, 50931 Köln, Tel.: (02 21) 40 05-0, Fax: (02 21) 40 05-160, Email: info@kbv.de*

### [www.kompetenznetze-medizin.de/start\\_ie.htm](http://www.kompetenznetze-medizin.de/start_ie.htm)

Das Internet-Portal der »Kompetenznetze in der Medizin« stellt die vierzehn vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Großforschungsprojekte für spezifische Krankheiten vor. Die 1999 begonnene Fördermaßnahme des BMBF ermöglicht den Aufbau überregionaler medizinischer Netzwerke zu definierten Krankheitsbildern, die durch eine hohe Morbidität oder Mortalität gekennzeichnet sind. Mit eigenen Internetauftritten sind dabei die Krankheitsbilder Schizophrenie und Depression vertreten. *Kontakt: DLR-Projektträger Gesundheitsforschung des BMBF, Südstr. 125, 53175 Bonn, Tel: (02 28) 38 21-0, Fax: (02 28) 38 21-2 57*

### [www.kummernetz.de](http://www.kummernetz.de)

Das Portal ist eine Kommunikations- und Beratungsplattform für Erwachsene, Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenssituationen. Entstanden aus einer Privatinitiative werden die Internetseiten

heute von einem Verein getragen. Die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen bieten kostenlos eine seelsorgerische erste Hilfe an.

*Kontakt: kummernetz e.V., Oerlenbacher Str. 31, 97714 Ebenhausen, Tel.: (0 97 25) 708 702, Fax: (0 12 12) 5-163-51-892, Email: info@kummernetz.de*

### [www.mobbing-net.de/body\\_mobbingberatungsstellen.html](http://www.mobbing-net.de/body_mobbingberatungsstellen.html)

Seit 1995 gibt es die vom Organisationsbüro profile entwickelten Mobbingberatungsstellen in Hannover, Frankfurt am Main und Berlin.

*Kontakt: direkt über die oben angegebene Internetseite*

### [www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de)

Der Psychiatrie-Verlag unterstützt die gemeinsame Internetseite der Aktion Psychisch Kranke (APK), des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK), des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereine und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP). Die hinterlegten Informationen umfassen eine Sprechstunde, ausführliche Beschreibungen zu den einzelnen Krankheitsbildern und Therapieformen und einen gut gefüllten Veranstaltungskalender. *Kontakt: Bei den vier genannten Verbänden über www.psychiatrie.de/kontakt.htm*

### [www.psychiatrie-aktuell.de](http://www.psychiatrie-aktuell.de)

Die JANSSEN-CILAG GmbH hat hier eine nahezu perfekte kommerzielle und mit Partnerorganisationen gesponserte Internetseite in Netz gestellt. Sehr übersichtlich aufgebaut nimmt das Portal für sich in Anspruch, der Zugang zur Psychiatrie für Interessierte, Betroffene, Angehörige, Ärzte, medizinisches Personal und Studierende zu sein. Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) unterstützt als Kooperationspartner die Internetseite. *Kontakt: JANSSEN-CILAG GmbH, Ralph Lägel, disease manager psychiatry, Raiffeisenstraße 8, 41470 Neuss, Tel.: (0 21 37) 95 5-1 41, Fax: (0 21 37) 95 5-6 08, Email: kontakt@psychiatrie-aktuell.de*

### [www.sozialnetz.de/mobbing/](http://www.sozialnetz.de/mobbing/)

Innerhalb des Sozialnetzes Hessen bietet die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di regelmäßig eine offene Sprechstunde im Internet an. Daneben gibt es für spezielle Zielgruppen wie Arbeitgeber/Führungskräfte, Betriebsräte/Personalräte, Arbeitsschutzbeauftragte etc. weitere Hinweise im Umgang mit Mobbing. *Kontakt: Projektleiterin: Hilke Schmidt, ver.di Bildungswerk, Rhonestraße 2, 60528 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 66 95-19 01, -19 04, Email: bwbtq.ffm@rhein-main.net*

### [www.weltgesundheitstag.de/2001/index.html](http://www.weltgesundheitstag.de/2001/index.html)

Für den Weltgesundheitstag 2001 hat die WHO das Motto »Psychische Gesundheit erhalten und wiederherstellen« ausgewählt. Die damals zusammengestellten Materialien, Reden und weiterführenden Informationen haben an Aktualität nichts verloren. *Kontakt: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Heilsbachstr. 30, 53123 Bonn Tel.: (02 28) 9 87 27-0, Fax: (02 28) 6 4 20 024, Email: bfge.bonn@t-online.de*

### [www.zi-mannheim.de](http://www.zi-mannheim.de)

Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit bietet auf seinen Informationsseiten eine sehr ausführliche Linkliste zu vielen Krankheiten und Institutionen der Selbsthilfe. *Kontakt: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J 5, 68159 Mannheim, (06 21) 17 03-742, Email: info@as200.zi-mannheim.de*



## Veranstaltungen der LVG

### Hochschulinternes Gesundheitsmanagement als Steuerungsmodell für Gesundheit: Strukturen, Instrumente, Maßnahmen

31. Januar 2003, Hannover, Kurzworkshop des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen in Kooperation mit dem Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft der Universität Hannover  
Ziele von Gesundheitsmanagement, Konzepte sowie Bausteine für deren Umsetzung werden vorgestellt. Die Fragestellungen: »Was sind angemessene Strukturen in meiner Hochschule? Wie binde ich vorhandene Aktivitäten und Einrichtungen ein?« werden gemeinsam bearbeitet. Im Anschluss an den Kurzworkshop tagt turnusmäßig der Arbeitskreis, zu dem alle TeilnehmerInnen des Workshops herzlich eingeladen sind. Anmeldungen über die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen. Weitere Informationen über den Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen finden Sie unter [www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de)

### Neuer Arbeitskreis »Verschuldung und Gesundheit«

18. Februar 2003, Hannover

Durch wissenschaftliche Studien belegt, durch Schuldnerberater und -beraterinnen bestätigt und durch Forderungen wie die »Wieslocher Thesen« bekräftigt, gilt der Zusammenhang zwischen Schulden und beeinträchtigtem Gesundheitszustand als gesichert. In der Öffentlichkeit ist er allerdings kaum bekannt und es gibt bei wachsender Verschuldung in der Bevölkerung nur wenige Projekte und Maßnahmen, die diese Problematik aufgreifen und Gegenstrategien entwickeln. Auf niedersächsischer Ebene soll geprüft werden, wie entsprechende Vorhaben aussehen könnten. Dazu findet am 18.02.03 die erste Sitzung des Arbeitskreises »Verschuldung und Gesundheit« in den Räumen der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. statt. Der Impuls zur Gründung des Arbeitskreises ging von der Praxiswerkstatt »Kinder und Geld« aus, die von der LVG in Kooperation mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der Caritas Hannover und dem Nds. Sparkassen- und Giroverband im Oktober in Hannover veranstaltet wurde. Interessierte Akteure aus den Bereichen Gesundheit, Bildung und Soziales sind nach vorheriger Anmeldung herzlich zur Mitarbeit eingeladen.

### Essen macht Schule – Tagesveranstaltung mit Workshop als Initiative, um Essen in der Schule erlebbar zu machen

25. Februar 2002, Hannover

Gerade in Ganztageschulen sollte die Sicherstellung einer ausgewogenen Ernährung selbstverständlich sein. Der Alltag sieht oft anders aus, auch wenn die Gesundheits- und Ernährungserziehung einen wichtigen schulischen Bildungsauftrag darstellt. Allein das mangelnde Bewusstsein der Schülerinnen und Schüler baut bereits Barrieren auf. Ziel der Tagung ist es, »praxistaugliche Wege« zu diskutieren, um Jugendliche im Rahmen von Nachmittagsangeboten in Ganztageschulen »auf den Geschmack« zu bringen und Essen in der Schule erlebbar zu machen. Mit den TeilnehmerInnen sollen Erfahrungen, Bedürfnisse und Anforderungen aus der schulischen Praxis gemeinsam erörtert werden.

Die Veranstaltung richtet sich an alle interessierten LehrerInnen, Eltern, SchülervertreterInnen, SchulleiterInnen sowie Hausmeister in Ganztageschulen. Sie wird veranstaltet von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung – Sektion Niedersachsen, der Landesvereinigung für Gesundheit Nds., dem Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forst, dem Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales und der Verbraucher-Zentrale Niedersachsen e. V.

Die Teilnahme ist kostenlos.

### Ausgewogen statt weggeschoben – genussvoll essen im Altenheim, eine Utopie? Nachmittagsveranstaltung, 2. April 2003, 14–17 Uhr, Ärztekammer Hannover

Die Ernährungssituation in Alten- und Pflegeheimen ist ein schwieriger Bereich. Ältere Menschen in Alten- und Pflegeheimen haben zum Teil Untergewicht und sind mangelernährt. Appetitlosigkeit bei den Hochbetagten, Kostendruck bei den Trägern, Zeitmangel bei den Küchen- und Pflegekräften sorgen dafür, dass das Essen nicht höchste Priorität genießt. Aber gerade ein genussvolles Essen und Trinken sind für die Erhaltung von Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen von großer Bedeutung. Die Tagung will im Jahr der Seniorenernährung 2003 für die Ernährungsbedürfnisse im Alter sensibilisieren und Heime ermutigen, bzgl. der Verpflegungssituation neue Wege zu gehen. Die Aktualität des Themas Seniorenernährung wird durch die für 2003 geplante Kampagne des Bundesverbraucherschutzministeriums deutlich.

In Hinblick auf das Pflegequalitätssicherungsgesetz wird auch der Aspekt der Zertifizierung beleuchtet. Zudem wird die Rolle der betreuenden Ärztinnen und Ärzte bezogen auf die Heimernährung betrachtet.

Zielgruppen sind Heimträger, Fachkräfte aus Heimküchen, Altenpflege und Hauswirtschaft, HausärztInnen, KlinikärztInnen, GeriaterInnen, Ernährungsfachkräfte, die Medizinischen Dienste der Krankenkassen, Caterer.

Die Tagung ist eine Kooperationsveranstaltung der DGE, Sektion Niedersachsen, der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

Teilnahmegebühr: 20,- €, Studierende 10,- €

### Daten für Taten – Taten für Daten?

Jahrestagung 2003, 28.04.2003, Hannover

Die Jahrestagung 2003 soll die aktuelle Datenlage im Gesundheitswesen und der Prävention analysieren. Dabei werden sowohl Entwicklungen auf Bundes-, Landes- als auch auf kommunaler Ebene in Niedersachsen vorgestellt. Außerdem soll diskutiert werden, wie die Public Health Forschung stärker Themen aus der Gesundheitsförderungs- und Präventionspraxis aufgreifen und beforschen kann und die Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis verkleinert werden kann. Die Jahrestagung soll damit ein Diskussionsforum für die neuen Aktivitäten in diesem Bereich bieten. Es sollen ein Vertreter des Sachverständigenrates sowie Kassen und andere Anbieter zu Wort kommen.

Teilnahmegebühr: Für Mitglieder der Landesvereinigung kostenlos, für Nichtmitglieder: 10,- €



# Termine

Termine



## Niedersachsen

**Empirische Zugänge zur Auseinandersetzung mit Heteronormativität**, 10.-11.01.2003, Oldenburg, Workshop, Kontakt: Frau Bettina Fritzsche, Email: zoranied@zedat.fu-berlin.de

**Medizinisch-technischer Fortschritt-Chancen für bessere Diagnostik und Therapie**, 14.01.2003, Hannover, Tagung, Kontakt: Landesbüro Niedersachsen, Rathenaustr. 16a, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 30 6 622, Fax: (05 11) 30 61 33, Email: hannover@fes.de

**Behandeln ohne gemeinsame Sprache-Patienten aus anderen Kulturen in der Psychiatrie**, 29.01.2003, Königslutter, Fortbildung, Kontakt: Nieders. Landeskrankenhaus Königslutter, Vor dem Kaiserdom 10, 38154 Königslutter, Tel.: (053 53) 90-16 80, Fax: (053 53) 90-10 99, Email: Psychiatrie.Akademie@t-online.de

**Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen**, 10.02.2003, Königslutter, Weiterbildung, Kontakt: Nieders. Landeskrankenhaus Königslutter, Vor dem Kaiserdom 10, 38154 Königslutter, Tel.: (0 53 53) 90-16 80, Fax: (0 53 53) 90-10 99, Email: Psychiatrie.Akademie@t-online.de

**6. Europäisches Pollenflugsymposium**, 07.-09.03.2003, Bad Lippspringe, Kontakt: Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst, Frau Margarete Wilhelm, Burgstr. 12, 33175 Bad Lippspringe, Tel.: (052 52) 93 12 03, Fax: (052 52) 95 45 01, E-mail: pollenstiftung@t-online.de

**Die Zukunft der Lehrerausbildung**, 14.-16.03.2003, Rehburg-Loccum, Tagung, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Geschäftsstelle, Postfach 2458, 31545 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-0, Fax: (0 57 66) 81-90-0, Email: eal@evlka.de

## Bundesweit

**Forschungsergebnisse und Konzepte zur Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund**, 15.-17.01.2003, Frankfurt/Main, Fachtagung, Kontakt: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Am Stockborn 1-3, 60439 Frankfurt/Main, Tel.: (0 69) 95 807-228, Fax: (0 69) 95 807-188

**PISA und die Folgen für die kulturelle Bildung**, BKJ-Länderkonferenz in Verbindung mit dem BKJ-Arbeitskreis, 17.-18.01.2003, Stuttgart, Tagung, Kontakt: Bundesvereinigung Kulturelle Jugendbildung e.V., Küppelstein 34, 42857 Remscheid, Tel.: (0 21 91) 79 439 0, Fax: (0 21 91) 79 438 9

**Kongress Wechseljahre multidisziplinär**, 21.-23.02.2003, Bremen, Kontakt: Kongressbüro

BIPS, Linzer Str. 8-10, 28359 Bremen, Tel.: (04 21) 59 59 64 5, Email: wechseljahre@uni-bremen.de

**Gesundheit – ein bezahlbares Gut?**, 10.-14.02.2003, Bad Münstereifel, Seminar, Kontakt: Kurt-Schumacher-Akademie, Willy-Brandt-Str. 19, 53902 Bad Münstereifel, Tel.: (0 22 53) 92 12-0, Fax: (0 22 53) 80 91, Email: Ursula.Lesske@fes.de

**»PISA« und die Folgen für die Bildung in Kindertageseinrichtungen**, 12.02.2003, Frankfurt a. Main, Tagung, Kontakt: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Jugendhilfe – Netz, Heddesdorfer Str. 31, 56564 Neuwied, Katrin von Heyl, Tel.: (0 26 31) 8 01-4 16, Cornelia Meyer, Tel.: (0 26 31) 8 01-2 07, Fax: (0 26 31) 8 01-2 04

**Mitteldeutsches Psychiatriesymposium: Nachdenken-Umdenken-Ist die Kommunalisierung der Psychiatrie überfällig?**, 14.-15.02.2003, Hess-Lichtenau, Kontakt: Zentrum für Soziale Psychiatrie Werra-Meißner, Herr Schiebel, Tel.: (05 6 02) 80 61 05

**Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach G 20 – »Lärm«**, 17.-21.02.2003, Mainz, Fortbildung, Kontakt: Landesverband Hessen-Mittelrhein und Thüringen der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Frau Görtz, Postfach 29 48, 55019 Mainz, Tel.: (0 61 31) 8 02-6 41, Fax: (0 61 31) 8 02-1 91, Email: G20@mainz.lvbv.de

**Kommunikation und Kooperation bei Krebs**, 28.02.-01.03.2003, Potsdam, Fachtagung, Kontakt: Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg, Gregor-Mendel-Str. 10-11, 14469 Potsdam, Tel.: (03 31) 2 70 71 72

**40. wissenschaftlicher DGE-Kongress**, 13.-14.03.2003, Potsdam, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), Godesberger Allee 18, 53175 Bonn, Tel.: (02 28) 3 77 66 31

**Multimedia in der Pflege-Fachtagung**, 14.03.2003, Düsseldorf, Kontakt: Matthias Grünewald, Tel.: (02 11) 81-1 87 53, Online Anmeldung: www.nursing.de/content/anmeldung.htm Email: info@nursing.de

**Fit für das Ehrenamt. Stärkung der Bürgergesellschaft-Methoden für NonProfitOrganisationen-Medien und Öffentlichkeitsarbeit**, 14.-16.03.2003, Würzburg, Tagung, Kontakt: Akademie Frankfurter, Gesellschaft für Politische Bildung e.V., Postfach 5580, 97005 Würzburg, Tel.: (09 31) 8 04 64-0, Fax: (09 31) 8 04 64-44, Email: Thea.Momper@fes.de

**Süchtige Kinder und Jugendliche-Prävention und Therapie des Substanzmissbrauchs**, 19.-21.02.2003, Hamburg, Kongress, Kontakt: »Süchtige Kinder und Jugendliche« Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel.: (0 40) 4 2803-51 13, Fax: (0 40) 4 2803-5959, Email: kuestner@uke.uni-hamburg.de

**Kooperation als Chance für die Behandlung von belasteten und belastenden Patientinnen**, 26.-29.03.2003, Stuttgart, 32. Jahrestagung der DGPF e.V., Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V., Geschäftstelle Astrid Wolf, Tel.: (06 21) 82 55 34, Email: schreib-wolf@t-online.de

**43. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM)**, 26.-29.03.2003, Dresden, Kontakt: Dr. med. H.C. Korus, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät, Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Tel.: (03 51) 3 17 74 46, Fax: (03 51) 3 17 74 59, Email: dgaum@imb.med.tu-dresden.de

**2. Norddeutsches Symposium, Medizinische Dokumentation und Pflegeberufe, Multiprofessionalität im Gesundheitswesen**, 27.-28.03.2003, Hamburg, Kontakt: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Mathematik und Datenverarbeitung in der Medizin, Symp 2003, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel.: (0 40) 4 2803-31 09/-21 14, Fax: (0 40) 4 2803-6536, Email: symp2003@uke.uni-hamburg.de

**Symposium der Netzwerke Migration und Behinderung & Behinderung und Dritte Welt**, 23.-25.05.2003, Königswinter, Kontakt: Cornelia Kauczor, Simsonstr. 47, 45147 Essen, Tel./Fax: (02 01) 6 4 61 13 6, Email: info@handicap-net.de

## International

**27th International Congress on Occupational Health**, 23.-28.02.2003, Iguassu Falls, Brasilien, Kontakt: Conference Secretariat, Av. Candido de Abreu, 200, Galeria Sala 06, CEP 80530-902 Curitiba-PR-Brazil, Tel./Fax: +5541 353 67 19, Email: icoh2003@icoh2003.com.br URL: www.icoh2003.com.br

**Work, Stress and Health: New Challenges in a Changing Workplace**, 19.-22.03.2003, Toronto, Kanada, Konferenz, Kontakt: Occupational Health Conference, American Psychological Association, Wesley B. Baker, 750 First Street, NE, Washington, DC 20002-4242, Tel.: +202 336 60 33, Fax: +202 336 6117, Email: work-stress-conf@apa.org

## Antwort

bitte füllen und schicken oder faxen an die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Fax: (05 11) 3 5 05 59 5

## Ich möchte ...

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

Name .....

Institution .....

Anschrift .....

Tel./Fax .....

Ich/Wir sind vorwiegend tätig im

- Gesundheitswesen
- Bildungsbereich
- Sozialbereich

Anregungen, Kritik, Wünsche

Sonstiges .....