

Landesvereinigung
für Gesundheit
Niedersachsen e.V.

Gesundheitsrisiko Gewalt

Gewalt ist ein entscheidendes Gesundheitsrisiko. Doch die Gesundheitsversorgung selbst, die vor allem die körperlichen Folgen von Gewalt kuriert, ist kaum auf Gewalt als Thema eingestellt. Bezogen auf die Inanspruchnahme institutioneller Hilfen nach Gewaltsituationen kommt dem Medizinsystem eine wichtige Schlüsselrolle zu. Familiäre Gewaltkreisläufe werden jedoch innerhalb der Behandlung häufig nicht als solche erkannt.

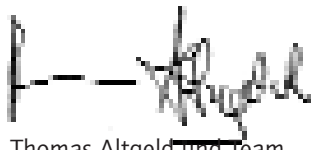
Im aktuellen Newsletter werden neue Studienergebnisse zur Gewalt gegen Frauen und erstmals auch zur Gewalt gegen Männer vorgestellt. Körperliche Übergriffe haben demnach jede dritte befragte Frau und jeder siebte befragte Mann erlebt. Darüber hinaus werden auch andere Gewaltformen und deren Ausmaß genau beschrieben: Gewalt gegen Behinderte oder Vernachlässigung als relativ neues Gewaltphänomen gegenüber Kindern. Auch Präventionsansätze und Erfolgskriterien für gewaltpräventive Programme stellen wir in diesem Newsletter vor. Gewaltprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, in der der Gesundheitssektor genauso eingebunden sein muss wie der Bildungs- und Sozialbereich sowie Polizei und Justiz.

Die deutsche Präventionsdiskussion kommt rechtzeitig vor Jahresschluss zu einem strukturbildenden Ende: Der Referentenentwurf für ein Präventionsgesetz liegt vor. Auch darüber informieren wir Sie in dieser Ausgabe ausführlich.

Die folgenden Schwerpunktthemen lauten ›Adipositas - Epidemie oder Hysterie?‹ (Redaktionsschluss: 17.01.05) und ›Pflege und Gesundheit - Gesundheit in der Pflege‹ (15.04.05). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Zum Jahresende möchten wir uns bei allen Autorinnen und Autoren für ihre engagierte Mitarbeit bedanken, ohne die die Herausgabe des Newsletters nicht möglich wäre. Gleiches gilt für alle Leserinnen und Leser, deren vielfältige Rückmeldungen das große Interesse an unserer Zeitschrift zeigen. Wir wünschen Ihnen allen schöne, angenehme Festtage und ein gesundheitsförderliches Jahr 2005!

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Gesundheitsrisiko Gewalt	... 2
■ Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Gewalt gegen Frauen	... 3
■ Gewalt als männliches Gesundheitsrisiko	... 4
■ Gewalt gegen Menschen mit Behinderung	... 5
■ Vernachlässigung von Kindern	... 6
■ Stalking - Häufigkeit und Auswirkungen	... 7
■ Das Kriegsende 1945 ist nicht das Ende des Krieges	... 8
■ Gesundheitliche Folgen von Gewalt bei Frauen	... 9
■ Gewaltprävention - Erfolgskriterien	... 9
■ Behandlung von Selbstverletzung	... 11
■ S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm	... 11
■ Zehn Jahre Mobbingberatung	... 12
■ AK Häusliche Gewalt	... 12
■ Verbrechen im Namen der Ehre	... 13
■ Bedrohung Brustkrebs	... 13
■ Männergesundheit im Internet	... 14
■ Schule in Bewegung	... 15
■ SPuK - Sprache und Kultur	... 16
■ Die Blindgänger	... 16
■ Landesagentur Generationendialog	... 17
■ Mit Diabetes gut leben	... 17
■ fairplayer	... 18
■ »Ich bin ich«	... 18
■ KUKT - Therapie- und Beratungsnetzwerk	... 19
■ Frauennotruf	... 20
■ Präventionsgesetz	... 21
■ Internetlinks	... 26
■ Impressum	... 11

Gesundheitsrisiko Gewalt

Sicherheit in den Städten darf nicht länger auf Kriminalitätsbekämpfung reduziert werden, fordert das Europäische ›Forum for Safety and Democracy‹ (EFUS). Fehlende Sicherheit hat – so das EFUS – zu tun mit der wachsenden Ungleichheit im Zugang zu den Ressourcen und ist immer verbunden mit Problemen in anderen Bereichen, vor allem Gesundheit, Umwelt, Stadtplanung und Erziehung. Auch wenn man sich auf den Standpunkt stellt, dass ein gewisses Quantum Unsicherheit nun mal zum Leben (vor allem in Städten) dazu gehört – die Einschätzung der EFUS zeigt deutlich: Die Herstellung von Sicherheit ist ein komplexes Thema mit einer Vielzahl von Beteiligten – Kriminalprävention braucht umfassende und ganzheitliche Maßnahmen. Das wird auch deutlich, wenn man die Kriminalitätsursachen und -auslöser betrachtet: eine ungünstige ökonomische Lebenslage, ungerecht und aussichtslos empfundene Lebenschancen, mangelnde soziale Integration und nicht zuletzt ›häusliche Gewalt‹.

Subjektive (Un-)Sicherheit

Ein Problem dabei ist allerdings, dass das Thema ›Gewalt und Kriminalität‹ sich in der öffentlichen Diskussion zunehmend der rationalen Auseinandersetzung zu entziehen scheint. Folgt man den Fakten der Statistik, so konstatiert der 2002 veröffentlichte Bericht zur Inneren Sicherheit in Niedersachsen, dass die anteilige Veränderung der Gewaltkriminalität von 1992–2001 mit plus 0,8 Prozentpunkten in Niedersachsen objektiv nur gering ist. Dennoch gehen viele Bürgerinnen und Bürger von erheblichen, z. T. dramatischen Steigerungen aus und überschätzen das Kriminalitäts- und Gewaltniveau stark. Das subjektive (Un-)Sicherheitsgefühl steht offensichtlich nicht in einem direkten Zusammenhang mit den objektiven Gegebenheiten. Das hat auch Christian Pfeiffer in einer seiner jüngsten Forschungen eindrucksvoll dargelegt.

Ein Grund für diese Diskrepanz liegt mit einiger Wahrscheinlichkeit in der Art und Weise, wie die Medien über Gewaltdelikte berichten – aufgeregt, dramatisch und skandalisierend. Ein weiterer Grund dürfte aber auch darin zu finden sein, dass Gewaltkriminalität häufig das unmittelbare Lebensumfeld berührt. Hier bedeutet das Erleben von Gewalt immer eine Erschütterung des Lebensgefühls und der ›inneren Sicherheit‹ der Opfer. Die Folgen sind noch schwerwiegender, wenn nahe stehende Menschen an der Gewalt beteiligt sind und in besonderem Maß, wenn Kinder betroffen sind: Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Männer und Frauen, Mädchen und Jungen werden in unterschiedlichem Ausmaß in ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit beeinträchtigt.

Persönliche und kollektive Folgen

Diese individuellen und persönlichen Folgen von Gewalt im sozialen Nahbereich haben darüber hinaus weit reichende gesellschaftliche Folgen – und Folgekosten. Bei der akuten Bewältigung von Gewaltsituationen wird das Gemeinwesen einerseits durch die Kosten bei der medizinischen und psychosozialen Versorgung der Opfer und andererseits durch die

Kosten, die durch die Aktivitäten von Polizei und Justiz entstehen, belastet. Mittel- und langfristig kann hinzukommen, dass Opfer von (häuslicher) Gewalt vielfach nur noch eingeschränkt arbeits- und erwerbsfähig sind.

Als Konsens gilt, dass Gewalterfahrungen in der Familie eine erhebliche sozialisierende Wirkung haben und einen Risikofaktor für die Entwicklung sozialer Kompetenzen, die Kommunikations- und Konfliktfähigkeit von Kindern darstellen. Gewalt in der Familie beinhaltet so ein hohes Risiko, Gewalt und Kriminalität in der Gesellschaft zu erzeugen: Über das Modell der Eltern lernen Mädchen die Akzeptanz von Gewalt und die Opferrolle, Jungen hingegen üben männliche Dominanz ein, sie lernen die Alltäglichkeit und die Erfolgswahrscheinlichkeit von gewalttätigem Handeln.

Schnittstellen schaffen

Am Beispiel solcher familiären ›Gewaltkreisläufe‹ wird deutlich, wie eng die Themen und Anforderungen im Bereich der Kriminalprävention und des Gesundheitswesens miteinander verknüpft sind. Gewalterfahrungen erhöhen das Krankheits- und das Kriminalitätsrisiko gleichermaßen. Das ist ein guter Grund für die Akteurinnen und Akteure aus den Handlungsfeldern der Kriminalprävention und der Gesundheitsförderung, die jeweiligen Wahrnehmungen, Problemanalysen und Handlungsperspektiven miteinander auszutauschen und ihre Schnittstellen zu identifizieren. Eine wichtige Rolle in diesem Austausch- und Annäherungsprozess muss auf der primärpräventiven Ebene die gewaltfreie Erziehung von Mädchen und Jungen einnehmen. Im Rahmen der sekundären und tertiären Prävention sind die zentralen Themen die verbesserte Aufklärung aller Gesundheitsdienstleister über die Gewaltproblematik sowie die Implementierung von know-how zur Früherkennung häuslicher Gewalt und zur Behandlung von Gewaltopfern.

Es stellt sich deshalb die Frage, wie wir als Gemeinwesen, als Staat, als Bürger und Bürgerinnen die Diskussion um Gewalt, Gesundheit und Krankheit führen; ob es gelingt über die Grenzen des jeweils betroffenen Berufstandes hinaus einen konstruktiven Diskurs zu führen, der im Respekt vor der Fachlichkeit des Gegenübers und in Würdigung der Bedürfnisse der Beteiligten zu einem verantwortbaren Ergebnis kommt.

Dass es derzeit nicht selten an der erforderlichen finanziellen Ausstattung für die Prävention mangelt, darf uns nicht entmutigen. Prävention lebt auch vom Ehrenamt und von der Kreativität, mit wenigen Mitteln viel zu erreichen. Sie lebt davon, dass wir uns gemeinsam verantwortlich fühlen, dass die ›Zeit-Reichen‹, die ›Ideen-Reichen‹ und die ›Kapital-Reichen‹ Modelle von ›private-public-partnership‹ ermöglichen, dass neben Polizei und Justiz, Jugendhilfe und Schule auch die Ärztinnen und Ärzte, dass alle sich verantwortlich fühlen.

SIGRID MAIER-KNAPP-HERBST, *Vorstandsvorsitzende des Landespräventionsrates Niedersachsen, c/o Niedersächsisches Justizministerium, Am Waterlooplatz 5 A, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 120-52 54, Fax: (05 11) 120-52 72, E-Mail: info@lpr.niedersachsen.de, Internet: www.lpr.niedersachsen.de*

Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Gewalt gegen Frauen in Deutschland

Vor kurzem wurden die Ergebnisse der ersten bundesdeutschen Repräsentativuntersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland veröffentlicht. Die durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebene Untersuchung wurde unter dem Studientitel ›Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland‹ in einer 2-jährigen Forschung durch das Interdisziplinäre Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld in Kooperation mit dem Forschungsinstitut infas und anderen Universitäten und Fachhochschulen durchgeführt.

In der repräsentativen Hauptuntersuchung wurden auf der Basis einer Gemeindestichprobe über 10.000 in Deutschland lebende Frauen umfassend zu ihren Gewalterfahrungen im Bereich psychischer, physischer und sexueller Gewalt sowie sexueller Belästigung, zu ihrem persönlichen Sicherheitsgefühl und zu den psychischen, gesundheitlichen und psychosozialen Folgen der erlebten Gewalt befragt. Thematisiert wurde darüber hinaus die Inanspruchnahme von und die Erfahrung mit polizeilicher Intervention sowie psychosozialer und medizinischer Hilfe.

Die Ergebnisse

Die Befunde der Untersuchung verweisen insgesamt auf hohe Gewaltbetroffenheiten von Frauen in Deutschland. Den Ergebnissen der Studie nach haben:

- 37 % aller befragten Frauen körperliche Übergriffe seit dem 16. Lebensjahr erlebt, die von wütendem Wegschubsen und leichten Ohrfeigen bis hin zu Treten, Verprügeln und Waffengewalt reichten.
- 13 % der befragten Frauen, also etwa jede siebte in Deutschland lebende Frau, hat sexuelle Gewalt seit dem 16. Lebensjahr erlitten. Dieser Anteil bezieht sich auf strafrechtlich relevante Formen von erzwungener sexueller Gewalt wie Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung und sexuelle Nötigung.
- 58 % der Befragten haben unterschiedliche Formen sexueller Belästigung angegeben.
- 42 % der befragten Frauen haben Formen psychischer Gewalt, die von Eingeschüchtert werden oder aggressivem Anschreien über Verleumdungen, Drohungen und Demütigungen bis hin zu Psychoterror reichten, erlebt.

Eine Analyse der Täter und Täterinnen zeigt auf: Gewalt gegen Frauen ist überwiegend Gewalt durch – zumeist männliche – Beziehungspartner und wird überwiegend im häuslichen Bereich verübt:

- Rund 25 % der Frauen gaben an, körperliche oder sexuelle Übergriffe (oder beides) durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner in unterschiedlichen Ausprägungen und Schweregraden erlebt zu haben.

Die Folgen von Gewalt

Den Ergebnissen der Studie nach können alle Formen von Gewalt mit erheblichen gesundheitlichen, psychischen und psychosozialen Folgen verbunden sein:

55 % aller Frauen, die körperliche Gewalt erlebt haben und 44 % aller Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben,

haben körperliche Verletzungen aus diesen Situationen davongetragen, die von leichteren Verletzungen wie blauen Flecken bis hin zu Verstauchungen, Knochenbrüchen, Kopf- und Gesichtsverletzungen reichten. Bei etwa einem Drittel der Frauen mit Verletzungsfolgen waren diese so schwer, dass medizinische Hilfe in Anspruch genommen wurde. Das Risiko, körperliche Verletzungen aus den Situationen davonzutragen, war dann am höchsten, wenn es sich um Gewalt durch Partner oder Ex-Partner gehandelt hat.

In der Studie finden sich zudem Hinweise auf erhöhte gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Frauen, die körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt haben. So haben gewaltbetroffene Frauen im Vergleich zu Frauen, die nicht von Gewalt betroffen waren, insgesamt deutlich mehr gesundheitliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten gehabt. Signifikant häufiger wurden insbesondere Kopfschmerzen, Magen-/Darmprobleme und Unterleibs- bzw. gynäkologische Beschwerden genannt. Darüber hinaus rauchen Frauen, die Opfer von Gewalt geworden sind, zwei- bis dreimal häufiger als andere Frauen mehr als 10 Zigaretten täglich, was auf mögliche Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und Suchtverhalten hindeuten kann.

Alle erfassten Formen von Gewalt gingen in hohem Maße mit psychischen Folgebeschwerden einher, die von Schlafstörungen und erhöhten Ängsten über Niedergeschlagenheit und Depression bis hin zu Selbstverletzungen und Essstörungen reichten. Eine weiter vertiefende Analyse der gesundheitlichen Folgen von Gewalt anhand der vorliegenden Daten steht noch aus. Die Ergebnisse verweisen insgesamt auf hohe individuelle, aber auch soziale und gesamtgesellschaftliche Folgekosten von Gewalt.

Inanspruchnahme institutioneller Hilfen

Bezogen auf die Inanspruchnahme institutioneller Hilfen in und nach Gewaltsituationen kommt den Ärzten und Ärztinnen als Berufsgruppe eine wichtige Schlüsselrolle zu. Wenn Hilfen eingeschaltet werden, dann handelt es sich am häufigsten um Ärzte und Ärztinnen; je nach Formen und Kontexten der Gewalt werden diese von etwa einem Drittel der Frauen, die Gewalt mit Verletzungsfolgen erlebt haben, in Anspruch genommen. Hinzu kommen Frauen, die ÄrztInnen aufgrund von psychosomatischen Beschwerden aufsuchen, die mittelbar mit Gewalterfahrungen in Zusammenhang stehen können. Entsprechend hoch ist die Relevanz des medizinischen Sektors für die Übermittlung von Hilfe, Unterstützung und frühzeitiger Prävention von Gewalt.

Eine Kurzfassung der zentralen Studienergebnisse ist erhältlich über die Broschürenstelle des BMFSFJ unter: broschuerenstelle@bmfsfj.bund.de, Tel.: (0 80) 532 93 29.

Ausführliche Dokumentation aller Studienergebnisse im Internet unter: www.bmfsfj.de -> Forschungsnetz -> Forschungsberichte.

DR. MONIKA SCHRÖTTLE, *Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung, Universität Bielefeld.*

PF 10 01 31. 33501 Bielefeld, Tel.: (05 21) 1 06-45 61,

E-Mail: monika.schroettle@uni-bielefeld.de

Gewalt als männliches Gesundheitsrisiko

Die Pilotstudie ›Gewalt gegen Männer‹ des BMFSFJ

Die Folgen von Gewalt sind große Gesundheitsrisiken, denen Männer ausgesetzt sind. In der von den Autoren zusammen mit Ralf Puchert, Henry Puhe und Willi Walter durchgeführten Pilotstudie zu ›Gewalt gegen Männer‹ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Jugend und Frauen hatte jeder zwölfte von den befragten 266 Männern schon einmal medizinische Hilfe aufgrund körperlicher Angriffe in Anspruch genommen. Jeder dreizehnte der befragten Männer hatte Schlafstörungen oder Alpträume aufgrund von Erlebnissen wie Beleidigungen, Einschüchterungen, Verleumdungen und Schikane, jeder sechzehnte litt deshalb unter Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten oder verminderter Leistungsfähigkeit.

Die Normalität von Gewaltübergriffen gegen Männer

Gewalt gegen Männer und Frauen findet tagtäglich statt. Besonders aber die Gewalt gegen Männer verschwindet hinter der Normalität, so dass wir sie kaum noch als solche wahrnehmen. Jeder siebte befragte Mann zwischen 18 und 35 Jahren ist in den letzten fünf Jahren schmerzhaft getreten, gestoßen oder hart angefasst worden, jedem sechsten von allen befragten Männern wurde in den letzten fünf Jahren ernsthaft gedroht, ihn körperlich anzugreifen oder ihn zu verletzen. Obwohl Männer auf der Straße ein weit höheres Risiko eingehen, Opfer einer Gewaltstraftat zu werden, nehmen wir sie nicht als bedroht wahr. Und sie selbst sich auch nicht.

Warum ist das so? Zuerst passt ›Mann‹ und ›Opfer‹ einfach nicht zusammen. Beides wird als sich gegenseitig ausschließend gedacht. Zum anderen gilt vieles, was Männer sich untereinander antun, als ›normal‹. Dies trifft noch mehr für Jungen untereinander zu. Bis zu neunzig Prozent der Ausübenden körperlicher Gewalt gegen Männer sind andere Männer. Wir sind es gewohnt, Männern die Täterrolle und Frauen die Opferrolle zuzuweisen. Ein Großteil der Opfer männlicher Gewalt sind jedoch Männer.

Die Gewaltarten

In der Studie wurde nicht nur die körperliche, sondern auch die psychische und sexualisierte Gewalt gegen Männer in den Blick genommen. So stellt die Arbeitswelt für Männer den Lebensbereich dar, der vermutlich mit den größten psychischen Belastungen verbunden ist. Ebenso gab es viele Hinweise auf Mobbing. Auch hier sind die Ausübenden größtenteils männliche Vorgesetzte und Kollegen. Dabei werden Männer nicht unbedingt häufiger als Frauen ›gemobbt‹. Trotzdem vermuten wir, dass Machtdemonstrationen innerhalb männlicher Hierarchien so ›normal‹ sind, dass sie von Betroffenen und Ausübenden nicht unbedingt als Gewalt wahrgenommen werden. Am deutlichsten wurde dies bei der Erforschung der Gewalt gegen Männer im Militär. Hier einigten sich Interviewer und Befragter häufig darauf, nur das zu erfassen, was ›über das normale Maß hinaus‹ geht.

Auf der anderen Seite gibt es Tabubereiche. Häusliche Gewalt durch Frauen und sexualisierte Gewalt gegen Männer sind hochgradig schambesetzt. »Einem Mann passiert so etwas nicht.« Ein Viertel der Befragten hat körperliche Gewalt

in irgendeiner Form innerhalb der (heterosexuellen) Partnerschaft durch die Partnerin erfahren, wenige häufiger als zweimal. Selbst wenn es betroffenen Männern gelingt, das eigene Schweigen zu brechen, können sie nicht unbedingt mit Verständnis der Umwelt rechnen. Im Betroffeneninterview erzählten Männer, wie ihnen nicht geglaubt wurde – von der Polizei, aber auch von Ärztinnen und Ärzten sowie von Psychiatern und Psychiaterinnen.

Wirkungen der nicht aufgedeckten Gewalt

Gewalt gegen Männer ist ein großer Risikofaktor für die Gesundheit von Männern. Dabei verursacht körperliche, psychische und sexualisierte Gewalt gegen Männer nicht nur körperliche und psychische Schäden. Sie hat auch Auswirkungen auf das Selbstbild, das Sozialverhalten und die Beziehungsfähigkeit von Männern und Jungen. Nicht zuletzt produziert eine nicht aufgedeckte ›Kultur der Gewalt‹ zwischen Männern und Jungen weitere Gewalt.

Anforderungen an das Gesundheitssystem

Was hat nun das Gesundheitssystem damit zu tun? Neben einer angemessenen Behandlung der körperlichen Folgen von Gewalt kommt den Akteuren im Gesundheitssystem eine große Verantwortung zu, sensibel für die psychischen und psychosomatischen Beschwerden zu sein, die Folgen von körperlicher und psychischer Gewalt sein können. Ein Allgemeinmediziner sagte im Experteninterview, dass ihm erst im Laufe des Interviews klar geworden sei, dass ein viel größerer Teil der Beschwerden, mit denen Männer zu ihm kämen, auf Mobbing am Arbeitsplatz zurückzuführen sei, als er vorher gedacht habe. Ähnlich wie im Bereich der häuslichen Gewalt gegen Frauen und der sexualisierten Gewalt gegen Kinder kommt hier den Professionellen im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle im Aufdecken von Gewalt gegen Männer zu. Da wir es gewohnt sind, Männer als autonom zu betrachten, würde hinter mancher Symptomatik nicht die Hilflosigkeit eines gewaltbetroffenen Mannes oder Jungen vermutet werden.

Die männliche Kultur des Aushaltens, Durchhaltens, Schmerzen und Beschwerden gering Schätzens ist eng mit der Angst vor Hilflosigkeit, Ausgeliefert sein und Ohnmacht verbunden. Indem die Gewalt gegen Männer enttabuisiert und auch von Akteuren des Gesundheitssystems nicht mehr als ›normal‹ hingenommen wird, könnte das Gesundheitssystem Teil eines Prozesses sein, der Männern ihre Verletzbarkeit (wieder) zugesteht.

Eine deutsche und englische Kurzfassung des Berichtes sowie eine deutsche Langfassung ist unter www.bmfsfj.de abrufbar.

LUDGER JUNGnitz, c/o Dissens e.V.,
Allee der Kosmonauten 67, 12681 Berlin, Tel.: (030) 23 00 51 92,
E-Mail: ludger.jungnitz@dissens.de

HANS-JOACHIM LENZ, Praxis für Geschlechterforschung – Beratung
– Weiterbildung, Burgweg 33, 90542 Eckenhaid,
Tel. + Fax: (091 26) 28 41 04, E-Mail: hj-lenz@t-online.de

Lena Middendorf

Gewalt gegen Menschen mit Behinderung – Möglichkeiten der Prävention

In der öffentlichen Diskussion der letzten Jahre wird immer wieder auf Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen hingewiesen. Die zunehmende Kriminalitätsangst und Verunsicherung von Betroffenen, aber auch die überwiegend verborgene Gewalt gegen Menschen mit Behinderung im familiären Nahbereich, in Institutionen oder im öffentlichen Raum haben den Rat für Kriminalitätsverhütung in Schleswig-Holstein veranlasst, dieses Thema zu bearbeiten. Der folgende Artikel basiert auf dem Abschlussbericht der Arbeitsgruppe 14, herausgegeben im August 2003.

Beschreibung der Problemlage

Dem Thema Gewalt gegen Menschen mit Behinderung wird bislang noch wenig systematische Aufmerksamkeit geschenkt, sodass verlässliche Daten zu diesem Problem-bereich häufig fehlen.

Menschen mit Behinderung bilden keine homogene Gruppe. Dennoch ist von behindernden Bedingungen auszugehen, die zu einem erhöhten Risiko führen, Opfer von Gewalt zu werden. So unterscheiden sich Sozialisationsbedingungen von Mädchen und Jungen mit Behinderung oft erheblich von denen nichtbehinderter Kinder. In der Regel werden sie nicht vorrangig als Personen mit individuellen Fähigkeiten gesehen. Der Anspruch, ihre Defizite auszugleichen, macht sie schon sehr früh zu Objekten ärztlicher und therapeutischer Fürsorge. Dieser Objektstatus behindert sowohl die Entwicklung eines positiven Selbstbildes als auch die Selbstbestimmung über den eigenen Körper.

Weitere Risikofaktoren, die für Menschen mit Behinderung in besonderem Maße gelten, sind wirtschaftliche Abhängigkeit, Isolation, mangelnder Zugang zu Bildung und Information sowie Abhängigkeit von Assistenz. Hinzu kommt die Diskrepanz zwischen (vermuteten) Opferzahlen und den Fallzahlen aus Hilfeinrichtungen und Strafverfolgung. So gehen alle Studien davon aus, dass Menschen mit Behinderung häufiger von Gewalt betroffen sind. Die Inanspruchnahme von Hilfeinrichtungen wird jedoch offenbar durch Zugangsbarrieren behindert oder verhindert.

Gesundheitliche Auswirkungen

In neueren Studien wird z. T. auf Ergebnisse aus dem US-amerikanischen Raum hingewiesen, die den Blick auf Behinderung als Folge von Gewalt richten. Als mögliche Folgen werden u. a. genannt: cerebrale Lähmungen in Folge von körperlichen Misshandlungen, psychogene Krampfanfälle, Lernschwierigkeiten, Sprachstörungen, neurologische Beeinträchtigungen und Wachstumsstörungen.

Aus der Arbeit von Notrufen und Beratungsstellen zu sexualisierter Gewalt ist bekannt, dass die Auswirkungen ein breites Spektrum haben. Betroffene nennen autoaggressives Verhalten, Ängste, Phobien, Schwindel, Bauch- und Magenschmerzen ohne organische Ursachen, Menstruationsbeschwerden, Schlafstörungen, sexuelle Probleme, Kopfschmerzen und Depressionen als Folgen der erfahrenen Gewalt.

Es ist davon auszugehen, dass sich Gewalt auf Menschen mit Behinderung ebenso negativ und komplex auswirkt, wie auf Menschen ohne Behinderung. Lediglich die Feststellung

kann erheblich erschwert sein. So werden Verhaltensweisen, die bei Kindern ohne Behinderung als mögliche Reaktion auf erlebte Gewalt gelten, bei Kindern mit Behinderung möglicherweise der Behinderung zugeschrieben.

Möglichkeiten der Prävention

Zentrale Begriffe für effektive Maßnahmen zur Prävention sind Empowerment und Bildung. Es geht dabei um Angebote für:

■ *Menschen mit Behinderung*

Ziel präventiver Arbeit ist es, die Handlungskompetenz potentieller Opfer zu stärken. Wie bei nichtbehinderten Menschen geht es v.a. um die Entwicklung von Fähigkeiten, die der persönlichen Sicherheit dienen, um die Information über persönliche Rechte, sowie die Stärkung von Selbstbehauptung und Selbstwertgefühl.

■ *Personen aus dem persönlichen Umfeld behinderter Menschen*

Ziel ist es zum einen, Angehörigen und Unterstützungspersonen Kompetenzen im Umgang mit verbaler Aggression zu vermitteln, die ihnen von Seiten der Umwelt begegnet. Zum anderen geht es um den Umgang mit eigener Wut und Ohnmacht sowie um die Sensibilisierung für eigene Machtausübung gegenüber Menschen mit Behinderung. Wichtig sind ferner Informationen über vorhandene Hilfeinrichtungen und Möglichkeiten der Intervention.

■ *Professionelle aus Opferschutz und -beratung, Justiz, Verwaltung und Politik*

Hier geht es vorrangig um die Vermittlung von Kenntnissen über Behinderungen, über Fähigkeiten von behinderten Menschen und Kommunikationsmöglichkeiten. Bisher sind Hilfsangebote für behinderte Menschen weniger zugänglich als für nichtbehinderte. Grund hierfür sind nicht nur bauliche Barrieren, sondern auch Unsicherheiten und Vorurteile auf Seiten der Professionellen. Aufgrund von Kommunikationsbarrieren werden Menschen z.T. nicht ernstgenommen, ihren Aussagen wird nicht geglaubt. An dieser Stelle ist eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich.

Mit Empfehlungen an Politik und Verwaltung hat die Arbeitsgruppe den Bericht abgeschlossen. Diese umfassen u.a. die Forderung nach Umsetzung o.g. Maßnahmen zur Beratung und Fortbildung, stärkerer Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung in Fachberatungsstellen, Schutzeinrichtungen und Institutionen der Strafverfolgung, Förderung des persönlichen Budgets und selbstbestimmter Assistenz sowie umfassender Öffentlichkeitsarbeit.

LENA MIDDENDORF, *mixed pickles*, Verein für Mädchen und Frauen mit und ohne Behinderung in Schleswig-Holstein, Schwartauer Allee 10, 23554 Lübeck, Tel.: (04 51) 7 02 16 40, Fax: (04 51) 7 02 16 42, E-Mail: info@mixedpickles-ev.de, www.mixedpickles-ev.de

Der vollständige Abschlussbericht ist als pdf-Datei unter folgender Adresse im Internet herunterzuladen: http://kriminalpraevention-sh.de/download/Gewalt_gegen_Menschen_mit_Behinderung.pdf

Vernachlässigung von Kindern – Ausmaß, Folgen und Perspektiven für die Hilfe

Vernachlässigung von Kindern ist eine Form von Kindesmisshandlung – eine Situation, in der die Eltern bewusst oder unbewusst die soziale, emotionale, kognitive und physische Versorgung eines Kindes wiederholt oder dauerhaft nicht gewährleisten. Eine exaktere Definition gibt es nicht – auch deshalb, weil die Frage, wann ein Kind angemessen versorgt ist und wo der Mangel beginnt, nicht eindeutig zu beantworten ist.

Die Folgen sind gravierend

Vernachlässigung kann zu bleibenden Schäden führen und vor allem für Säuglinge und Kleinkinder lebensbedrohlich sein – z. B. durch Unterernährung, nicht behandelte Krankheiten oder Unfälle. Im Alltag mit älteren Kindern zeigen sich die Folgen von Vernachlässigung manchmal durch verwahrloste, schmutzige Kleidung, Haut und Haare, manchmal durch apathisches, manchmal durch distanzloses Verhalten. Im konkreten Fall hängen die Vernachlässigungsfolgen von verschiedenen Bedingungen ab: dem Alter des Kindes, seiner körperlichen und seelischen Konstitution und Widerstandsfähigkeit sowie der Dauer und Intensität der Mangelernährung. Außerdem spielt es eine Rolle, in welcher Form ein Kind vernachlässigt wird – es kann z. B. vorkommen, dass ein Kind in Sachen Ernährung und Körperpflege ausreichend versorgt wird, im Hinblick auf seine emotionalen Bedürfnisse jedoch vernachlässigt wird.

Je jünger, desto mehr sind Kinder darauf angewiesen, dass ihre elementaren Bedürfnisse nach Ernährung, Schutz, Liebe, Geborgenheit und Bindung von den Eltern befriedigt werden. Wenn diese Befriedigung wiederholt oder dauerhaft ausbleibt – aufgrund von Belastung, Überforderung, mangelndem Wissen oder fehlender Einsicht – hat das schwerwiegende Folgen für die Entwicklung von Mädchen und Jungen.

- Körperliche Folgen von Vernachlässigung sind Untergewicht, Übergewicht, Minderwuchs, Krankheitsanfälligkeit, körperliche Fehlentwicklungen, Behinderungen und eine verzögerte motorische Entwicklung.
- Psychische Symptome sind Hyperaktivität, Inaktivität, gestörte Wach- und Schlafphasen und ein negatives Selbstbild.
- Auf der kognitiven Ebene kann es zu Problemen bei der Sprachentwicklung, zu Fehl- und verlangsamerter Entwicklung sowie Lernstörungen kommen.
- Und im Rahmen der sozialen Entwicklung werden Distanzlosigkeit, Aggressivität, Depression, Bindungsangst bis zur Bindungsunfähigkeit beobachtet.

Ein ›vernachlässigtes Problem?!

Trotz dieser z. T. dramatischen Folgen wird Vernachlässigung weitaus seltener in der (Fach-) Öffentlichkeit thematisiert als körperliche und sexuelle Gewalt gegen Kinder. Kindesvernachlässigung gilt als ›vernachlässigtes Problem‹. Und diese Vernachlässigung des Themas steht in einem problematischen Kontrast zu seinem Ausmaß.

Esser und Weinel gingen Ende der 80er Jahre davon aus, dass 5 bis 10 Prozent aller Kinder von Vernachlässigung betroffen sind – das entspricht in Deutschland einer Größen-

ordnung von 250.000 bis 500.000 Kindern unter sieben Jahren. Schöne u. a. (1997) berechneten auf der Basis von Betreuungsfällen in der Jugendhilfe eine Betroffenenzahl von 50.000 und betrachten diese Zahl als Untergrenze des realen Problemumfangs. Auch wenn die Praxis der Jugendhilfe vielfach zeigt, dass bei Kindeswohlgefährdungen ›Vernachlässigung‹ mit anderen Gefährdungen einher geht, so wird deutlich, dass die aktenkundigen Fälle von Kindesvernachlässigung häufiger sind als Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch zusammen.

Familien, in denen es zu Vernachlässigung kommt, werden im Jugendhilfe-Fachjargon als ›Multi-Problem-Familien‹ bezeichnet: Sie sind häufig arm, sie sind oft Dauerklienten der sozialen Hilfesysteme, sie wohnen vielfach in desorganisierten Wohnquartieren, sie sind auch im Hinblick auf ihre inneren Strukturen und Beziehungen desorganisiert – kurz: Sie haben kaum Ressourcen dafür, Kinder mit Sorgfalt und Aufmerksamkeit zu erziehen. Armut führt zwar nicht notwendig zu Vernachlässigung, dennoch zeigt sich, dass materielle Notlagen einen wichtigen Risikofaktor darstellen – neben psychischen Problemen der Eltern, die als Kinder oft selbst vernachlässigt oder misshandelt wurden.

Vernachlässigung erfordert ›frühe Hilfen‹ und die Vernetzung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen

Erfahrungen aus der Praxis und vereinzelte Untersuchungen zeigen, dass Eltern, die ihre Kinder misshandeln und vernachlässigen, in der Regel nicht von sich aus herkömmliche Jugendhilfeeinrichtungen und Erziehungsberatungsstellen aufsuchen – u. a. aus Angst vor Sanktionen. Schon eher werden Kinderkliniken, Notfallambulanzen oder Kindarztpraxen zu Anlaufstellen für überforderte, verunsicherte, hilflose Eltern.

Aber wo gibt es darüber hinaus frühe und präventive Unterstützung und Entlastung für Eltern mit kleinen Kindern? Entsprechende Einrichtungen sind eher die Ausnahme. Sie wären jedoch besonders für Familien mit Vernachlässigungsrisiko eine wichtige Hilfe – vorausgesetzt, sie sind niedrigschwellig organisiert, bieten praktische alltagsbezogene Unterstützung und längerfristige kontinuierliche Begleitung für ›Risikofamilien‹. Vorbilder und Modelle für eine innovative Form der Familienunterstützung und Elternberatung gibt es bereits – in Form von Kontakt- und Beratungsstellen, Elterncafés, offenen Sprechstunden in Kindertagesstätten und aufsuchender Beratung beispielsweise. Eine flächendeckende Umsetzung solcher Konzepte könnte auch für die Fachkräfte in der Jugendhilfe und im Gesundheitswesen eine (auch finanzielle) Entlastung darstellen, denn niedrigschwellige Begleitung und Unterstützung von jungen Familien stellt gleichzeitig ein effektives Frühwarnsystem zur Verhinderung von langfristigen Fehlentwicklungen dar.

ANDREA BUSKOTTE, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30174 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, E-Mail: andrea.buskotte@jugendschutz-niedersachsen.de

Literatur bei der Verfasserin

Christine Kühner, Harald Dressing, Peter Gass

Stalking – Häufigkeit und Auswirkungen in der Bevölkerung

Der Begriff 'Stalking' kennzeichnet ein komplexes Muster von Verhaltensweisen einer Person, das eine wiederholte und anhaltende Belästigung, Nachstellung, Verfolgung und/oder Bedrohung einer anderen Person gegen deren Willen beinhaltet und geeignet ist, im Opfer Angst auszulösen. Obwohl dem Thema in der Öffentlichkeit zunehmend Beachtung geschenkt wird, existieren weltweit nur sehr wenige epidemiologische Studien, die Aufschluss über die tatsächliche Verbreitung von Stalking und dessen Auswirkungen auf die Opfer geben.

Repräsentative Bevölkerungsstudien zu diesem Thema wurden bisher ausschließlich im angloamerikanischen Raum durchgeführt, die dort ermittelten Zahlen legen nahe, dass ca. 4–7 % der männlichen und 12–17 % der weiblichen Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben Opfer von Stalking wurden. Gesundheitliche Folgen von Stalking für die betroffenen Opfer wurden bislang in der Regel nur an selektiven Inanspruchnahmepopulationen untersucht, die keine Rückschlüsse auf entsprechende Zusammenhänge in der Allgemeinbevölkerung erlauben.

Am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim führten wir die erste epidemiologische Untersuchung in Deutschland durch, die Aufschluss über Häufigkeit und Auswirkungen von Stalking in der Bevölkerung geben sollte. Der populationsbasierte Ansatz unserer Studie erlaubt es u. a., Stalking-Opfer und Nicht-Opfer aus einer Bevölkerungsstichprobe hinsichtlich psychischer Beeinträchtigungen zu vergleichen, welche mit Hilfe standardisierter Skalen erfasst wurden.

Im Rahmen eines postalischen Surveys an einer Zufallsziehung der Mannheimer Bevölkerung wurden 675 Männer und Frauen befragt. Unsere Untersuchung ergab, dass 11,6 % der Stichprobe (Frauen: 17,3 %, Männer: 3,7 %) mindestens einmal in ihrem Leben die Kriterien für Stalking-Opfer erfüllten. Der Stalker war in 75,6 % der Fälle seinem Opfer bekannt, am häufigsten (in 32,1 % der Fälle) war der Stalker ehemaliger Intimpartner, in weiteren 30 % Bekannter, Freund oder Arbeitskollege des Opfers. Während Frauen fast ausschließlich (91 %) von männlichen Stalkern belästigt wurden, wurden Männer etwa gleich häufig von Männern oder Frauen gestalkt. Für 68 % der Stalkingopfer dauerte die Verfolgung und Belästigung länger als einen Monat an, bei 24,4 % sogar länger als ein Jahr.

Methoden von Stalking

Im Durchschnitt waren die Opfer etwa fünf verschiedenen Methoden der Verfolgung, Beeinträchtigung und Belästigung ausgesetzt. Am häufigsten waren unerwünschte Telefonanrufe (78,2 %), Herumtreiben in der Nähe (62,6 %), unerwünschte Briefe, E-Mails, SMS, Faxe (50 %), Verfolgen (38,5 %), Kontaktaufnahme über Dritte (35,9 %), vor der Haustür stehen (33,3 %), Auflauern (24,4 %), Nachrichten am Auto oder der Haustür hinterlassen (19,2 %), mit dem Auto verfolgen (19,2 %), Beschädigen von Eigentum (16,7 %), Eindringen in die Wohnung (15,4 %), Zusenden von Geschenken (17,9 %), Bestellungen im Auftrag des Opfers (10,3 %) und Zusenden von schockierenden Dingen (9 %). In 34,6 % der Fälle wurden explizite Drohungen ausgesprochen, in 30,4 %

erfolgten tatsächliche Gewalthandlungen durch den Stalker. 24,4 % der Betroffenen berichteten, dass sie von ihrem Stalker gegen ihren Willen mit körperlicher Gewalt festgehalten wurden, 11,5 % wurden geschlagen, 9 % mit Gegenständen attackiert, 42,3 % sexuell belästigt und 19,2 % sexuell genötigt.

Gesundheitliche Folgen

Nach direkten gesundheitlichen und psychosozialen Auswirkungen befragt, nannten Stalking-Opfer zahlreiche körperliche und psychische Symptome in Reaktion auf das Stalking, wie innere Unruhe (56,4 %), andauernde Angstsymptome (43,6 %), Schlafstörungen (41,0 %), Magenbeschwerden (34,6 %), depressive Verstimmungen (28,2 %), Kopfschmerzen (14,1 %) und Panikattacken (11,5 %). Etwa ein Viertel der Betroffenen hatte aufgrund der Beschwerden professionelle Hilfe aufgesucht. Fast drei Viertel der Betroffenen nannte eine Änderung in der alltäglichen Lebensführung aufgrund des Stalking, 16,7 % wechselten z.B. die Wohnung. Im Fragebogen zum derzeitigen psychischen Wohlbefinden (WHO-5) wiesen über die Hälfte (57,1 %) der Stalking-Opfer auffällige Werte auf, im Vergleich zu Nichtopfern waren sie deutlich beeinträchtigt. In den Analysen blieb der Zusammenhang zwischen Stalking und schlechter psychischer Befindlichkeit auch dann bestehen, wenn andere potenziell wichtige Merkmale wie Alter, Geschlecht und Schulbildung berücksichtigt wurden. Ähnlich zeigten Befunde zum Gesundheitsfragebogen für Patienten und Patientinnen (PHQ-D), dass Stalking-Opfer höhere Raten an psychischen Erkrankungen aufwiesen als Nicht-Opfer, hier erfüllten 50 % der Opfer die Kriterien für mindestens eine psychische Störung.

Unsere Ergebnisse bestätigen damit Befunde aus internationalen Studien, wonach Stalking-Opfer ein hohes Risiko für psychische Beeinträchtigungen aufweisen, die zum Teil lange über die entsprechende Stalking-Episode hinaus andauern. Hieraus lässt sich die Notwendigkeit zu einer möglichst früh einsetzenden therapeutischen Unterstützung ableiten, um der Chronifizierung psychischer Probleme von Stalking-Opfern entgegenwirken zu können. Effektive Interventionen für Stalking-Opfer sollten dabei immer einen umfassenden Ansatz verfolgen, der Beratung und Information über den Umgang mit dem Stalker, eine Risikoeinschätzung zu dessen Gewalttätigkeit, juristische Schritte und therapeutische Maßnahmen beinhaltet.

PD CHRISTINE KÜHNER, *Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Zentrum für Epidemiologie und Versorgungsforschung, Postfach 122120, 68072 Mannheim, Tel.: (06 21) 17 03-60 57, Fax: (06 21) 17 03-12 05, E-Mail: kuehner@zi-mannheim.de, www.zi-mannheim.de*

Hartmut Radebold

Das Kriegsende 1945 ist nicht das Ende des Krieges

Angestoßen durch die Bücher von Günter Grass ›Im Krebsgang‹ (2002) und von Jörg Friedrich ›Der Brand‹ (2002) und jetzt in zeitlicher Nähe zum Kriegsende vor 60 Jahren sieht sich Deutschland mit einer noch immer zunehmenden Fülle von diesbezüglichen Berichten/Serien in den Massenmedien, Filmen, Autobiografien und Zeitzeugen-Berichten konfrontiert. Dabei wird eine bestimmte Perspektive vermittelt: die damaligen schrecklichen Ereignisse liegen lange zurück. Sie spielten sich im vorigen Jahrhundert ab und hinterließen weder Spuren noch Folgen. Stimmt das so? 24 % der Bevölkerung, das sind ca. 30 % der Erwachsenen der Bundesrepublik Deutschland, sind zur Zeit 60 Jahre und älter, d. h. spätestens 1945 geboren. Inwieweit können sie noch davon betroffen sein?

Krieg und seine Folgen

Als beschädigende bis traumatisierende Erfahrungen werden Bombenangriffe/Ausbombungen, Flucht/Vertreibung, Verluste von nahen Angehörigen (dauerhaft oder zumindest lange abwesende Väter wie auch Mütter, Geschwister und Großeltern) angesehen – häufig aufeinander folgend und dazu kumuliert. Nach aktuellen Schätzungen wuchsen ca. 30 % der damaligen Kinder/Jugendlichen schwer beschädigt bis traumatisiert, weitere 30 % mehrere Monate bis Jahre unter beeinträchtigenden bis beschädigenden Bedingungen und ca. 40 % ohne diese Erfahrungen auf.

Heute treffen wir bestimmte psychische Störungen bei diesen Altersgruppen gehäuft an:

- Teilweise oder vollständige Posttraumatische Belastungsstörungen;
- Psychische Müdigkeit bis hin zu depressiven Syndromen unterschiedlicher Schweregrade;
- Angst- und Panikattacken;
- Persönlichkeitsveränderungen (verunsicherte bis eingeschränkte Identität, Bindungs- und Beziehungsstörungen).

Diese Symptomatik konnte lebenslang bestehen, sich ab dem mittleren Erwachsenenalter allmählich entwickeln oder jetzt erstmals in der Alternssituation (Wegfall berufsstiftender Identität sowie sozialer und familiärer Verpflichtungen bei gleichzeitig größerer eigener innerer Freizeit) auftreten.

Spezifische Symptomatiken

Je nach der Beschädigung in einer bestimmten Entwicklungsstufe resultierte eine spezifische Symptomatik. Viele dieser schlimmen Erfahrungen konnten durch eine stabile Mutter-Kind-Beziehung, eine weiterhin intakte Großfamilie, andere vorhandene Männer wie ältere Brüder, Onkel, Großväter, Stiefväter abgeschwächt und teilweise offensichtlich ausgeglichen werden. Dazu zählen weiterhin bestimmte Verhaltensweisen:

- Sparsamkeit (bezüglich Wärme, Licht, Kleidung, Lebensführung; ›alles, was auf dem Teller ist, wird aufgegessen; Essensreste und andere nützliche Gegenstände hebt man auf);
- Sicherheitsbedürfnis (Vorausplanen, alle Lebensaspekte im Griff haben, mögliche Gefahren vorher erkunden, sich absichern);

- Mangelnde Fürsorge für sich und den eigenen Körper (fehlende Verwöhnung, fehlende Vorsorgeuntersuchung, mangelhafte systematische Behandlung, nicht wahrgenommene Rehabilitation);
- Vorsichtiges, abwartendes bis misstrauisches Verhalten gegenüber der Umwelt.

Die wenigen bisher vorliegenden Forschungsergebnisse verdeutlichen den häufigen (auch statistisch relevanten) Zusammenhang zwischen diesen zeitgeschichtlichen Erfahrungen und der heutigen psychischen Symptomatik. Wir begegnen derart betroffenen Älteren heute überall! Aufgrund ihrer damals erworbenen und lebenslang stabil gebliebenen psychischen Abwehrstruktur werden uns zunächst öfter erst auf gezielte Nachfrage zeitgeschichtliche ›Fakten‹ berichtet. Das mögliche Ausmaß eigener psychischer Betroffenheit wird erst allmählich sichtbar. Viele hatten ›damals noch viel Schlimmeres erlebt‹ und man wollte nicht die ›eigenen Kinder unnötig belasten‹. Dazu wurden häufig die damaligen Kinder/Jugendlichen aus der Perspektive der Jüngeren der ›Täter-Generation gleichgesetzt und mit kritischen und vorwurfsvollen Fragen attackiert. Manchmal wurden die schrecklichen Erfahrungen einfach auch nicht geglaubt.

Heutiger Umgang mit den Problemen

Eigene professionelle Kompetenz vorausgesetzt, heißt die Aufgabe, in einem Schutz und Unterstützung vermittelnden Gespräch mögliche damalige Erfahrungen ebenso wie bis heute anhaltende mögliche Folgen zu erkunden. Entscheidend sind zwei weitere Schritte: einen möglichen Zusammenhang zu diskutieren und einmal eindeutig festzustellen, dass diese damaligen Kinder/Jugendlichen nicht am Dritten Reich und am Zweiten Weltkrieg Schuld waren, sondern ihre Eltern!

Erst dann kann gemeinsam erkundet werden, welche Hilfe jetzt zur Zeit benötigt wird: von der Information bis zur Teilnahme an einem Seminar/Gesprächsgruppe über Beratung/Psychotherapie bis hin zu einer spezifischen stationären Behandlung. Bestimmt sind unsere Möglichkeiten der Hilfe, Unterstützung, Behandlung insgesamt bisher beschränkt; dennoch lassen sich vielfältige Möglichkeiten auffinden.

Viele damalige Kinder und Jugendliche in den meisten Ländern Europas wurden ganz offensichtlich durch die Folgen des Zweiten Weltkrieges und der direkten Nachkriegszeit geprägt; dazu wuchsen nach dem Zweiten Weltkrieg insgesamt in Europa ca. 20 Millionen Halbweisen auf. Damit Europa nicht nur völkerrechtlich, wirtschaftlich und sozial, sondern auch psychisch zusammen wachsen kann, bedürfen wir einer gemeinsamen europäischen Gedächtniskultur, die das erlittene Leid gegenseitig anerkennt. Weiterhin benötigen wir dringend Kenntnisse, wie man derartige Folgen, wenn nicht verhindern, aber so doch zumindest abschwächen kann.

PROF. DR. HARTMUT RADEBOLD, *Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Universität Kassel 1976–1997, Lehrinstitut für Alternspsychotherapie, 34119 Kassel, Habichtswalder Str. 19, Tel. + Fax: (05 61) 3 16 23 84*

Ilse Hilliger

Gesundheitliche Folgen von Gewalt bei Frauen

EU Projekte der Therapeutischen Frauenberatung Göttingen bieten Fortbildung

Die Therapeutische Frauenberatung in Göttingen hat für Mitarbeitende in Sozialarbeit, Beratung und Gesundheitswesen ein Fortbildungskonzept entwickelt, um für die gesundheitlichen Folgen von Gewalt gegen Frauen zu sensibilisieren. Sie konnte die Europäische Union schon zweimal überzeugen, die Durchführung dieser Fortbildung in ganz Europa finanziell zu fördern. Beim ersten Mal waren Spanien und Großbritannien beteiligt. Im Folgeprojekt ›JoinTheNet‹ kamen Griechenland, Italien, Frankreich und Finnland hinzu. Ganz aktuell hat die EU erklärt, auch die Verbreitung des Materials in Dänemark, Estland, Österreich und Portugal finanziell zu unterstützen. Fehlende Sensibilität und mangelndes Wissen über die Auswirkungen von Gewalt auf Körper und Seele betroffener Frauen sind ein europaweites Problem.

Problembeschreibung

Carol Hagemann-White folgert aus schwedischen und niederländischen Daten, dass insgesamt 22 Prozent aller Frauen geschlechtsbezogene Gewalt in der einen oder anderen Form erlitten haben, die Folgen für ihre Gesundheit hat. Die Formen von Gewalt sind vielfältig und treten zumeist nicht isoliert voneinander auf. Ebenso komplex sind deren Akut- und Langzeitfolgen auf die körperliche und seelische Gesundheit von Frauen. Sie reichen von Knochenbrüchen und inneren Verletzungen über psychosomatische Störungen z. B. der Magen-Darm-Funktionen oder chronische Schmerzen bis hin zu Ängsten, Depressionen, Schlaf- und Ess-Störungen sowie Substanzabhängigkeiten. Direkte Kausalitäten sind indes nicht leicht nachzuweisen. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PostTraumaticStressDisorder) und die komplexe PTSD bei langanhaltendem Gewalterleben weisen den eindeutigsten Zusammenhang mit Gewalt auf. Kennzeichnend sind emotionale Taubheit, inneres Erstarren und Übererregungszustände, Panikattacken, Flashbacks (Erinnerungseinbrüche), dissoziative Phänomene oder schwere Persönlichkeitsstörungen.

Projektziel

In dem Projekt soll dafür sensibilisiert werden, dass gesundheitliche Beschwerden von Frauen Folgen von Gewalt sein können. Vor allem Einrichtungen in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sollen erreicht werden, die nicht explizit im Bereich Gewalt gegen Frauen arbeiten, die aber mit betroffenen Frauen wegen verschiedener Symptome und Problemlagen in Kontakt kommen. Die Fortbildungen sind kurz (etwa dreistündig) und handlungsorientiert. Die Teilnehmenden müssen keine Expertinnen und Experten werden. Wichtig ist, dass sie Anzeichen erkennen und eigene Handlungssicherheit gewinnen, um es Frauen zu ermöglichen, über ihre belastenden Erfahrungen zu sprechen. Zur Beratungskompetenz gehört zudem ein grundlegendes Wissen über weiterführende spezifische Hilfen.

Durchführung

Um möglichst gut auf spezifische Länderbedingungen übertragbar zu sein, zeigt das Schulungskonzept ein offenes Design als ergänzbares Modulsystem. Zentraler Bestandteil ist ein Film, der Sachinformation (hirnphysiologische Reaktionsabläufe bei Traumatisierten, Prävalenz von Gewalt gegen Frauen etc.) mit der Vermittlung erlebnisorientierter Inhalte (Flashback, Trigger etc.) verbindet. Anhand einer konkreten Beratungssequenz werden praktische Fragen im Gespräch mit betroffenen Frauen erörtert, die in Handlungsempfehlungen münden. Auf einer CD-Rom stehen vertiefende Hintergrundtexte zu den Filmmodulen sowie Informationen zu weiterführenden Hilfeinrichtungen und nützliche Literaturhinweise zur Verfügung.

DAPHNE-Programm der EU

Die Europäische Kommission ist die Hauptförderin des Projektes. Es läuft im Rahmen ihrer DAPHNE-Initiative, eines der wichtigsten Instrumente der EU im Kampf gegen Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen. Die EU hat die Laufzeit des Programms, das seit 1997 besteht, zu Beginn des Jahres bis 2008 verlängert. Sie erkennt darin ausdrücklich die zentrale Rolle von Nicht-Regierungsorganisationen (sogenannten NGOs) und deren Netzwerken bei der Gewaltbekämpfung an. Die Therapeutische Frauenberatung führt seit 1999 europäische Projekte in diesem Bereich durch.

ILSE HILLIGER, WIEBKE LANDWEHR, *Therapeutische Frauenberatung e.V., Groner Straße 32/33, 37073 Göttingen, Tel.: (05 51) 4 56 15, E-Mail: therapeutische-frauenberatung@w4w.de*

Thomas Grüner

Gewaltprävention – Erfolgskriterien erfolgreicher Programme

Auf dem unübersichtlichen Markt der Gewaltprävention ist es für Auftrag- und Geldgeber wichtig, Qualitätskriterien an der Hand zu haben, mit denen sich Programme beurteilen und vergleichen lassen. Metaanalysen wie der Sherman-Report und eine wachsende Anzahl von Evaluationsstudien zeigen, dass der Erfolg von Präventionsprojekten von fünf Faktoren abhängt:

Frühzeitigkeit

Bereits im Alter von drei bis vier Jahren lernen Kinder, sich in andere Personen hineinzusetzen und die Welt mit deren Augen zu sehen. Sie erwerben die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme. Diese Fähigkeit, sich über die Absichten und Wünsche einer anderen Person Gedanken zu machen und sich vorzustellen, was eine andere Person in einer bestimmten Situation denken und fühlen könnte, ist die Voraussetzung für Einfühlungsvermögen. Und Einfühlungsvermögen ist der wichtigste Hemmfaktor für Gewalt. Da Empathie verkümmert, wenn sie nicht geübt wird, ist es von zentraler

Wichtigkeit, Kinder früh anzuleiten, die Auswirkungen ihres Handelns auf andere mitzubedenken. Einfühlungsvermögen muss früh geübt werden.

Die frühzeitige Arbeit mit Konflikten ist noch aus einem anderen Grund wichtig. Frühes Einschreiten verhindert die Ausbildung destruktiver Verhaltensmuster. Wenn destruktives Verhalten so oft wiederholt wurde, bis es automatisch abläuft, ist es schwierig, es wieder der bewussten Kontrolle zugänglich zu machen. Gleichzeitig wird das unsoziale Verhalten zu einem Teil der eigenen Identität, wenn ein Kind sich häufig destruktiv verhält. Je mehr sich ein Kind an unsoziales Verhalten gewöhnt hat, desto unsicherer und bedrohter fühlt es sich, wenn man ihm die Sicherheit des Gewohnten nehmen möchte, und desto beharrlicher wird es daran festhalten.

Kontinuierlichkeit

Der konstruktive Umgang mit schwierigen Gefühlen wie Wut und Ärger, die Kontrolle der eigenen Impulse und Einfühlungsvermögen sollten die zentralen Lernziele gewaltpräventiver Programme sein. Dies sind jedoch keine Fähigkeiten, die einmal gelernt und dann für immer beherrscht werden. Nur kontinuierliches Üben über alle Alterstufen hinweg garantiert den nachhaltigen Erfolg. Um zum dauerhaften Ritual zu werden, müssen diese Methoden des sozialen Lernens fest in der Struktur der jeweiligen Einrichtung verankert sein und zum unhinterfragten Alltag gehören. Dies kann nur gelingen, wenn ein Großteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konkret beteiligt ist und die strukturelle Verankerung extern begleitet wird.

Flexibilität

Präventionsmaßnahmen sollten nicht in standardisierter oder unpersönlicher Form über eine möglichst große Anzahl von Einrichtungen »gestülpt« werden. Nur wenn die Beteiligten mitreden und die Methoden sowohl an ihre speziellen Bedürfnisse, als auch an ihr spezielles Klientel anpassen dürfen, werden sie sich mit der Maßnahme identifizieren und sie sich zu eigen machen. Nur so kann gewährleistet werden, dass das Programm nicht als Fremdkörper betrachtet wird, sondern als zur Einrichtung gehörig. Präventionsprogramme sollten partizipativ sein.

Zur Flexibilität zählt auch, dass Präventionsprogramme sich nicht nur auf eine Art von Konflikt spezialisieren dürfen, sondern Methoden implementieren sollten, mit denen möglichst alle Arten von Konflikten bearbeitet werden können. An Schulen beispielsweise müssen Lehrerinnen und Lehrer in ihrer Klasse das Recht auf Unterricht durchsetzen können. Sie müssen mit Gruppenkonflikten, Mobbingopfern und Außenstehern arbeiten können. Sie müssen im Streit zwischen einzelnen Schülern oder Schülerinnen vermitteln können. Und sie müssen mit Fällen einseitiger Gewaltanwendung arbeiten können. Präventionsprogramme sollten unterschiedliche Methoden für unterschiedliche Arten von Konflikten anbieten.

Lebensbezug

Nachhaltiges Lernen ist nur unter Beteiligung von Emotionen möglich. Emotionen sind nur dann im Spiel, wenn die Beteiligten einen persönlichen Bezug zum Geschehen haben. Das Geschehen muss eine persönliche Bedeutung haben. Konfliktlösekompetenzen sollten deshalb nicht theoretisch oder abstrakt vermittelt werden. Soziales Lernen ist dann am effektivsten, wenn die entsprechenden Kompetenzen im Umgang mit den realen Konflikten des Alltags trainiert werden. Dies hat nicht nur den Vorteil, dass die Kinder und Jugendlichen dieses Praxiswissen direkt umsetzen können, auch der Alltag wird von diesen Konflikten spürbar entlastet.

Evaluation

Evaluation ist ein unerlässlicher Bestandteil der Qualitätssicherung von Präventionsprogrammen. Dazu zählen nicht nur Evaluationsstudien im engeren Sinn, sondern auch die klare Zuweisung und Überprüfung von Aufgaben- und Verantwortungsbereichen, die Einrichtung fester Informations- und Feedback-Schleifen und die externe Praxisbegleitung. Die einzelnen Fortbildungsteams müssen sich auch im Anschluss an die Praxisbegleitung dauerhaft und regelmäßig treffen, um ihre Arbeit gegenseitig zu supervidieren und um alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen, die sicherstellen, dass die entsprechenden Methoden im Einrichtungsalltag integriert bleiben.

Ausschließlich quantitative Untersuchungen über den Rückgang von Gewalt lassen keine ausreichenden Rückschlüsse über den Erfolg eines Programms zu. Durch die Sensibilisierung für Gewalt und die größere Offenheit im Umgang mit dem Thema kann es sogar zu einem paradoxen Effekt der scheinbaren Zunahme von Gewalt kommen. Quantitative Untersuchungen sollten immer von qualitativen begleitet werden, die untersuchen, ob es zu einem veränderten Umgang mit Konflikten gekommen ist. Das Ziel gewaltpräventiver Programme sollte nicht darin bestehen, Konflikte zu verhindern, sondern sie schneller und konstruktiver zu bewältigen.

Fazit

Trotz aller messbarer Erfolgskriterien darf nicht vergessen werden, dass der Erfolg von Präventionsprogrammen von einer Fülle weiterer Bedingungen abhängt, die teilweise schwer mess- bzw. quantifizierbar sind. Unter anderem hängt der Erfolg stark vom Kontext, in dem das Programm stattfindet, und von der Persönlichkeit der Durchführenden ab. Dieselbe erfolgreiche Methode von einer anderen Person in einem anderen Kontext angewandt, kann zu völlig anderen Resultaten führen. Die Reaktionen auf diese Unwägbarkeiten sind jedoch sehr unterschiedlich. Was für die einen eine Beschwerde darstellt, ist für die anderen ein Trostpflaster: Das Leben ist nicht steuerbar.

THOMAS GRÜNER, *Institut für Konflikt-Kultur, Reichsgrafenstr. 2, 79102 Freiburg, Tel.: (07 61) 2 92 19 43, E-Mail: gruener.t@gmx.de*



Antje Richter

Behandlung von Selbstverletzungen

Aktuelle Untersuchungen in Großbritannien haben ergeben, dass jede/r zehnte Jugendliche sich bereits vor dem 16. Lebensjahr selbst Verletzungen durch Schneiden, Ritzen, Brennen etc. zufügt. Selbstverletzung gilt dort als eines der wichtigsten Warnsignale einer akuten Selbstmordgefährdung und ist zusammen mit Suizid nach Krebs- und Herz-Kreislaufkrankungen der dritthäufigste Grund für einen vorzeitigen Tod. Insgesamt werden wegen Selbstverletzungen jährlich mehr als 25.000 Jugendliche und junge Erwachsene in ein Krankenhaus eingeliefert, wo aber nach Auskunft der britischen Mental Health Foundation nur ein Bruchteil der notwendigen Betten für diese Altersgruppe zur Verfügung steht. Da bisher bei fast allen zuständigen Stellen kaum Kenntnisse über die notwendige Behandlung dieser Erkrankung vorhanden waren, gab die Mental Health Foundation eine zweijährige Studie in Auftrag, deren Ergebnisse jetzt veröffentlicht wurden.

Auf ihnen basieren auch die Richtlinien (www.nice.org.uk/pdf/CG016NICEguideline.pdf) für die Behandlung von sich selbst verletzenden Patientinnen und Patienten, die das National Institute for Clinical Excellence (NICE) jetzt veröffentlichte. Es wendet sich damit an Mitarbeitende des Gesundheits- und Sozialwesens, die innerhalb eines Zeitraums von 48 Stunden nach dem Zufügen der Selbstverletzungen Kontakt zu den Betroffenen haben, und fordert ein umfassendes Training für den direkten Umgang mit Patientinnen und Patienten und die Weitervermittlung an behandelnde Ärzte, Ärztinnen, Therapeutinnen und Therapeuten. Es fordert insbesondere, dass die Betroffenen dieselbe Pflege, Fürsorge und Respekt erhalten wie andere Patientinnen und Patienten und umfassend psychotherapeutisch versorgt werden.

Unterstützung können Betroffene auch in Deutschland bereits seit längerem über das Internet und verschiedene Foren erhalten. Auf der Homepage des britischen National Self-Harm-Network werden den Mythen über Selbstverletzung Tatsachen und Erfahrungswissen gegenübergestellt. Zu den angestrebten

Zielen des Netzwerks (www.nshbn.co.uk) gehört es außerdem, mehr Aufmerksamkeit im Gesundheitswesen, im Sozialbereich und in der Öffentlichkeit für die Erkrankung herzustellen.

Anschrift: siehe Impressum

Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm

S.I.G.N.A.L. steht für Signalisieren Sie Ihre Bereitschaft, Interview mit konkreten Fragen, Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen, Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben, Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses, Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten. Diese zentralen Handlungsschritte werden im ersten Teil, dem Handbuch zur Implementierung, ausgeführt. Zudem wird der Verlauf des Modellprojektes am Berliner Universitätsklinikum Benjamin Franklin eingehend beschrieben. Die Erste Hilfe-Station wurde als Interventionsort ausgewählt, da internationale Studien den hohen Anteil gewaltbetroffener Frauen unter Erste Hilfe-Patientinnen beschrieben haben und zeigten, dass Gewalterfahrungen als Ursache von Verletzungen und Beschwerden nicht ausreichend erkannt wurden. Der zweite Teil besteht aus dem wissenschaftlichen Bericht der Begleitforschung, in dem es um Ergebnisse zum Versorgungsbedarf, basierend auf der Patientinnenbefragung sowie auf den Falldokumentationen der Ersten Hilfe, sowie um die Wirkungen der Schulungen beim Pflegepersonal bzw. der Fortbildungen bei der Ärzteschaft geht. (us)

HILDEGARD HELLBERND, PETRA BRZANK, KARIN WIENERS, ULRIKE MASCHESKY-SCHNEIDER: *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm, September 2003, 181 Seiten. Bezugsadresse: Broschürenstelle des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53107 Bonn, Tel: (01 80) 5 32 93 29, E-Mail: broschuerenstelle@bmfjsfj.bund.de*

Buchtipps

MARY ANN DUTTON: *Gewalt gegen Frauen, Diagnostik und Intervention, Verlag Hans Huber, Bern, 2002, 256 Seiten, ISBN 3-456-83633-3, 29,95 Euro*

Impressum

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

ISSN: 1438-6666

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

Redaktion: Thomas Altgeld, Bärbel Bächlein, Claudia Bindl, Iris Bunzendahl, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter, Tania-Aletta Schmidt, Ute Sonntag, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Maria Beckmann, Myria Böhmecke, Andrea Buskotte, Harald Dressing, Peter Gass, Thomas Grüner, Ilse Hilliger, Monika Hommes, Volckert John, Ludger Jungnitz, Petra Klečina, Prof. Dr. Christina Krause, PD Christine Kühner, Hans-Joachim Lenz, Karin Loos, Sigrid Maier-Knapp-Herbst, Lena Middendorf, Claire Moore, Prof. Dr. Hartmut Radebold, Prof. Dr. Herbert Scheithauer, Dr. Monika Schröttle, Beate von Eisenhart Rothe, Sigmar Walbrecht

Sekretariat: Marcin Czerwinski, Andrea Eins

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 46: 17. 01. 2005

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

Auflage: 6.000

Gestaltung: formfuersorge

Druck: Interdruck Berger

Erscheinungsweise: 4x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin/des Autors 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.



Beate von Eisenhart Rothe

Zehn Jahre Mobbingberatung

Die damalige Deutsche Angestellten Gewerkschaft in Göttingen (DAG), heute verdi, initiierte vor zehn Jahren mit profile, Büro für Organisationsberatung und Supervision, die erste professionelle Mobbingberatungsstelle. Es entwickelte sich eine fachliche Zusammenarbeit zwischen arbeitsrechtlicher und systemischer Konfliktberatung am Arbeitsplatz. Der spezielle Beratungsbedarf war unerwartet hoch.

Unter der Schirmherrschaft der Barmer Ersatzkasse Göttingen entstand das Modellprojekt ›Beratung für Mobbingbetroffene und Betriebe auf der Grundlage der Qualitätskriterien des VdAK‹. Es entstanden danach noch weitere Beratungsstellen in Hannover, Frankfurt/Main und Berlin in ähnlicher Kooperation. In Berlin unterstützte außerdem die Ärztekammer die Beratungsstelle. 1996/97 wurde die ›Seehofer Reform‹ umgesetzt. Mit der öffentlich populistisch geführten Diskussion über die ›Gesundheitskosten‹ wurde die Streichung der betrieblichen Gesundheitsförderung, die damals maximal 3% der Krankenkassenausgaben ausmachte, legitimiert. Die Finanzierung der Mobbingberatung durch die gesetzlichen Krankenkassen wurde ebenfalls gestrichen.

Bis heute konnten die Mobbingberatungsstellen in Kooperation mit Mobbing-net.de (Verein für Arbeitsschutz und Gesundheit durch systemische Mobbingberatung und Mediation e.V.) die Qualität der Arbeit trotz der finanziellen Erschwernis weiterentwickeln. Mobbing-net.de hatte sich 1999 gegründet, um der Mobbingberatung den notwendigen interdisziplinären Hintergrund für Qualität, Information und Aufklärung sowie praktischer Kooperation zu geben, aber auch Finanzierungsmöglichkeiten für Betroffene, die sich die Beratung nicht leisten können, herauszufinden.

Was ist das Besondere an der Arbeit?

Die systemische Analyse von Mobbinghandlungen eröffnet den Betroffenen individuelle Handlungsmöglichkeiten, die nach Bedarf praktisch begleitet werden. Das Ziel der Beratung ist es, die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und den Arbeitsplatz zu erhalten bzw. Voraus-

setzungen zu schaffen, die die Aufnahme eines neuen Arbeitsplatzes ermöglichen. Darüber hinaus sind die Mobbingberatungsstellen mit Unterstützung des Internets (www.mobbing-net.de) bestrebt, interdisziplinär mit den für die Fürsorge, Gesunderhaltung und den Arbeitsschutz der arbeitenden Menschen mitverantwortlichen Funktionsbereichen im Betrieb, sowie mit Organisationen und Verbänden außerhalb des Betriebes zusammen zu arbeiten, um die Integration von Betroffenen zu ermöglichen und Handlungsinstrumente präventiv und interaktiv im Betrieb zu entwickeln. Der Verein ›mobbing-net.de‹, in dem Mitglieder unterschiedlicher Professionen zusammen arbeiten, forciert den fachübergreifenden Austausch.

Voraussetzungen für die individuelle Beratung von Mobbingbetroffenen

Mobbing ist ein Problem der Arbeitswelt, der Unternehmenskultur und der Arbeitsorganisation. Es kann als Spiel verstanden werden, in dem der oder die Betroffene mitspielt und gleichzeitig diesem Spiel selber ausgeliefert ist. Mobbing zu begreifen bedeutet, die individuelle Perspektive durch eine betriebliche und soziale Perspektive zu ergänzen. Damit werden überlagerte Strukturen wie dynamische Strukturen (hinter den Kulissen), in denen die Beteiligten erst zu Mobbingakteuren werden, sichtbar. Wege aus der Mobbing-situation zu sehen ist möglich, wenn Betroffene die eigenen Anteile im Spiel erkennen können. Das gängige Opfer-Täter-Modell reproduziert die Mobbingstrukturen und führt in die ›Schuldfalle‹. Die strafrechtliche Verfolgung nimmt dem Betrieb seine Verantwortung ab, den Konflikt zu lösen und für eine faire Unternehmenskultur zu sorgen. Es vernebelt auch den Mobbingbetroffenen ihren Blick für die eigene Verantwortung.

Die Wege aus der Mobbing-situation sind individuell sehr unterschiedlich

Die individuelle Bearbeitung von Mobbing-situationen vollzieht sich zumeist unter einer interdisziplinären Sichtweise der Rechtswissenschaften, der Medizin sowie der Arbeitspsychologie

und handlungsorientierter Beratungsansätze. Hierbei ist besonderes Augenmerk auf die Qualität der Krankheitsentwicklung (durch die ›pathologischen‹ Kommunikationsstrukturen im Betrieb) zu legen. Die Lösungen für Betroffene sind unter diesem ganzheitlichen Aspekt sehr unterschiedlich, wenn auch manche Schritte dorthin sich ähneln.

BEATE V. EISENHART ROTHE, *profile*, Büro für Organisationsberatung und Supervision, Mobbingberatungsstelle, Jakobstr.4, 30163 Hannover, Tel.: (05 11) 62 55 62, E-Mail: Eisenhart-Rothe@Profile-Hannover.de

AK Häusliche Gewalt

Der Arbeitskreis (AK) Häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Niedersachsen hat Informationen und Arbeitshilfen für Ärztinnen und Ärzte zum Thema zusammengestellt. In dreistündigen Fortbildungen soll der Ärzteschaft in regionalen Veranstaltungen der Ärztevereine vor Ort das Thema näher gebracht werden. Schwerpunkt sind u.a.: Wie häufig kommt häusliche Gewalt vor? Was sind gesundheitliche Folgen von Gewalt? Warum verlässt eine Frau nicht einfach ihren gewalttätigen Mann? Wie kann mit einer Betroffenen in der ärztlichen Sprechstunde das Problem angesprochen werden? Umfängliche Adresslisten sollen Ärztinnen und Ärzte in die Lage versetzen, kompetent weiterzuweisen. Der AK Häusliche Gewalt stellt geschulte Referentinnen und Referenten zur Verfügung. (us)

Deutscher Präventionspreis

In unserer letzten Ausgabe der *impulse* 44 hat sich leider ein redaktioneller Fehler eingeschlichen. Die korrekte Internetadresse zum Deutschen Präventionspreis lautet: www.deutscher-praeventionspreis.de.



Myria Böhmecke

Verbrechen im Namen der Ehre an Mädchen und Frauen

Jährlich werden nach einer Studie des UN-Weltbevölkerungsberichtes ca. 5.000 Mädchen und Frauen in mindestens 14 Ländern, darunter Pakistan, Jordanien und der Türkei, im Namen der Ehre ermordet. Die Dunkelziffer ist allerdings sehr viel höher, weil die wenigsten Fälle vor Gericht gebracht werden. Häufig wird der Mord als Unfall oder Selbstmord getarnt, außerdem mischen sich Außenstehende in den seltensten Fällen ein: die Bereinigung der Familienehre wird als Familiensache angesehen, auch die Polizei schaut häufig weg. Die Täter haben mit geringen Strafen zu rechnen, wenn sie überhaupt gefasst und verurteilt werden. In einigen Ländern wie z.B. Jordanien und Pakistan existieren spezielle Gesetze, die eine starke Strafmilderung oder sogar Freispruch für ›Ehrenmörder‹ ermöglichen. Diese Gesetze gelten allerdings nur für Männer. Frauen, die einen männlichen Verwandten töten, haben mit langen Gefängnisstrafen oder der Todesstrafe zu rechnen.

Verbrechen im Namen der Ehre sind kein religiöses Phänomen, da keine Religion diese schweren Menschenrechtsverletzungen legitimiert oder gar vorschreibt. Auch in Deutschland geschehen Verbrechen im Namen der Ehre innerhalb von Migrantenfamilien.

Gründe und Ursachen

In vielen traditionell patriarchalischen Gesellschaften ist die Ehre der gesamten Familie abhängig vom keuschen Verhalten der weiblichen Familienangehörigen. Verhält sich ein Mädchen oder eine Frau nicht dem traditionellen Frauenbild gemäß keusch und zurückhaltend, hat sie nachhaltig die Ehre der gesamten Familie verletzt. Kaum ein Verhalten ihrerseits kann die Ehre der Familie danach wiederherstellen. Nur der Mord oder die Verstoßung der ›Schuldigen‹ würden die Familienehre bereinigen. Dabei genügt der kleinste Anlass, um die Ehre der Familie in Gefahr zu bringen: es reicht aus, wenn ein Mädchen einem Fremden zulächelt oder auch nur das Gerücht aufkommt, dass eine Frau ein außereheliches Verhältnis hat. Daher werden Mädchen und Frauen streng überwacht, Verstöße gegen die Unterordnung der Frauen

werden mit Misshandlung und Verstoßung, schlimmstenfalls mit dem Tod geahndet.

Die Männer haben in patriarchalischen Gesellschaften die Aufgabe, auf ihre weiblichen Familienangehörigen aufzupassen. Gelingt ihnen dies nicht, trifft die Schande in erster Linie sie. Daher sind sie diejenigen, die die Familienehre notfalls mit Gewalt wiederherstellen müssen. Männer sind dabei Täter wie Opfer zugleich, da häufig minderjährige Brüder der Frau vorgehoben werden, die jeweilige Tat zu begehen. Der gesellschaftliche Druck ist dabei so groß, dass auch sie sich häufig nicht entziehen können. Frauen sind oftmals an der Tatvorbereitung beteiligt, die eigentliche Tat jedoch wird von den Männern ausgeführt.

Ehrverbrechen in Deutschland

Auch in Deutschland haben Migrantinnen unter Gewalt im Namen der Ehre zu leiden. In einer neuen und ungewohnten Umgebung halten die Familien häufig besonders stark an Traditionen und Wertvorstellungen fest und versuchen, sich von der Umwelt abzugrenzen. Insbesondere die Frauen sollen nicht mit der teilweise als verwerflich wahrgenommenen Umwelt in Kontakt kommen, um die Familienehre zu gefährden.

Es bilden sich so genannte Parallelwelten, in denen die Familien aus dem jeweiligen Kulturkreis zusammenleben, sich von ihrer Umwelt abgrenzen und die Verbindung zu der Heimat aufrecht erhalten. Junge Frauen stehen häufig zwischen zwei Welten, weil sie zum einen ihrer Familie gerecht werden wollen und müssen, zum anderen weil sie sich der neuen Umwelt anpassen möchten und wie jede andere junge Frau leben wollen. Dies wiederum führt zu Konflikten mit der Familie, die die neuen Lebensgewohnheiten der Frau oder des Mädchens nicht akzeptieren wollen.

Genauere Zahlen, wie viele Mädchen und Frauen im Namen der Ehre in Deutschland unterdrückt, misshandelt, zwangsverheiratet oder sogar ermordet werden, existieren bisher noch nicht. Es kann aber von einer relativ hohen Dunkelziffer ausgegangen werden, da

sich nur die wenigsten trauen, sich gegen die patriarchalische Gewalt aufzulehnen und Hilfe von außen zu suchen.

Die neue Jahreskampagne 2004/2005 von TERRE DES FEMMES ›NEIN zu Verbrechen im Namen der Ehre‹ hat sich zum Ziel gesetzt, gegen Verbrechen im Namen der Ehre vorzugehen. Im Rahmen der Kampagne soll zum einen die Öffentlichkeit sensibilisiert werden, weil dieses Problem nahezu unbekannt ist. Zum anderen sollen konkrete Präventionsmaßnahmen (u. a. Schulungen für Lehrkräfte, Polizei etc., Schaffung von speziellen Schutzeinrichtungen) gefordert und Betroffenen geholfen werden. Im Rahmen der zweijährigen Kampagne kann außerdem eine Wanderausstellung zum Thema ausgeliehen und ein Theaterstück der Interkulturellen Bühne angefordert werden.

MYRIA BÖHMECKE, TERRE DES FEMMES – Menschenrechte für die Frau e. V.,
Tel.: (0 70 71) 79 73-0, E-Mail:
tdf@frauenrechte.de, www.frauenrechte.de

Bedrohung Brustkrebs – Allheilmittel Mammografie?

Ab 2005 sollen alle Frauen von 50 bis 69 Jahren alle zwei Jahre zum ›Mammografie-Screening‹ eingeladen werden. Ärzteschaft und Politik erhoffen sich davon einen Rückgang der Sterbefälle um 25 Prozent. In anderen Worten und realistischer ausgedrückt: Nur noch sechs statt acht von 1.000 Frauen würden in einem Zeitraum von zehn Jahren an Brustkrebs sterben. Das heißt: Zwei von 1.000 Frauen würden von der Früherkennungsmammografie profitieren.

Die Broschüre ›Brustkrebs Früherkennung – Informationen zur Mammografie – eine Entscheidungshilfe‹, vom ›Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit‹ herausgegeben, bietet erstmals eine ausgewogene Grundlage für eine informierte Entscheidung. Sie will einen Wandel im Umgang mit Patientinnen und Verbraucherinnen einleiten. Sie liefert erstmals in Deutsch-

land umfassende Informationen, damit Frauen besser entscheiden können, ob sie zur Mammografie gehen oder nicht.

Die Broschüre beschäftigt sich mit den unterschiedlichen Formen von Brustkrebs und beschreibt, was die Mammografie leisten kann und was nicht. Beispielsweise wird die Mammografie vielfach mit ›Vorsorge‹ gleichgesetzt. Doch kann sie den Brustkrebs nicht verhindern, sondern sie entdeckt ihn früher. Auch konnte bisher keine Studie belegen, dass durch Screening weniger invasive Operationen und Therapien nötig sind.

Die wissenschaftliche Beratung bei der Erstellung des Textes übernahm die Hamburger Gesundheitswissenschaftlerin und Ärztin Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser, die in einem Interview ausführlich zu Wort kommt. Die Wissenschaftsjournalistin Dr. Eva Schindele übersetzte komplexe wissenschaftliche Fakten in knappe Informationen für Nicht-Medizinerinnen und ließ Frauen auch selbst über Ängste, Hoffnungen und Zweifel sprechen. Die Finanzierung der 34-seitigen Broschüre übernahm die Gmünder Ersatzkasse.

Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit (Hrsg.): ›Brustkrebs Früherkennung – Informationen zur Mammografie – eine Entscheidungshilfe, 34 Seiten, Bezug von Einzelexemplaren: bitte mit einem frankierten DIN A-5-Rückumschlag (selbst klebend), versehen mit 0,77 Euro, eigener Anschrift und dem Hinweis ›Büchersendung‹, senden an: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Fensckeweg 2, 30165 Hannover

Kostenlose Exemplare können bei den Betreuungsstellen der GEK (Gmünder Ersatzkasse) abgeholt werden. Über die Adressen der Stellen vor Ort informiert die GEK unter: www.gek.de oder über Telefon: 0800-43 54 636

Informationen über das Nationale Netzwerk und die Broschüre zum Herunterladen finden Sie unter www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de

Männergesundheit im Internet

Zwischen Patientenkommunikation und Kommerzialisierung

Das Thema Männergesundheit wird bisher überwiegend von der Schulmedizin aufgegriffen, als medizinisches Problem dargestellt und gewinnbringend vermarktet. Der Gesundheitsmarkt bedient sich dabei hauptsächlich der klassischen Massenmedien wie Rundfunk, Fernsehen und Printmedien, um die Zielgruppe Männer anzusprechen und mit entsprechenden Produkten zu versorgen. Die Etablierung beispielsweise des Themas erektile Dysfunktion als Thema Nummer Eins im Zusammenhang mit Männergesundheit hat gezeigt, wie erfolgreich diese Form der Kommunikation für die Verbreitung von Gesundheitsbotschaften ist.

Mit der zunehmenden Digitalisierung der mediengestützten Kommunikation gewinnt insbesondere das Internet als Massenmedium für die Verbreitung von Gesundheitsinformationen an Bedeutung. Das Internet eröffnet ebenfalls Möglichkeiten für ›neuartige kommerzielle Angebotsformen (eCommerce) und neue Gestaltungsmöglichkeiten für die produktbezogene Werbung‹ (BMW 2003:71). Damit nimmt das Internet als Massenmedium für die Männergesundheit eine zentrale Rolle ein, wenn es darum geht, Gedanken der Gesundheitsförderung, wie z. B. des Empowerments oder der Partizipation, Vorschub zu leisten. Gleichzeitig dient es aber auch der Kommerzialisierung des Themas.

Angebote zur Männergesundheit im Internet

Eine aktuelle Untersuchung zum Thema Männergesundheit bestätigt die zuvor benannten Entwicklungen: Mithilfe eines Fragenkataloges wurden 46 männerspezifische Webauftritte schwerpunktmäßig auf Anbieter, thematische Inhalte und kommerzielle Merkmale hin analysiert. 55 % aller Betreiber von männerspezifischen Webauftritten sind demnach Ärzte und Pharmaunternehmen. 88 % dieser Webauftritte beinhalten Angebote der eigenen Dienstleistungen oder Produkte und dienen vorrangig Marketingzwecken. Dabei werden überwiegend medizinische Themen (83 % aller Webauftritte) aufgegriffen. Die häufigsten Einzelthemen sind erektile Dysfunktion, Wechseljahre

des Mannes sowie Hormonmangel/-substitution/-therapie, gefolgt von den Themen Sexualität und Sport/ Bewegung. Alles Themen, die aus sozialmedizinischer Sicht nur eine untergeordnete Bedeutung für die Gesundheit der männlichen Bevölkerung haben. Lediglich das Themenfeld Prostatakrebs und Prostatabeschwerden greift ein, auch aus sozialmedizinischer Sicht, wichtiges Thema auf.

Auffällig ist, dass die im Internet kommunizierten Themen einen engen körperlich-medizinischen Bezug aufweisen und vorrangig in diesem engen Rahmen thematisiert werden. Dies ist bei einem Thema wie Prostatabeschwerden oder -krebs nachvollziehbar, führt aber bei Themen wie der erektilen Dysfunktion, wo neben organischen Ursachen auch psychosoziale Hintergründe eine Rolle spielen, zu einer einseitigen Betrachtungsweise. Themen mit immanent psychosozialen Bezügen, wie z. B. die alkoholische Leberkrankheit (eine der Haupttodesursachen deutscher Männer!), werden auf den untersuchten Internetpräsenzen gänzlich ausgeklammert.

Ein Blick auf die Produktpalette und die entsprechenden Absatzzahlen lässt die Hintergründe erahnen, worauf es den Pharmaunternehmen bei der Themenauswahl für die Webauftritte ankommt. Eine von Hautzinger (2003) durchgeführte Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Pharmaunternehmen dem Internet als Kommunikations- und Marketinginstrument einen hohen Stellenwert für die Zukunft einräumen und insbesondere die Kommunikation mit dem Patienten über dieses Medium als wichtig erachten. Die Kommunikation mit dem Patienten spielt auch für Ärzte eine zunehmende Rolle. Im Bereich Männergesundheit sind es überwiegend niedergelassene Urologen, die sich und ihre Praxis im Internet vorstellen und dabei dieselben Themenfelder wie die Pharmaindustrie kommunizieren. Hier spielen insbesondere ›Individuelle Gesundheitsleistungen‹ (IGeL) eine wichtige Rolle bei der Themenauswahl.

Als Anbieter ›exotischer Randthemen‹ kann die kleine Gruppe der nicht-kommerziellen Einrichtungen und

Angelika Maasberg

Schule in Bewegung – ein Beitrag zur Gewaltprävention an Schulen?

Privatpersonen bezeichnet werden. Hierbei handelt es sich um insgesamt neun Webauftritte (entspricht ca. 20 % der untersuchten Webauftritte), die sich u. a. auf politische, soziologische und psychologische Themen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit von Männern konzentrieren.

Effektive Gesundheitskommunikation versus Kommerzialisierung

Gesundheitsbotschaften sind insbesondere dann effektiv, wenn Werte und Normen der Zielgruppe bei der Vermittlung berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund stellen die untersuchten Webauftritte der Pharmaindustrie durchaus gelungene Beispiele einer erfolgreichen Gesundheitskommunikation dar, wie z. B. www.der-gesunde-mann.de oder www.man-intakt.de. Inwiefern dagegen Internetpräsenzen mit rein psychosozialen oder soziologischen Themenschwerpunkten, die die Bilder von Männlichkeit beleuchten und hinterfragen, überhaupt von an Gesundheitsthemen interessierten Männern rezipiert werden, ist fraglich.

Eine aus Sicht der Gesundheitsförderung effektive Gesundheitskommunikation sollte jedoch nicht dazu führen, dass Themen sehr einseitig beleuchtet bzw. ganze Themenbereiche ausgeklammert werden, wie dies bei den Pharmaunternehmen der Fall ist. Eine dringliche Aufgabe in der männerspezifischen Gesundheitskommunikation besteht darin, der Dominanz der kommerziell geführten Kommunikation eine Alternative entgegenzusetzen. Dabei müssen die Möglichkeiten und Grenzen, die das Internet für eine erfolgreiche Gesundheitskommunikation bietet, optimal genutzt werden, um es gezielt einsetzen zu können.

VOLCKERT JOHN, *Greifswalder Str. 39, 10405 Berlin, Tel.: (030) 48 62 20 85, E-Mail: v.john@gmx.net*

Die zweite niedersächsische Fachtagung ›Was Schule bewegt‹ am 5. 10. 2004 machte u. a. den Zusammenhang zwischen Bewegung und Gewaltprävention zum Thema. Herr Prof. Dr. Pilz von der Universität Hannover wies in seinem Vortrag ›Schule in Bewegung – Ein Beitrag zur Gewaltprävention an Schulen?‹ darauf hin, dass Schule selbst häufig Gewalt erzeugt und vieles von dem, was an Gewalt innerhalb, oft auch außerhalb der Schule beklagt wird, durchaus auch hausgemacht ist. Sie wird in der und durch die Schule, durch schulische Strukturen erzeugt und kann und sollte entsprechend auch schulintern behoben werden.

Die statistischen Zahlen sprechen für sich: Etwa 30–50 % Grundschüler und -schülerinnen haben bei Schuleintritt Haltungsschwächen. Am Ende des zweiten Schuljahres werden – infolge schulischen Sitzzwanges – bereits bei 70 % der Grundschüler Haltungsschwächen diagnostiziert. Unter den Heranwachsenden haben 40–60 % Haltungsschwächen, 20–30 % ein leistungsschwaches Herz-Kreislauf-Atmungssystem, 30–40 % Koordinationsschwächen, 20–30 % Übergewicht, ca. 15 % ein auffälliges psychosoziales Verhalten, Tendenz steigend! Andererseits ›störende‹ ›hyperaktive Kinder‹, werden zunehmend Gewaltbereitschaft und Vandalismus in den Schulen beklagt. Bei einer Befragung von Lehrkräften und Schulleitungen zu Ursachen für Gewaltreaktionen der Schülerinnen und Schüler wurden unter anderem Aggressionsstau durch zu langes Sitzen (78,9 % Lehrkräfte, 65,8 % Schulleitungen), Langeweile in den Pausen (68,3 %/65,4 %) sowie schlecht gestaltete Schulhöfe (57,1%/61%) genannt.

Auch in aktuellen Untersuchungen über Ursachen und Motive von Gewalt wird immer wieder auf das Phänomen der Suche nach Action, Spannung, Ausleben von Körperlichkeit hingewiesen. Dahinter verbirgt sich das immer gravierender werdende Problem des zivilisations- und gesellschaftsbedingten erlebnis-, spannungs- und abenteuerarmen Alltags. Pilz kommt zu dem Fazit, dass in dem Maße, wie die Qualität einer Schule positiv entwickelt ist, Schule auch weniger Gewaltprobleme

verzeichnet, z. B. durch

- eine offene Kommunikationsstruktur zwischen allen beteiligten Gruppen,
- eine gute Schulraumqualität, die es erlaubt, sich in der Schule wohl zu fühlen,
- die Gesundheit aller Beteiligten ein Thema im Schulalltag darstellt,
- interessante Lern- und Freizeitangebote über den Unterricht hinaus und Partizipationsmöglichkeiten für die Schülerinnen, Schüler, Eltern und Lehrkräfte

Der Beitrag von Dr. Suermann machte deutlich, dass Bewegung noch in weiterer Hinsicht eine große Bedeutung hat: Viel Bewegung macht Kinder schlau! Motorisch gut ausgebildete Kinder sind konzentrierter. Dies konnte in der CHILT-Studie der Sporthochschule Köln (Dr. Chr. Graf) eindrucksvoll belegt werden. Allerdings ist die heutige Bewegungswelt unserer Kinder vielerorts zur Sitzwelt geworden: In einem Bewegungstagebuch über 7 Tage bei 1.000 Kindern im Alter von 6–10 Jahre bewegten sich die Kinder im Schnitt pro Tag 1 Stunde (davon nur 15–30 Minuten intensiv). Den Rest des Tages verbrachten die Kinder mit Liegen (9 Std.), Sitzen (9 Std.) und Stehen (5 Std.). Im Modellprojekt ›Fit für PISA‹, das an insgesamt 4 Göttinger Grundschulen gestartet wurde, soll geprüft werden, ob durch Einführung einer täglichen Sportstunde die medizinischen Daten, Fitness- und Motoriktests sowie Befindlichkeit der Schulkinder günstig beeinflusst werden.

Die gute Resonanz der Tagung zeigte deutlich, dass ein großer Bedarf darin besteht, das Thema Gesundheitsbildung in Schulen weiter zu verankern. Die Veranstaltung richtete sich an Lehrerinnen und Lehrer allgemeinbildender Schulen, Fachkräfte für Ernährung und Bewegung, hauswirtschaftliche Lehrkräfte, Sportlehrkräfte, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Übungsleiterinnen und -leiter sowie Interessierte.

Die Tagungsdokumentation, Vorträge, Ideen und Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppen sind im Internet unter www.gesundheit-nds.de/veranstaltungen/tagungsberichte/index.htm nachzulesen.



Karin Loos, Sigmar Walbrecht

SPuK – Sprache und Kultur

Seit Juli 2002 erprobt die von der EU geförderte Equal-Entwicklungspartnerschaft ›SPuK‹ eine Reihe von Maßnahmen, um Strukturverbesserungen in der Gesundheitsversorgung von Asylbewerberinnen und -bewerbern zu erreichen. Ziel ist, die Beschäftigungsfähigkeit dieser Zielgruppe zu sichern bzw. wiederherzustellen. Gleichzeitig wird mit einem Qualifizierungsangebot für Asylsuchende zu Sprach- und Kulturmittlern und -mittlerinnen nicht nur eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung angestrebt, sondern auch die Beschäftigungsmöglichkeit durch ein neues Tätigkeitsfeld erweitert.

Interdisziplinäre Beratungsstelle Gesundheit

Die Beratungsstelle beim niedersächsischen Flüchtlingsrat bietet regelmäßige Vernetzungsforen zu Themen an, die die Gesundheitssituation von Flüchtlingen betreffen. Die Foren fördern den persönlichen Austausch auf Seiten der involvierten Expertinnen und Experten aus den Fachdisziplinen Medizin, Jura, Psychologie und Sozialarbeit. Neben Informationen und Vermittlung, z. B. über Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern arbeiten oder in englisch, französisch oder türkisch Therapie anbieten können, wird eine regelmäßige telefonische Rechtsberatung zu gesundheitsbezogenen Fragen angeboten. Dabei spielt auch die Frage der Aufenthalts-sicherheit für kranke Flüchtlinge eine Rolle.

Die mangelhafte psychotherapeutische/psychosoziale Versorgung für Flüchtlinge – Asylsuchende haben oft durch die Erlebnisse der Flucht und die Lebensbedingungen während des Asylverfahrens einen besonderen Bedarf an psychosozialer und psychotherapeutischer Versorgung – ist auch Gegenstand des SPuK Teilprojekts ›Multiplikatoren-schulung‹. Es bietet mit dem Verein niedersächsischer Bildungsinitiativen (VNB) und der Ärztekammer Niedersachsen zielgerichtet Fortbildungen zu Themen wie ›Erkennung von Psychotraumata‹ oder ›Psychotherapie mit Flüchtlingen‹ an.

Verbesserung der gesundheitlichen Erstberatung und -untersuchung

Es besteht ein Bedarf an Erstuntersuchungen, die auf die individuellen Bedürfnisse von Asylsuchenden eingehen und auch ihrem Bedarf an Aufklärung über das Gesundheitssystem Rechnung tragen. Hierdurch können individuelle Nachteile ebenso wie gesellschaftliche Kosten durch unnötige Wege und Mehrfachbehandlungen gesenkt werden. Zudem kann erreicht werden, dass Möglichkeiten von Prävention, Vorsorge und frühzeitiger Behandlung durch die Zielgruppe besser genutzt werden.

Asylsuchende sind aufgrund mangelnder Informationen häufig nicht ausreichend über die Möglichkeiten ihrer gesundheitlichen Versorgung informiert, was zu Verunsicherungen und anhaltender Fehlversorgung führt. Beispielsweise wurde im Rahmen der von der Universität Osnabrück erstellten Regionalanalyse mehrfach davon berichtet, dass statt des hausärztlichen Dienstes die Notaufnahme in Krankenhäusern in Anspruch genommen wurde. Aufgrund des beobachteten Mangels an Informationen über das deutsche Gesundheitssystem baute die Entwicklungspartnerschaft SPuK den Kontakt mit dem Gesundheitsamt Bremen auf, in dem es gute Erfahrungen mit der frühzeitigen gesundheitlichen Versorgung und Beratung von Asylsuchenden gibt. Das Programm des Bremer Gesundheitsamtes zur Gesundheitserstuntersuchung besteht aus einem kombinierten ärztlichen Erst- und Folgeuntersuchungsangebot in den Gemeinschaftsunterkünften von Flüchtlingen und Aussiedlern und bietet eine sinnvolle Alternative zum niedersächsischen Verfahren.

Durch eine kontinuierliche Evalua-

tion kann der Einspareffekt des intensiven Gesundheitsprogramms verdeutlicht werden. Durch frühzeitige medizinische Grundversorgung, die Einbeziehung verschiedenster gesundheitsrelevanter Faktoren (wie z. B. Unterkunftssituation, Hygiene in den Unterkünften, Verfahren und Form der Ernährung) und das besondere Eingehen auf Probleme von Teilgruppen werden Kosten im ambulanten wie auch stationären Bereich eingespart, z. B. durch den Abbau von kostenintensiven Mehrfachbehandlungen, überhöhten Medikationsverordnungen, Notarzteinsätzen oder stationären Aufnahmen.

Im Gegensatz dazu dient die derzeit in Niedersachsen wie in den meisten Bundesländern praktizierte Gesundheitserstuntersuchung bei Erstaufnahme vor allem dem Prinzip der Gefahrenabwehr von der bereits hier lebenden Bevölkerung (Seuchenabwehr). Ein Paradigmenwechsel zugunsten der Gesundheit der Zuwanderinnen und Zuwanderer ist für Niedersachsen unverzichtbar und machbar, denn die zentrale Aufnahme von Asylsuchenden (und auch Aussiedlerinnen und Aussiedlern) bietet eine realistische Chance, allen Personen dieser Gruppe die notwendigen allgemeinen Informationen und eine umfassende gesundheitliche Beratung zugänglich zu machen.

KARIN LOOS, SIGMAR WALBRECHT, *Interdisziplinäre Beratungsstelle Gesundheit, Nds. Flüchtlingsrat, Langer Garten 32 C, 31141 Hildesheim, Tel.: (051 21) 10 26-86, Fax: (051 21) 10 26-87, E-Mail: gesundheit@nds-fluerat.org*

Maria Beckmann

Die Blindgänger

Eigentlich will man ja mit vielen Menschen Kontakt bekommen, aber wenn sie schon auf den ersten Blick anders sind als man selbst, ist man verunsichert oder hat vielleicht sogar Angst. So werden viele Behinderte ausgegrenzt, auch von Menschen, die ihnen eigentlich gar nichts Böses wollen. Vorurteile und/oder Klischees in den Medien tragen auch nicht unbedingt zum Aufbau eines



Niedersächsische Landesagentur Generationendialog

Seit Juli 2001 wird bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. der Themenschwerpunkt ›Freiwilliges Engagement für Alt und Jung‹ durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit gefördert. In den letzten drei Jahren wurden im dazu eingerichteten Koordinierungsbüro u. a. eine umfangreiche Projektdatenbank (vgl. impulse 39/2003) von Freiwilligen-Projekten in Niedersachsen aufgebaut, regionale Netzwerke inhaltlich und organisatorisch beraten und unterstützt sowie vielfältige Veranstaltungen und Fachtagungen durchgeführt.

Seit August 2004 wird das Projekt unter dem neuen Namen ›Niedersächsische Landesagentur Generationendialog‹ für weitere drei Jahre fortgeführt. Zukünftig soll besonders das freiwillige Engagement mit dem Schwerpunkt Generationendialog vernetzt und gefördert werden. Ansatzpunkt hierzu sind die seit 2003 mit öffentlichen Mitteln geförderten Mehrgenerationenhäuser. Die Beratung von Kommunen, Vermittlungseinrichtungen, Initiativen und Trägerorganisationen sowie die gemeinsame Gestaltung und Durchführung von Fachveranstaltungen mit Kooperationspartnern bildet weiterhin den anderen Schwerpunkt des Projektes.

Im Internet ist die Niedersächsische Landesagentur Generationendialog ab sofort unter der neuen Adresse www.generationendialog-niedersachsen.de zu erreichen. (bb/ib)

Weitere Informationen bei BÄRBEL BÄCHLEIN, Tel.: (05 11) 3 88 11 89-6 und IRIS BUNZENDAHL, Tel.: (05 11) 3 88 11 89-4, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., Anschrift s. Impressum

Dialoges bei. Um so wichtiger, dass es auch Filme für Kinder und Jugendliche gibt, die helfen, Schwierigkeiten zu überwinden, indem sie unbekannte Lebenswirklichkeiten vermitteln.

Der Film ›Die Blindgänger‹ erzählt mit ausdrucksstarken Bildern und sparsamer Dialogverwendung sensibel eine Geschichte um Freundschaft, erste Liebe, aber auch über den Alltag blinder Jugendlicher. Nicht mehr Kind, noch nicht erwachsen sind Marie und Inga auf der Suche nach neuen, selbstständigen Wegen durchs Leben. Herbert ist dagegen auf der Suche nach seinen Wurzeln, die er im verheißenen gelobten Land Deutschland nicht findet, aber in der alten Heimat Kasachstan wiederzufinden glaubt. Im Mittelpunkt steht nicht die Behinderung, der Ausländer oder die Straftaten, sondern der Mut und Witz, wie diese jungen Menschen Probleme meistern und sich ein Stück weiter Richtung Erwachsensein arbeiten. So ist auch das Ende nicht märchenhaft glatt sondern bleibt offen mit den Wünschen und Sehnsüchten, aber auch vielen Hoffnungen der jungen Menschen.

Bestechend ist sowohl das Spiel der blinden Mädchen wie auch der Einsatz von Kameraführung und Licht. Ganz nebenbei spürt man durch die Verbundenheit mit den Hauptdarstellerinnen, mit welchen Alltagsproblemen Blinde zu kämpfen haben. So möchte sich Inga z. B. gerne die Haare rot färben. Sie kann nur den Worten der Verkäuferin vertrauen, dass sie wirklich rote Haarfarbe gekauft hat, auf der Packung steht kein für sie lesbarer Hinweis. Nicht zuletzt ist die Verwendung der Musik von zentraler Bedeutung. Maries Lied über Liebe, Sehnsucht und Geborgenheit wird am Ende zur Botschaft, die viele Kinder und Jugendliche ansprechen wird.

Ein gemeinsamer Kinobesuch von ›Guckis‹ und Blinden ist bei diesem Film sehr gut möglich, da es eine Kinofassung mit Audiodeskription gibt. Bitte fragen Sie bei Ihrem Kino nach den besonderen Konditionen für Schulklassen. Im Anschluss an den Kinobesuch haben alle mit Sicherheit reichlich Gesprächs- und Diskussionsstoff – vielleicht ja sogar in einem selbstgemachten ›Dunkelcafé‹.

Kostenloses Begleitmaterial stellt das Institut für Kino und Filmkultur im Internet zur Verfügung: www.filmkultur.de/filme/blindgaenger.html

MARIA BECKMANN *Niedersächsisches Landesamt für Lehrerbildung und Schulentwicklung (NiLS), Richthofenstr. 29, 31137 Hildesheim, Tel. (051 21) 1 69 53 12, E-Mail: Beckmann@nils.nibis.de*

ŞEKERLE SAĞLIKLI YAŞAM – Mit Diabetes gut leben

In Niedersachsen leben über 30.000 türkischsprachige Menschen, die an Diabetes mellitus erkrankt sind. Viele von ihnen wissen nicht, dass sie an einer Krankheit leiden, die schwere Folgen wie Erblindung, Nierenversagen oder Amputationen nach sich ziehen kann. Der Deutsche Diabetiker Bund Landesverband Niedersachsen, das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover und die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen haben jetzt den ersten Diabetes-Patientenwegweiser in türkischer Sprache herausgegeben. Er klärt über das Krankheitsbild auf (›Selbstcheck‹), geht auf die wichtigsten medizinischen Werte, etwa den Blutzucker, ein und zählt die möglichen Folgeerkrankungen auf. Wichtig ist zudem der Hinweis, welche Behandlungsmethoden einem Diabetiker und einer Diabetikerin in der Hausarzt- und Facharztpraxis zur Verfügung stehen. So können sich Patienten und Patientinnen in Niedersachsen seit dem Jahr 2002 in ein Disease-Management-Programm Diabetes mellitus-Typ 2 (strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch Kranke) einschreiben, in dem Betroffene nach festgesetzten Leitlinien behandelt werden. (bb)

Die Broschüre kann gegen einen frankierten Rückumschlag (55 Cent) bei der Landesvereinigung für Gesundheit (Anschrift siehe Impressum) angefordert werden und steht als Download im Internet unter www.gesundheit-nds.de -> Veröffentlichungen -> Medienliste

Herbert Scheithauer

Miteinander, Respekt, Zivilcourage – fairplayer

Die WHO hat in ihrem Bericht ›World Report on Violence and Health‹ von 2002 darauf hingewiesen, dass Gewalt ein Thema der Öffentlichen Gesundheit (Public Health) ist. Gewalt führt nicht nur zu Verletzungen einzelner Individuen, sondern schwächt auch die Gesellschaft und ist verknüpft mit zahlreichen negativen gesundheitlichen Folgen, wie z. B. Unfälle, Stress und psychische Beeinträchtigungen.

Das Programm der im September 2003 von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen, des Landeskriminalamtes Bremen und der Freien Universität Berlin gegründeten Initiative ›fairplayer‹ zielt auf die Primärprävention von Gewalt und Bullying (bestimmte Form von Gewalt unter Schülerinnen und Schülern). Grundlegendes Ziel ist die Förderung zivilcouragierten Handelns junger Menschen im Alter von 11–21 Jahren. ›fairplayer‹ sind Menschen, die hinsehen und handeln, die sich für Schwächere und gegen Gewalt einsetzen.

Beteiligte

In bis zu 2/3 aller Fälle von Bullying und Gewalt an Schulen sind mehrere Personen beteiligt, das heißt, dass es sich oftmals um einen Prozess handelt, in dem sich unterschiedliche Gruppen von Schülern bzw. Schülerinnen unterscheiden lassen. Dabei lässt sich eine Gruppe identifizieren, die über Ressourcen verfügt, einzugreifen (z. B. hohes Ansehen in der Peergroup), dies jedoch aus unterschiedlichen Gründen nicht tut. Verschiedene Ansätze helfen zu verstehen, warum in solchen Situationen nicht eingegriffen wird und bieten Möglichkeiten für präventive Strategien.

Ziele

Die Maßnahmen und Aktionen des Programms ›fairplayer‹ sollen langfristig zunächst diese ressourcenstarken, dann aber auch andere Jugendliche auf der Einstellungs- und Handlungsebene positiv beeinflussen und sie zum zivilcouragierten Handeln, zum Eingreifen, motivieren. Zudem werden mit unterschiedlichen Maßnahmen die Opfer von Bullying und Gewalt angesprochen.

Angebote

Aufgrund einer höheren Wirksamkeit multimodaler Präventionen gegen Schulgewalt und Bullying setzt ›fairplayer‹ auf verschiedenen Ebenen an und macht vielfältige primärpräventive Angebote für Jugendliche – aber auch für Lehrkräfte sowie Eltern:

- Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Plakate, Auftritte in lokalen Printmedien, TV und Radio);
- Mehrsprachige Website www.fairplayer.de zur Verbreitung einzelner Maßnahmen und zum Austausch (z. B. Diskussionsforen);
- Bündelung lokaler Maßnahmenanbieter gegen Schulgewalt, inkl. des Angebotes qualitätsgesicherter, empirisch-evaluierter Maßnahmen und anonymer Hilfsangebote durch Kooperationspartner;
- Etablierung der (Bild-)Marke ›fairplayer‹, begleitet durch positive Besetzung der Themen Zivilcourage und Fairplay, durch Merchandising (Identifikationsfläche für Jugendliche).
- Einsatz von fairplayer-Botschaftern und -Botschafterinnen, bekannte Bremer Persönlichkeiten, Sportler und Sportlerinnen, Politikerinnen und Politiker sowie Bands, die die Grundsätze des Programms vertreten und multiplizieren;
- Maßnahmen, wie die regelmäßige Wahl von ›fairplayern des Monats‹ oder die altersgerechte Aufklärung über Opfer- und Nothelferrechte (z. B. in Form von Comics);
- Aktionen, die über einen Zeitraum von mehreren Jahren wiederkehrend die Jugendlichen ansprechen sollen, sich über Musik, Medien etc. mit dem Thema ›fairplay‹ kreativ in ihrer Gleichaltrigengruppe auseinandersetzen (z. B. Kreativwettbewerb ›lack mich‹, Filmwettbewerb, Mitarbeit bei primärpräventiven Schulprojekten des Landeskriminalamtes Bremen);
- Entwicklung von Lehrmaterialien zur Bearbeitung des Themas ›fairplay‹ in Schulklassen mit Hilfe von Empathietrainings, Rollenspielen und sozial-kognitiven Fertigkeitstrainings.

Perspektiven

Die Maßnahmen und Aktionen, die zurzeit einer Evaluation unterzogen werden, sollen langfristig zunächst die ressourcenstarken, dann auch andere Jugendliche auf der Einstellungs- und Handlungsebene positiv beeinflussen und sie zum zivilcouragierten Handeln, zum Eingreifen, motivieren. ›fairplayer‹ berücksichtigt dabei im Sinne eines Public Health Ansatzes unterschiedliche Ebenen und spricht neben den Ressourcen der Jugendlichen selbst auch das soziale (schulische) Umfeld, Lehrkräfte und Eltern sowie das breitere gesellschaftliche Umfeld an.

PROF. DR. HERBERT SCHEITHAUER, AB *Entwicklungswissenschaft & Angewandte Entwicklungspsychologie, FB Erziehungswissenschaft & Psychologie, Freie Universität Berlin, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Tel.: (0 30) 8 38-5 65 46, Fax: (0 30) 8 38-5 65 88, E-Mail: hscheit@zedat.fu-berlin.de*

Literatur beim Verfasser

Christina Krause

»Ich bin ich«

Welche Kompetenzen brauchen Kinder, um mit den Stressoren des Alltags gesundheitsförderlich umgehen zu können? Das war die Ausgangsfrage für die Entwicklung des Förderprogramms »Ich bin ich«. Damit Menschen Stressoren als Herausforderung erleben oder sie bewältigen können, müssen sie in der Kindheit Erfahrungen gemacht haben, zu denen nach Antonovsky die Erfahrung von Kontinuität und Konsistenz, die Teilhabe an Entscheidungsprozessen und das richtige Maß an Anforderungen zählt. Die Realität jedoch sieht eher so aus, dass diese positiven Erfahrungen für viele Kinder nicht möglich sind.

Stress durch Konflikte

Die Freizeit von Kindern wird heute von kommerziellen Angeboten und von den Medien ausgestaltet. Kinder spielen wenig gemeinsam, spielen wenig draußen und bewegen sich wenig. Da viele Kinder außerdem ohne Geschwis-

ter aufwachsen, haben sie bis zum Schulanfang kaum Möglichkeiten, das gemeinsame Aushandeln unter Kindern zu üben. Hinzu kommt, dass in vielen Familien das Fernsehen an die Stelle anderer gemeinsamer Aktivitäten tritt, im schlimmsten Falle besitzen Kinder ihren eigenen Fernsehapparat. Die Familienmitglieder verlieren die direkte und sprachliche Kommunikation.

Für lange Zeit ihres Lebens ist die Schulklasse ein bedeutsamer Entwicklungskontext der Kinder. In der Schule werden Konflikte in der Öffentlichkeit ausgetragen, Ausgrenzung wird so zu einer Demütigung von besonderer Tragweite, da es sich unter den Augen der anderen Kinder abspielt und dem Kind signalisiert wird, dass es weniger wert ist als andere Kinder. Grundschulkinder sind traurig oder haben Angst, wenn sie von anderen Kindern gehänselt, ausgeschlossen oder angegriffen werden.

Jedes zehnte Kind klagt schon in der ersten Klasse über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Bauchschmerzen, Erschöpfung und Appetitlosigkeit. Gewaltprävention sollte deshalb als Förderung der Kompetenzen zur Stressbewältigung konzipiert sein.

Gesundheitsförderliche Kommunikation – ein Schwerpunkt des Förderprogramms

Das Programm konzentriert sich auf fünf Schwerpunkte, denen die Themen der einzelnen Gesundheitsstunden zugeordnet sind. Diese werden in der Schulklasse mit allen Kindern erarbeitet, das gemeinsame Handeln der Kinder und die Akzeptanz jedes Kindes und seines Beitrages sind das wichtigste didaktische Prinzip. Die selbstwertstärkende Selbstreflexion und die gesundheitsförderliche Interaktion und Kommunikation sind zum Beispiel zwei dieser Schwerpunkte und werden mit folgenden Zielen in Gesundheitsstunden umgesetzt: Erkennen und Nutzen der eigenen Ressourcen, Entwicklung von Kommunikationsfähigkeiten und Üben von Möglichkeiten zur Konfliktlösung. Die Themen der dazu gehörenden Gesundheitsstunden (1. Schuljahr) bzw. Gesundheitstage (2.–4. Schuljahr) lauten:

- Im ersten Schuljahr: »Das bin Ich«, »Ich bin fröhlich«, »Manchmal bin ich traurig, manchmal bin ich froh«, »Ich habe Angst«.
- Im zweiten Schuljahr: »Manchmal bin ich froh, traurig, wütend oder ängstlich«, »Wie wir miteinander umgehen«.
- Im dritten Schuljahr: »Ich bin Ich«, »Wie wir Konflikte lösen«, »Ich bin ein Junge...Ich bin ein Mädchen«.
- Im vierten Schuljahr: »Ich fühle mich nicht wohl«, »Ich und meine Familie«.

Ergebnisse

Schulen aus Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern haben das Programm bisher unter Anleitung der Projektgruppe durchgeführt. Die BARMER Ersatzkasse fördert das Projekt im Zeitraum von 2001 bis 2005. Die Erfahrungen der Schulen sind unterschiedlich. Gut sind sie besonders dort, wo Gesundheitsförderung nicht das Anliegen einiger Enthusiasten unter den Lehrkräften bleibt, sondern die gesamte Schule sich das Ziel stellt, eine ›Gesunde Schule‹ zu werden. In den meisten Schulen konnte das Wohlbefinden der am Projekt beteiligten Kinder erhalten und gestärkt werden. Kompetenzen zur Stressbewältigung (zum Beispiel zum Umgang mit Misserfolg und sozialen Konflikten) wurden in den Gesundheitsstunden gelernt und erprobt. In Elternseminaren (pro Schuljahr zwei) konnten Mütter und Väter Kompetenzen zur Selbstwertstärkung ihrer Kinder erwerben und für die Gesundheitsförderung gewonnen werden. Die Erprobung und Evaluation des Materials für die Elternseminare wird 2005 abgeschlossen sein.

PROF. DR. CHRISTINA KRAUSE, *Pädagogisches Seminar der Georg-August-Universität Göttingen, Baurat-Gerber-Str. 4-6, Tel.: (05 51) 39 94 55, E-Mail: ckrause@gwdg.de*

Claire Moore

KUKT: Therapie- und Beratungsnetzwerk

Ein in Deutschland einmaliges Modellprojekt für von häuslicher Gewalt betroffene Frauen und Kinder ist das Therapie- und Beratungsnetzwerk KUKT. Das Interventionsprojekt, das an der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/ Wilhelmshaven (FH OOW) in Emden angesiedelt war, wurde von Oktober 2002 bis September 2004 maßgeblich von der Arbeitsgruppe für Innovative Projekte beim Ministerium für Wissenschaft und Kultur (AGIP) des Landes Niedersachsen gefördert. Andere Förderer waren u. a. die FH OOW, VW und die Stadt Norden. Am Projekt waren Claire Moore, Frauke Koppelin, Inge Harms-Wahlich, Myrian Lungershausen und Michaela Mührel beteiligt.

Drei Ziele waren handlungsleitend:

1. Die interdisziplinäre Struktur zu verbessern und damit von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen und Kinder bessere und effizientere Unterstützung und Hilfe zukommen zu lassen.
2. Aufzuzeigen, dass die tiefenpsychologisch fundierte Tanz- und Bewegungstherapie eine effektive therapeutische Alternative in der Behandlung von Traumata ist.
3. Durch Öffentlichkeitsarbeit das Thema häusliche Gewalt zu enttabuisieren und damit zu einer Verbesserung der Situation betroffener Frauen und Kinder beizutragen.

Die einzelnen Projektsäulen wurden in forschungsleitenden Fragen wissenschaftlich begleitet. Die Methoden umfassten dabei sowohl quantitative Instrumente wie psychologische Tests oder die Bewegungsanalyse, als auch qualitative wie Fragebögen, Interviews und Fallstudien.

Ein zentraler Schwerpunkt des Projektes lag in der unmittelbaren Arbeit mit betroffenen Frauen und Kindern in einem von der Stadt Norden mietfrei zur Verfügung gestellten Haus. Die Beratung durch drei Sozialarbeiterinnen/-pädagoginnen umfasste psychosoziale und traumazentrierte Beratung und Hilfestellung bei rechtlichen Fragen sowie die Begleitung zum Gericht, zur Polizei oder zu anderen Einrichtungen. Der Gesprächskreis verstand sich als Selbsthilfegruppe für von Gewalt

betroffene Frauen und wurde von einer Diplom-Psychologin moderiert. Die Therapiemethode der Wahl dieses Projektes war die von einer Psychologin und Tanz- und Bewegungstherapeutin durchgeführte tiefenpsychologisch fundierten Tanz- und Bewegungstherapie, gepaart mit einer traumatherapeutischen und bewegungsanalytischen Ausrichtung.

Über diese direkte Arbeit hinaus waren sowohl ein interdisziplinäres Netzwerk als auch Öffentlichkeitsarbeit bedeutsame Aspekte des Projektes. In zweimonatigen, zweistündigen Plenen mit 32 regionalen Institutionen bzw. Kooperationspartnern sollte die Kommunikation und der fachliche Austausch im bereits bestehenden Hilfesystem verbessert werden. Die Öffentlichkeitsarbeit informierte vor allem breitflächig über (Häusliche) Gewalt und deren Folgen. In Form von Fortbildungen, Vorträgen oder Pressearbeit wurden die Enttabuisierung des Themas Häusliche Gewalt und das Schaffen von mehr Handlungs- und Unterstützungskompetenzen in der Öffentlichkeit zum Ziel gesetzt.

Die sehr guten Ergebnisse, wie sie in dem AGIP-Endbericht nachzulesen sind, lassen darauf schließen, dass diese Form der Interventionsarbeit auf gesundheitspolitischer, sozialer und psychologischer Ebene dringend erforderlich ist. Zur Zeit steht das abgeschlossene Projekt zwecks Vereinsgründung in Verhandlungen mit der Stadt Norden.

CLAIRE MOORE, Tel.: (01 70) 3 42 49 46,

E-Mail: C.Moore@freenet.de

PROF. DR. FRAUKE KOPPELIN, FH

Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven,

Fachbereich Sozialwesen, Constantiaplatz 4,

26723 Emden, Tel.: (0 49 21) 8 07-11 76,

Fax: (0 49 21) 8 07-12 51,

E-Mail: Frauke.Koppelin@fho-emden.de

Petra Klečina

Es gibt noch viel zu tun: Frauen mit Behinderung und sexueller Gewalterfahrung

Von Oktober 2002 bis September 2004 konnte der Frauennotruf durch die Förderung des Niedersächsischen Landesamtes für zentrale soziale Aufgaben (NLZSA) eine auf 2 Jahre befristete Stelle für den Themenschwerpunkt ›Sexuelle Gewalt gegen Frauen und Mädchen mit Behinderungen‹ einrichten und mit einer blinden Kollegin besetzen.

Es hat sich gezeigt, dass ein großer Bedarf an Information und Nachfrage nach Unterstützung vorhanden ist. Im geförderten Zeitraum fanden insgesamt 1.334 Kontakte mit 217 Personen statt, davon ca. 25 % mit behinderten Menschen und ca. 73 % mit nichtbehinderten Menschen.

Ausgangssituation

Viele Frauen und jugendliche Mädchen mit Behinderungen wohnen in Einrichtungen für Behinderte und leben aufgrund immer wieder erfahrener Diskriminierungen oftmals zurückgezogen und isoliert. Daher verfügen sie in der Regel nur über wenige Sozialkontakte und sind sehr häufig auf die Unterstützung ihrer Bezugspersonen angewiesen, auch um Informationen über bestehende Beratungs- und Präventionsangebote zu erhalten. So war und ist die Kontaktaufnahme und Kontaktpflege mit Fachleuten sowie Mitarbeitenden von Einrichtungen und Beratungsstellen sehr wichtig. Von den 217 Kontaktpersonen waren allein rund 60 % Kontakte mit Multiplikatorinnen etc. und bei 58 % handelte es sich u.a. auch um die Vertretung der Interessen der betroffenen Frauen. Trotz vielfacher Bemühungen ist es leider nicht gelungen, die Personalstelle zum Themenschwerpunkt zu verlängern.

Angebote

Im Gegensatz zur sonstigen Kontaktaufnahme wandten sich betroffene Frauen hierzu auch vermehrt schriftlich und per E-Mail an den Frauennotruf. Gezeigt hat sich, dass neben der therapeutischen Beratung rechtliche Aspekte und Probleme der Alltagsbewältigung einen großen Stellenwert einnahmen. Auch hier wurde deutlich, dass es um Gewalterfahrungen im sozialen Nahbereich ging und nur in einem Fall um einen sog. Fremdtäter.

In den Einzelberatungen und Gruppenangeboten zeigte sich, dass es galt, kreativ zu sein und nicht nur mit dem Gespräch zu arbeiten. Oftmals fehlen auch geeignete Methoden für die Beratung bzw. Materialien für Frauen mit spezifischen Beeinträchtigungen.

Ein zusätzlicher Präventionsbaustein war die Durchführung von Selbstverteidigungs- und Selbstbehauptungskursen. In diesen Kursen hatten die Frauen die Gelegenheit, ihre individuellen Strategien kennenzulernen und auszuprobieren. Häufig stand am Anfang eines Kurses bei den Teilnehmerinnen mehr die Einschränkung durch die Behinderung im Vordergrund. Dies legte sich aber sehr schnell, wenn die Frauen sich mit ihren Möglichkeiten vertraut gemacht und gemerkt hatten, dass mehr möglich ist, als sie dachten. Die Frauen lernten, sich körperlich zur Wehr zu setzen und übten, den Rollstuhl oder die Gehhilfe erfolgreich einzusetzen. Ein anderer wichtiger Faktor war die Arbeit an ihren verbalen, mimischen und gestischen Fähigkeiten. So lernte jede Frau ihre individuellen Stärken und Möglichkeiten kennen und erfuhr Wege, diese auch in die Tat umzusetzen.

PETRA KLEČINA, *Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V. Hannover, Goethestr. 23 (Eingang Leibnizufer), 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 33 21 12, Fax: (05 11) 38 80 51 0, E-Mail: Info@frauennotruf-hannover.de*

2004: Jahr der Prävention?

Monika Hommes

Gesetz zur Stärkung der Prävention

Seit 6. Dezember 2004 liegt das Gesetz zur Stärkung der Prävention als Referentenentwurf vor. Dabei soll die primäre Prävention des § 20 SGB V nun nach ihrer wechselvollen Geschichte strukturell völlig neu verankert werden. Dies soll nach dem Willen von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt der Beginn von Prävention als eigenständiger Säule der Gesundheitsversorgung sein.

Dabei wird ein Konzept benötigt, das die Anstrengungen aller Akteure bündelt und auf gemeinsame Ziele ausrichtet.

Das Präventionsgesetz verpflichtet mehrere Kostenträger zu gemeinsamem Handeln. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung werden auch der gesetzlichen Rentenversicherung und Unfallversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung primärpräventive Aufgaben übertragen. Diese Aufgaben sollen auf drei Handlungsebenen erfüllt werden.

Individuelle Versichertenleistungen

Als erstes die Ebene jedes einzelnen Sozialversicherungsträgers, der seinen Versicherten Leistungen der individuellen Verhaltensprävention anbieten soll. Die Gesetzliche Krankenversicherung wird darüber hinaus weiterhin Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung finanzieren. Für diesen Bereich sollen insgesamt 40 % der Finanzmittel zur Verfügung stehen.

Gesundheitsförderung im Setting

Daneben wird der bislang vernachlässigte Bereich der Gesundheitsförderung im Setting besonders gestärkt. Gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung und soziale Pflegeversicherung werden künftig auf Landesebene Settingprojekte gemeinsam finanzieren. Die Länder werden die Organisation der Settingleistungen auf Landesebene gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern in Rahmenvereinbarungen gestalten. Dabei werden die Länder ihre Kompetenzen und ihre Verantwortungen

im Bereich der Prävention einbringen. Sie halten Strukturen und Akteure wie den ÖGD, die Gesundheitskonferenzen, die Landesgesundheitsvereinigungen bereit, mit denen die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung gelingen kann. Auch hierfür sollen 40 % der Finanzmittel eingesetzt werden.

Die heute erst im Ansatz bestehenden lebensweltorientierten Angebote der Gesundheitsförderung müssen deutlich ausgebaut werden. Langfristige Erfolge für die Prävention werden auch davon abhängen, ob und in welchem Umfang es gelingt, den Setting-Ansatz der WHO in den Lebenswelten zu etablieren. Schule, Kindergarten, Senioreneinrichtung, Betrieb stehen beispielhaft für die Bereiche, in denen Menschen neben ihrem privaten Lebensumfeld die meiste Zeit verbringen. Diese Settings bergen zwei entscheidende Vorteile für die Prävention: Zum einen werden die Menschen gut erreicht. Die Präventionsangebote sind niederschwellig, es brauchen keine größeren individuellen Hürden überwunden zu werden. Zum anderen – und dies ist der noch größere Vorteil – kann die Lebenswelt verändert werden, indem dort alle Beteiligten und Gruppen in einem gemeinsamen Prozess die zur Gesundheitsförderung notwendigen Veränderungen definieren und gemeinsam umsetzen.

Gelingt es, nach Startförderungen durch die Gelder der Sozialversicherungen, einen solchen Prozess dauerhaft zu etablieren, würde dies die Institutionalisierung von Gesundheitsförderung in den Settings bewirken, die für den dauerhaften Erfolg von Prävention erforderlich ist.

Strukturelle und operative Aufgaben

Die restlichen 20 % werden einer Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung der Sozialversicherungsträger zur Verfügung gestellt. Diese Stiftung wird durch das Gesetz errichtet und erhält folgende operative und strukturelle Aufgaben.

Um die Effekte der Bemühungen messen zu können, braucht es eine Zielorientierung. Die Stiftung wird Präventionsziele und Teilziele mit Bindung für alle primärpräventiven Leistungen

festlegen. Dafür wird die Gesundheitsberichterstattung des Bundes die notwendigen Daten liefern.

Entscheidend für den Erfolg ist ebenfalls, evidenzbasierte Erkenntnisse im primärpräventiven Bereich zu erlangen. Eine Voraussetzung dafür ist eine systematische Qualitätssicherung mit den Qualitätskriterien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Evaluation der Maßnahmen als Voraussetzung für die Förderung von primärpräventiven Angeboten. Hierfür wird die Stiftung Leitlinien aufstellen.

Als operative Aufgaben wird die Stiftung Kampagnen durchführen, Modellprojekte und ergänzende Settingprojekte finanzieren. Als Setting kommen beispielsweise solche betrieblichen Bereiche in Betracht, in denen die Beschäftigten bislang nur schwer oder gar nicht erreicht wurden. Dies sind insbesondere die kleinen und Kleinstbetriebe.

Der Bund wird die Kompetenz seiner Fachbehörden, Robert Koch Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Stiftung zur Verfügung stellen. Das Robert Koch Institut wird die notwendigen epidemiologischen Daten für die Ausrichtung der Präventionsziele stellen und ihre Erreichung evaluieren. Die BZgA wird ihre Expertise bei der Entwicklung von großen Präventionskampagnen einbringen.

Insgesamt sollen 250 Mio. Euro im Vergleich zu den jetzigen 180 Mio. Euro für primärpräventive Leistungen zur Verfügung stehen. Das ist in Anbetracht der vielfältigen Erfordernisse ein bescheidener Anfang, jedoch es ist ein Anfang. Der Bund wird das Gesetz und seine Instrumente regelmäßig überprüfen und darüber berichten.

MONIKA HOMMES, *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Referat 320, Postfach 500, 53108 Bonn, Tel.: (02 21) 9 41-31 11, E-Mail: monika.hommel@BMGS.BUND.de*

Der Gesetzentwurf sowie der Begründungsteil stehen als PDF-Download im Internet unter www.bvgesundheits.de/geundheitspolitik.html zur Verfügung

Gesundheitsförderung von Krankenschwestern

Die vorliegende Untersuchung fragt nach gesunden Krankenschwestern und gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern, ein wichtiger Ansatz angesichts des hohen Krankenstandes sowie der hohen Fluktuationsrate in Pflegeberufen. Die Gesundheitsressourcen von Krankenschwestern wurden mit Interviews, die Ansätze betrieblicher Gesundheitsförderung durch Gruppeninterviews erhoben. Die persönlichen Gesundheitsressourcen sind sehr vielfältig. Sie reichen von einer aktiven Abgrenzung von stark belastenden Situationen über eindeutige Pflegestandards bis zur aktiven Gestaltung sozialer Unterstützungsnetzwerke. Eine bessere Bewältigung zwischenmenschlicher Konflikte im Krankenhaus steht an erster Stelle der Ansätze von Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Fast ebenso wichtig wird das Team und eine qualifizierte Leitung angesehen. Das Buch bietet (Pflege-)Personalverantwortlichen und Krankenschwestern Denk- und Handlungsanstöße für Ansätze ressourcenorientierter Gesundheitsförderung im Pflegebereich. (us)

HEIDI HÖPPNER: *Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus*, Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M., 2004, 188 Seiten, ISBN 3-935964-17-X, 22,- Euro

Beratung von süchtigen Frauen und Männern

Die Suchtexpertin Irmgard Vogt legt ein detailliertes Fachbuch vor, das sich dem multifaktoriellen Modell der Substanzabhängigkeit verpflichtet fühlt. Daher nehmen die Diagnostik und die Erhebungen zur Lebenswelt der Rat-suchenden einen breiten Raum ein. Durchgängig wird die Geschlechterperspektive berücksichtigt und als eine der wichtigsten Variablen in diesem Feld durchdekliniert. Folglich werden u. a. Problembereiche thematisiert, die gerade auch Frauen betreffen, wie die psychoaktiven Substanzen und die Probleme von süchtigen Frauen während der Schwangerschaft oder als Mütter.

Vergleichbare spezifische Daten über Männer z. B. als Väter stehen überwiegend nicht zur Verfügung. Ein eigenes Kapitel ist einem neuen Beratungsverfahren, dem Motivational Case Management (MOCA), gewidmet, in dem Case Management mit Motivational Interviewing verknüpft wird. Ein Kapitel über das Hilfesystem rundet das Buch ab. Das Buch ist flüssig geschrieben und gut zu lesen. Es ist für alle, die im Suchtbereich arbeiten oder mit Süchtigen zu tun haben, sehr zu empfehlen. (us)

IRMGARD VOGT: *Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis*, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2004, 390 Seiten, ISBN 3-407-22160-6, 19,90 Euro

Lebensstile von Frauen

In der vorliegenden Dissertation wird die Frage nach den Auswirkungen unterschiedlicher sozialer Lagen auf die Lebensgestaltung von Frauen untersucht. Statistische Daten zu Lebensformen, soziodemographischen Daten und zu Freizeit- und Konsumverhalten geben einen Überblick über verschiedene Lebenslagen von Frauen. Mittels des Konzeptes der doppelten Vergesellschaftung von Frauen von Regina Becker-Schmidt, verbunden mit der soziologischen Lebensstilforschung, wird ein gendersensibles Lebensstilkonzept entwickelt. 36 Frauen mit unterschiedlich hohen Einkommen und unterschiedlichen Lebensformen wurden interviewt. Die Autorin weist dabei nach, dass für die Erforschung der Lebensstile von Frauen, aber auch bei der Erforschung von sozialer Ungleichheit allgemein, die private Reproduktionsarbeit einbezogen werden muss, da diese einen direkten Einfluss auf andere Lebensstildimensionen hat. (us)

FELIZITAS POKORA: *KlasseFrauen. Wie Lebensformen und Ressourcen den Lebensstil beeinflussen*. VSA Verlag, Hamburg, 2004, 173 Seiten, ISBN 3-89965-068-9, 14,80 Euro

Stephanie Büttner

ADHS – Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom

Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom ist inzwischen die häufigste psychische Störung bei Kindern. Wird bei ihrem Kind diese Diagnose gestellt, sind Eltern oft verunsichert, sehen sich mit vielen Fragen und Ängsten konfrontiert. Das vorliegende Buch gibt in dieser Situation alle wichtigen Erstinformationen zum Thema ADHS. Es enthält Basiswissen zu Ursachen und Symptomen sowie der Diagnose und Behandlung dieser Erkrankung. Ergänzt werden diese Informationen durch Ratgeber-elemente, die den Eltern konkrete Erziehungshilfen für alltägliche Schwierigkeiten mit dem Kind bieten. Neben den Eltern richtet sich das Buch auch an Lehrerinnen und Lehrer. In einem gesonderten Abschnitt erhalten diese umfassende Hilfen für den Umgang mit Schülern und Schülerinnen, die von ADHS betroffen sind. Darüber hinaus können sie Anregungen für eine sinnvolle Unterrichtsgestaltung sowie Hinweise für die Kooperation mit den Eltern und Therapeuten sowie Therapeutinnen des Kindes finden. Hervorzuheben ist der dritte Teil des Buches, der eine kindgerechte Erklärung von ADHS liefert. Die Kinder erfahren, wo sie Unterstützung erhalten und wie sie z. B. Probleme bei der Hausaufgaben-erledigung selbständig lösen können. Im Serviceteil des Buches sind für alle, die weitere Hilfe oder Informationen zu ADHS suchen, Literaturempfehlungen, Adressen von Selbsthilfegruppen und Internetseiten zum Thema aufgeführt.

PROF. DR. ANDREAS WARNKE, ULLA SATZGER-HARSCH: *ADHS – Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom*. TRIAS, Stuttgart, 2004, 95 Seiten, ISBN 3-8304-3154-6, 12,95 Euro

Diagnose per Computer?

Das deutsche Gesundheitswesen steht kurz vor der Einführung eines neuen medizinischen Expertensystems. Die elektronische Gesundheitskarte soll neben der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Datentransparenz auch die Möglichkeit elektronischer Arztbriefe und elektronischen Patientenakten vorhalten. Inwieweit kann ein

Eike-Christian Reinfelder

Kinder- und Jugendhilferecht

medizinisches Expertensystem die ärztliche Entscheidungsfindung verbessern? Und welche Auswirkungen hat es z. B. auf die Interaktion im Arzt-Patienten-Verhältnis? Neben der Darstellung einer Expertensystemtechnologie und Evaluation von Expertensystemen werden Empfehlungen für die Entwicklung und Anwendung medizinischer Expertensysteme ausgesprochen. Es bleibt zu hoffen, dass bei der Einführung der e-Karte einige der Vorschläge übernommen werden. Im Anhang ist die Dokumentation der 20. Jahresversammlung des AK Medizinischer Ethik-Kommissionen der Bundesrepublik Deutschland am 23. November 2002 angefügt. (bb)

GEORG MARCKMANN: *Diagnose per Computer? Eine ethische Bewertung medizinischer Expertensysteme.* Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2003, 215 Seiten, ISBN 3-7691-0458-7, 39,95 Euro

Leitfaden für behinderte Menschen

Als großer deutscher Sozialverband hat der Sozialverband Deutschland e. V. einen überarbeiteten Wegeweiser durch die Sozialgesetzgebung herausgegeben. Menschen mit Behinderungen sollen mit ihm die Möglichkeit erhalten, die eigenen Ansprüche selbst festzustellen und die Angebote und Chancen zur Rehabilitation für sich zu nutzen. Der Leitfaden gibt einen umfassenden Überblick über die neuen Denkansätze in der Behindertenpolitik und den damit verbundenen sozialrechtlichen Grundlagen. Ergänzt werden diese u. a. durch die Vorgaben der barrierefreien Informationstechnik, Berufskrankheiten-Verordnung oder die GdB/MdE-Tabelle für die ärztliche Gutachtertätigkeit. Ein sehr ausführliches Stichwortverzeichnis gibt Orientierung im Themenschwung. (bb)

SOZIALVERBAND DEUTSCHLAND E. V. – BUNDESVERBAND (Hrsg.): *Leitfaden für behinderte Menschen. Handbuch zur Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland.* Schriftenreihe des Sozialverbandes Deutschland, Folge 56, 11. Auflage, 1151 Seiten, Eigenverlag. Bezug über SoVD BV, Stralauer Straße 63, 10179 Berlin

Das Handwörterbuch zum Kinder- und Jugendhilferecht will Studierenden und Laien zugleich einen Einblick in die komplexe Gesetzgebung des deutschen Kinder- und Jugendhilferechtes geben. Neben den wesentlichen Inhalten des SGB VIII (KJHG) finden sich Verweise und Zusammenhänge zu anderen relevanten Rechtsbereichen wie Jugendschutz, Jugendgerichtsgesetz, Familienrecht, Grundgesetz und Verwaltungsrecht.

Für das Handwörterbuch konnte eine Vielzahl von an der Theorie und Praxis des Kinder- und Jugendhilferechtes beteiligten Fachhochschulprofessorinnen und -professoren gewonnen werden, so dass sowohl die aktuellen Probleme des KJHG's als auch Aspekte der Entstehungsgeschichte angesprochen werden. Zwar merkt man dem Handwörterbuch die Intention des Herausgebers nach zusammenfassender Darstellung an, dies kann beim ersten Kontakt mit der Literatur zum KJHG aber auch überfordern und Verständnisschwierigkeiten auslösen. So bleibt Interessierten und gerade auch Studierenden die Auseinandersetzung mit einschlägigen Lehrbüchern und Kommentaren nicht erspart, wofür dem Buch auch ein umfassendes und aktuelles Literaturverzeichnis beigelegt ist.

REINHARD JOACHIM WABNITZ (Hrsg.): *Handwörterbuch Kinder- und Jugendhilferecht SGB VIII – KJHG, Nomos Verlag, Baden-Baden, 2004, 237 Seiten, ISBN 3-8329-0644-4, 38,- Euro*

Organisations- und Personalpsychologie

Das neue, vollständig überarbeitete Lehrbuch von Ansfried B. Weinert gibt einen sehr guten Überblick zu den »klassischen Kernthemen« der Organisations- und Personalpsychologie. Es thematisiert dabei auch die Kontexte wirtschaftlicher, gesellschaftlicher und technologischer Veränderungen, die Organisationen massiv beeinflussen und verändern. Welche neuen Entwicklungen entstehen infolge dieser Veränderungen? An diesen Fragestellungen orientiert, legt Weinert ein umfassendes

des Lehrbuch zur Organisations- und Personalpsychologie vor, das didaktisch auch für Laien gut aufgearbeitet ist. Ein Spezifikum des Lehrbuchs ist der Stellenwert, der dem Faktor »Kultur«, der Interkulturalität im Zeitalter der Globalisierung eingeräumt wird. Alle relevanten neuen Trends in den Arbeitsbeziehungen und Organisationsstrukturen wie 360°-Feedback, Franchise-System, TQM, Benchmarking, boundaryless Karrieren und E-Learning kommen zur Sprache. (ta)

ANSFRIED. B. WEINERT: *Organisations- und Personalpsychologie, Beltz PVU Verlag, Weinheim und Basel, 2004, 839 Seiten, ISBN 3-783621-27490-1, 49,50 Euro*

Krankenhausentgeltgesetz

Wer sich mit den anstehenden Veränderungen der Vergütung im stationären Bereich beschäftigen möchte, tut gut daran, die Vorgeschichte der unterschiedlichen Vergütungsformen der Krankenhausbehandlung im Blick zu behalten. Die Autoren stellen deshalb neben einer Kurzdarstellung des Krankenhausbereiches auch die Entwicklung des Krankenhausfinanzierungs-Rechts, Strukturgesetze, Bundespflegesatzverordnung, Fallpauschalengesetz und DRG-Vergütungssystem vor. Dem Schwerpunkt Krankenhausentgeltgesetz wird der gesamte Wortlaut des Gesetzes vorangestellt und danach ausführlich kommentiert. Abgerundet wird die komplette Übersicht mit dem Wortlaut des KHG, einem Auszug der BpflV, der Fallpauschalenverordnung, AbgrV, KHStatV und Erläuterungen zum DRG-Fallpauschalenkatalog. Die im Anhang aufgeführten internationalen Internetadressen laden zu weiteren Recherchen ein. (bb)

KARL HEINZ TUSCHEN, ULRICH TREFZ: *Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen.* Verlag W. Kohlhammer, 2004, 418 Seiten, ISBN 3-17-018090-8, 39,- Euro

Gesundheit als Leitidee?

Vor dem Hintergrund zunehmender Probleme im Gesundheitswesen wird bereits seit einigen Jahren ein Paradigmenwechsel von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung diskutiert und gefordert, wobei Public Health und insbesondere New Public Health eine stärkere Fokussierung auf Gesundheit anstreben. Bestehende unterschiedliche Auffassungen der Beteiligten von Gesundheit haben Auswirkungen auf die Interaktion und die Ergebnisse des Handelns. In der vorliegenden Studie wurden die Vorstellungen von Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung bei Ärzten und Pflegekräften mit Hilfe verschiedener qualitativer Methoden untersucht. Neben den subjektiven Gesundheitsvorstellungen und deren Entwicklung, werden auch fördernde und hemmende Faktoren der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere bei der Versorgung älterer Menschen dargestellt. (ts)

UWE FLICK, ULLA WALTER, CLAUDIA FISCHER, ANKE NEUBER, FRIEDRICH WILHELM SCHWARTZ: *Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften*. Verlag Hans Huber, Bern, 2004, 201 Seiten, ISBN 3-456-84059-4, 29,95 Euro

Alt werden in Europa

Unter diesem Titel stellen Expertinnen und Experten aus der Seniorenarbeit die Altenhilfestrukturen in 25 europäischen Staaten vor. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung soll die Sammlung dazu beitragen, europäische Strategien zu entwickeln, um eine menschenwürdige Altenarbeit zu gestalten, für die immer weniger finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Der Band wird abgerundet durch eine kommentierte Zusammenstellung aktueller Websites aus der europäischen Altenhilfe. (ib)

ANDREAS BARTELS, HOLGER JENRICH: *Alt werden in Europa, Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe*, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2004, 155 Seiten, ISBN 3-935964-11-0, 17,80 Euro

Sichere Hausmittel für mein Kind

Von Abendtee bis Zwiebelsirup werden in diesem Ratgeber für Eltern übersichtlich in zwei Kategorien nach Krankheiten und Hausmitteln geordneten Kapiteln einfache und sanfte Möglichkeiten zur Anwendung von Hausmitteln vorgeschlagen und beschrieben. Was kann ich selber tun und wann muss ich den Haus- oder Facharzt hinzuziehen? Das Buch ist leicht verständlich geschrieben, vermittelt notwendige Informationen über Kinderkrankheiten und Unfallfolgen und gibt Eltern in schwierigen Entscheidungssituationen Handlungssicherheit. Ein Buch, das über Querverweise zwischen den zwei Hauptkapiteln miteinander verknüpft ist und daher einen schnellen Zugang zu relevanten Fragen ermöglicht. (bw)

THOMAS HOEK UND DAGMAR SUDA: *Sichere Hausmittel für mein Kind*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2002, 167 Seiten, ISBN 3-54041979-9, 19,95 Euro

Altenpflege: menschlich, modern und kreativ

In dem vorliegenden Buch werden verschiedene Voraussetzungen aufgezeigt, die ein positives Altern ermöglichen. Im ersten und zweiten Teil werden Bedingungen einer eigenständigen Lebensführung und theoretische Konzepte der Selbst-Erhaltung aufgezeigt. Weiterhin werden die Situation des Pflegepersonals und der pflegenden Angehörigen sowie die Möglichkeiten von Prävention und Rehabilitation beleuchtet. Im letzten Kapitel sind die zukünftigen Anforderungen an eine menschliche und zeitgemäße Altenpflege vor dem Hintergrund veränderter gesellschaftlicher Entwicklungen dargestellt. (ts)

REINHARD KREIMER: *Altenpflege: menschlich, modern und kreativ. Grundlagen und Modelle einer zeitgemäßen Prävention, Pflege und Rehabilitation*. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2004, 254 Seiten, ISBN 3-89993-105-X, 39,90 Euro

Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter

In dem mittlerweile in einer zweiten, aktualisierten Auflage verfassten Buch werden pharmakologische Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen in der Therapie genauso vorgestellt wie die Grenzen pharmakologischer Therapie in dieser Altersgruppe. Es werden Störungsfelder beschrieben, bei denen Psychopharmaka angewendet werden können und welchen Stellenwert sie im Rahmen von erweiterten Therapien haben. Dabei wird sowohl der Zugang über Substanzgruppen als auch über Indikationen gewählt. Auch das Qualitätsmanagement in der Therapie spielt eine wesentliche Rolle in dem übersichtlichen Band. Es ist nicht nur für medizinische Professionen, sondern auch für andere Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, geeignet. (ta)

GEHARDT NISSEN, JÜRGEN FRITZE, GÖTZ-ERIK TROTT: *Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter*, 2. Auflage, Urban & Fischer, München 2004, 956 Seiten, ISBN 3-437-22690-8, 49,95 Euro

Männer in der Pflege

Der Band von Hannes Ummel untersucht biografische Wege von Männern in der Pflege und behandelt dabei Kernfragen wie: Sind Männer in der Pflege die ›Geschlechts-Avantgarde‹ auf prekärem Terrain – oder einfach jene, die einen unüblichen Weg in Kauf nehmen, um herkömmliche Berufsziele zu erreichen? Nutzen sie das gegengeschlechtliche Berufsfeld, um die im Sinne tradierter Geschlechterstereotypen abweichenden Persönlichkeitsanteile zu leben – oder minimieren sie den Stress, sich in einem Beruf mit ›falschem Geschlecht‹ bewähren zu müssen? Antworten auf diese Fragen werden über Sequenzanalysen biografischer Interviews gefunden und Werdegänge von Krankenpflegern daraufhin analysiert, ob Geschlechterrollen aufgebrochen werden oder im Berufsalltag ihre Gültigkeit behalten. (ta)

HANNES UMMEL: *Männer in der Pflege*, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2004, 270 Seiten, ISBN 3-456-84066, 24,95 Euro

Geschlechterdemokratie

Walter Hollsteins neuer Band zur Geschlechterdemokratie untersucht die geänderten Rollen und den gesellschaftlichen Status von Männern und Frauen. Er weist dabei unterschiedliche alte und neue Benachteiligungen beider Geschlechter auf, z. B. die materielle Benachteiligung von Frauen im Erwerbsleben. Aber auch die Aussichten der Männer verschlechtern sich; im Bildungsbereich sind Männer inzwischen das unterprivilegierte Geschlecht. Sie stellen die übergroße Mehrheit von Schulversagern, Schulschwänzern, Problemkindern und Frühkriminellen. Geschlechterdemokratie wird von Hollstein als eine wesentliche Herausforderung des neuen Jahrhunderts definiert. (ta)

WALTER HOLLSTEIN: *Geschlechterdemokratie. Männer und Frauen: Besser miteinander leben*, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004, 358 Seiten, ISBN 3-8100-3978-0, 28,90 Euro

Tanja Schulz

Kampf der Generationen

Aufgrund des demographischen Wandels sind Veränderungen im Gesundheits- und Sozialwesen notwendig. Über Diskussionen um die anstehenden Reformen sind die Meinungen gespalten, denn jeder ist sich selbst der Nächste. Fragen um Rentenkürzungen und Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge verhärten die Fronten zwischen Jung und Alt. Gegenseitige Schuldzuweisungen für dieses scheinbar unlösbare Problem machen die Situation nicht besser.

Reimer Gronemeyer warnt davor, den Generationenkonflikt unter rein wirtschaftlichen Aspekten zu betrachten. Denn die Frage wer die stärkere Kraft im Tauziehen ums Geld ist, führt zur Auflösung des traditionellen Verhältnisses zwischen Jung und Alt. Soziale Beziehungen und ethische Grundsätze verlieren sich im Streit um politische und wirtschaftliche Macht. Gronemeyer versucht, friedliche Alternativen zum ›Kampf der Generationen‹ aufzuzeigen. Er propagiert die Bereitschaft zu Kompromissen und Eingeständnissen,

nicht nur an sich selbst zu denken, als Weg zum Waffenstillstand.

REIMER GRONEMEYER: *Kampf der Generationen*, Deutsche Verlags-Anstalt, München, 2004, 256 Seiten, ISBN 3-421-05752-4, 17,90 Euro

Umweltgerechtigkeit

Ein neues Wort macht die Runde: ›Environmental justice‹. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen ist in Deutschland erstaunlicherweise noch kein Thema der Public-Health-Diskussion. Im vorliegenden Sammelband wird erstmalig der aktuelle Diskussionsstand über environmental justice, zu deutsch Umweltgerechtigkeit, zusammengestellt und empirische Ergebnisse aus deutschsprachigen Ländern vorgestellt. (bb)

GABRIELE BOLTE, ANDREAS MIELCK (Hrsg.): *Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen*. Juventa, Weinheim und München, 2004, 279 Seiten, 24,50 Euro

Shared-Decision-Making

Der neue Forschungsschwerpunkt ›Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess‹ wird seit 2001 vom BMGS gefördert. Eine patientenzentrierte Medizin wird heute von allen Beteiligten im Gesundheitswesen als Voraussetzung für einen gemeinsamen und erfolgreichen Umgang mit Krankheit und Gesundheit angesehen. Der vorliegende Sammelband gibt hierzu den aktuellen Forschungsstand im Arzt-Patienten-Verhältnis wieder. Neben theoretischen Grundlagen und Messmethoden liegt der Schwerpunkt in der Präsentation aktueller Forschungsprojekte in Deutschland. (bb)

FÜLÜP SCHEIBLER, HOLGER PFAFF (Hrsg.): *Shared-Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Juventa Verlag, Weinheim, München, 2003, 228 Seiten, ISBN 3-7799-1665-7, 24,50 Euro

Veröffentlichungen der Landesvereinigung

›Mobbing als Form von Gewalt‹

Dokumentation einer vierteiligen Kursfolge unter dem Schwerpunkt ›Schule und Gesundheit‹

Hrsg.: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Bezirksregierung Hannover, 96 Seiten, Versandkosten

›Was Schule bewegt...‹

Dokumentation der niedersächsischen Fachtagung zur Gesundheitsförderung in der Schule – ›Gesundheitsbildung durch Ernährung und Bewegung‹ Schwerpunkte für den Sekundarbereich I (5.–10. Schuljahr) vom 5. Oktober 2004.

Hrsg.: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Praxisbüro Gesunde Schule, Niedersächsisches Ministerium für den ländlichen Raum, Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Sektion Niedersachsen, Akademie des Sports im LandesSportBund Niedersachsen e.V., 44 Seiten, 2,50 Euro Versandkosten oder als PDF-Download unter www.gesundheit-nds.de (-> Tagungsberichte)

›Zukunft KiTa...‹

Ernährung und Bewegung, Impulse für KiTas durch Gesundheit. Dokumentation der dritten niedersächsischen Fachtagung ›Gesundheitsförderung in Kindertagesstätte und Hort‹ vom 29. Juni 2004.

Hrsg.: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Praxisbüro Gesunde Schule, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Sektion Niedersachsen, Zentrum für Erwachsenenbildung Stephansstift, Landesvereinigung der Milchwirtschaft Niedersachsen e.V., AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, 46 Seiten, 2,50 Euro Versandkosten oder als PDF-Download unter www.gesundheit-nds.de (-> Tagungsberichte)



www.aekn.de

→ **information** → **Veröffentlichungen**

Um die Kompetenz der niedersächsischen Ärztinnen und Ärzte in Diagnostik, Therapie und Beratung von weiblichen Gewaltopfern zu erhöhen, wurden in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe verschiedene Materialien erarbeitet. Ein Flyer im Scheckkartenformat als Kurzinfo für betroffene Frauen, der konkrete Hinweise für Notfallsituationen und Notruftelefonnummern enthält und inzwischen in zahlreichen Arztpraxen und Ambulanzen in Niedersachsen ausliegt. Ein mehrseitiger Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte, in dem Hilfestellung zur Diagnostik, juristisch verwertbaren Dokumentation und Weiterverweisung der Betroffenen an Fachärztinnen und Fachärzte für Rechtsmedizin, Frauenhäuser und spezialisierte Beratungsstellen gegeben wird. Für die gerichtsverwertbare Dokumentation wurde eigens ein Dokumentationsbogen erstellt.

www.bmj.bund.de

→ **Themen** → **Zivilrecht** → **Familienpolitik** → **Mehr Schutz vor häuslicher Gewalt** → **GewaltschutzG.pdf (Gewaltschutzgesetz)**

Mit dem Gewaltschutzgesetz, das seit Januar 2002 in Kraft ist, wurden zentrale rechtliche Vorschriften zur Bekämpfung von Gewalt im Allgemeinen und häuslicher Gewalt im Besonderen geschaffen.

www.ekd.de/EKD-Texte/2110.html

Die Evangelische Kirche in Deutschland hat 1995 den Beschluss gefasst, ein Studienvorhaben zum Thema ›Gewalt gegen Frauen‹ zu initiieren. Die Denkschrift ›Gewalt gegen Frauen als Thema der Kirche‹ ist 1999 in zwei Teilberichten vorgestellt worden.

www.frauengesundheit-nrw.de/ges_them/Eckpunktepapier_NRW.pdf

Das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW hat gemeinsam mit der Landesgesundheitskonferenz (LGK) Empfehlungen zum Thema ›Häusliche Gewalt – die Rolle des Gesundheitswesens‹ herausgegeben. Das Papier wurde gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern des Vorbereitenden Ausschusses der LGK und weiteren Expertinnen und Experten

erarbeitet. Auch die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW war beteiligt. Es enthält Handlungsansätze für die tägliche Praxis und den Ausbau regionaler Kooperationen

www.gewalt-ist-nie-privat.de

Insgesamt 12 lokale Vereine des Sozialdienstes katholischer Frauen (SkF) im Erzbistum Köln haben im Jahr 2003 zu einer Kampagne gegen Gewalt aufgerufen. Aktionen und Ergebnisse und neue Entwicklungen werden auf der Internetseite vorgestellt.

www.hannover.de/deutsch/arb_soz/interest/frauen/buf1/mgewalt.htm

Das Hannoversche Interventions-Projekt gegen Männergewalt in der Familie (HAIP) will durch ein soziales Trainingsprogramm (Männerbüro) oder durch Wiedergutmachungsverträge (Waage e. V.) eine Verhaltensänderung bei den Tätern erwirken. Zudem bietet die Bestärkungsstelle eine ambulante psychosoziale Unterstützung für von Gewalt betroffene Frauen.

www.kok-potsdam.de

Der bundesweite Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e. V. (KOK) setzt sich gegen den weltweit praktizierten Frauenhandel und für einen würdevollen Umgang mit den betroffenen Frauen ein.

www.ms.niedersachsen.de

→ **Themen** → **Gleichberechtigung** → **Gewalt gegen Frauen** → **Aktionsplan des Landes Niedersachsen**

Das Gewaltschutzgesetz wird in Niedersachsen mit vielen weiteren Maßnahmen begleitet. Diese finden sich im ›Aktionsplan des Landes Niedersachsen zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich‹.

www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en

Die Weltgesundheitsorganisation hat im Oktober 2002 erstmalig einen ›Weltbericht Gewalt und Gesundheit‹ erstellt. Der komplette Bericht liegt in Englisch, Französisch und Russisch vor. In Deutsch ist eine Zusammenfassung des Berichtes eingestellt.

Veranstaltungen der LVG

Niedrigschwellige Betreuungsangebote – Impulse zur Umsetzung in der Region

18. Januar 2005, Oldenburg

Zur Verbesserung der Betreuungssituation von Pflegebedürftigen und ihrer Familien, können gemäß Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (§ 45 a-c SGB XI) nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote aufgebaut werden. Die regionale Fachtagung informiert über das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz und niedrigschwellige Betreuungsangebote sowie deren Umsetzung in die Praxis. Sie richtet sich an Fachkräfte aus dem Pflege-, Sozial- und Gesundheitsbereich. Die Veranstaltung wird in Kooperation mit dem IKK-LV Niedersachsen und dem Gesundheitsamt der Stadt Oldenburg durchgeführt.

Teilnahmegebühr: 15,- Euro

»Eine Aufgabe für Profis« – Multiplikatorenschulung zur Initiierung niedrigschwelliger Betreuungsangebote nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz

24.–26. Januar 2005, Springe

Diese Fortbildung richtet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen, die den Aufbau eines niedrigschwelligen Betreuungsangebotes durchführen wollen. Es werden grundlegende Informationen und Kenntnisse zum Auf- bzw. Ausbau, zur Durchführung und zu Fördermöglichkeiten dieser Projekte im Sinne des § 45 a-c SGB XI vermittelt. Die Veranstaltung findet in Kooperation mit dem Bildungs- und Tagungszentrum Heimvolkshochschule Springe e. V. statt.

Teilnahmegebühr: 185,- Euro inkl. Verpflegung und Unterkunft



Veranstaltungen der LVG

Qualitätsmanagement von Gesundheit und Nachhaltigkeit an Hochschulen und wissenschaftlichen Einrichtungen?!

27. Januar 2005, Dortmund

Die Tagung stellt Instrumente und Strategien vor, wie Nachhaltigkeit und Gesundheit als Themen in Hochschulen verankert werden können. Dabei soll die ganze Hochschule als Organisation und soziales System in den Blick genommen werden. Die Veranstaltung wird von der Fachhochschule Dortmund in Kooperation mit dem AK Gesundheitsfördernde Hochschulen und der Techniker Krankenkasse durchgeführt.

Weitere Informationen: www.qmggesundheit.fhdo.de,
Hinweise zur Teilnahme: Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Sigrid Michel, Fachhochschule Dortmund, University of Applied Sciences, Departement of Social Work,
Tel.: (02 31) 7 55-4913, E-mail: sigrid.michel@fh-dortmund.de

18. Netzwerktagung, »Zu viele Hormone ... zu häufig psychotrope Medikamente ... Fehlmedikationen in Altenheimen«

16. Februar 2005, Oldenburg

Das Netzwerk wird beispielhaft die Themenfelder Hormone in den Wechseljahren, Geschlechtsunterschiede bei der Verschreibung von Arzneimitteln sowie Medikamentengabe an ältere Menschen in Altenheimen aufgreifen und aktuelle Untersuchungsergebnisse vorstellen. Die 18. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Nds. findet in Kooperation mit dem Frauenbüro Oldenburg und dem Therapie- und Beratungszentrum für Frauen Oldenburg, e. V. statt.
Teilnahmegebühr: 30,- Euro

»Schulen in Bewegung ...« Qualitätsmanagement und Gesundheitsaudit zur Verbesserung der Bildungsqualität

16. Februar 2005, Hannover

Die Qualitätsdebatte hat die Schule erreicht. Der Frage nach der Verbesserung ihrer Erziehungs- und Bildungsqualität kann sich keine Schule mehr verschließen. Doch was ist schulische Qualität, was hat sie mit Gesundheit zu tun und wie kann sie praktisch umgesetzt werden? Welche Themenschwerpunkte sind wichtig und gehören dazu? Diesen und anderen Fragen haben sich einige niedersächsische Schulen gestellt. Mit Hilfe des Gesundheitsaudits haben sie ihre bisherige Arbeit überprüft und/oder sind im Rahmen des Modellprojektes »gesund leben lernen« dabei, neue Wege zu beschreiten nach dem Motto: »Wer sich nicht bewegt bleibt sitzen«. Alle beteiligten Schulen haben Einiges in ihrem Schullalltag in Bewegung gebracht und entwickelt. Auf der Veranstaltung präsentieren Schulen ihre Ideen, Ansätze und momentanen Fragestellungen, diskutieren ihre Erfahrungen und werden für ihr Engagement ausgezeichnet.

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Gesundheit von Männern fördern. Aber wie? – Multiplikatoren-schulung

21.–23. Februar 2005, Akademie Waldschlösschen e. V.

Kommerzielle Gesundheitsangebote haben in den vergangenen Jahren ein echtes Neuland entdeckt: die Männergesund-

heit. Für Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen und Gesundheitsbildungsangebote der Erwachsenenbildungsträger sind Männer jedoch kaum zu motivieren. Dies hängt auch mit der wenig zielgruppengerechten Vermittlung und Konzeption dieser Angebote zusammen. Dabei existieren Zugangswege und Kommunikationsstrategien, die Männergesundheit erfolgreich an den Mann bringen.

Die Veranstaltung findet in Kooperation mit dem Verein Niedersächsischer Bildungsinitiativen statt.

Teilnahmegebühr auf Anfrage

Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen: Risiken und (Neben-)Wirkungen für die Gesundheit

3. März 2005, Hannover

Mit dem Allgemeinen Abkommen zum Handel mit Dienstleistungen GATS (General Agreement on Trade in Services) oder der Bolkestein-Direktive wird auf eine Liberalisierung aller Dienstleistungen und ihrer Märkte abgezielt. Neben einem notwendigen ethischen Diskurs will die Tagung die Auswirkungen dieses Phänomens auf die Gesundheit der Menschen, auf soziale Aspekte und auf die Geschlechter beleuchten. Die Veranstaltung wird u. a. in Kooperation mit der Stiftung Leben und Umwelt und medico international durchgeführt.

Teilnahmegebühr: 40,- Euro/ermäßigt 25,- Euro

Netzwerk »KiTa und Gesundheit Niedersachsen«

Gründungsveranstaltung des niedersächsischen Netzwerkes

15. März 2005, Hannover

Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. initiiert in Zusammenarbeit mit niedersächsischen Kooperationspartnern das Netzwerk »KiTa und Gesundheit Niedersachsen«. Das Netzwerk soll eine Plattform bilden, die den Austausch von Erfahrungen und Informationen zum Schwerpunkt KiTa und Gesundheit ermöglicht und durch die gemeinsame Entwicklung von gesundheits-, sozial- und bildungspolitischen Perspektiven und Handlungsansätzen einen Beitrag zu mehr Chancengleichheit leistet.

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

»essen – bewegen – wohl fühlen« in Elternhaus, Kita und Schule

27. April 2005, Hannover

Unter dem Titel »essen – bewegen – wohl fühlen« findet derzeit an neun Grundschulen in Niedersachsen ein Pilotprojekt mit Unterstützung der Kaufmännischen Krankenkasse, der Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e. V., der Landesstelle Jugendschutz Nds., dem Landesverband der Volkshochschulen Nds. und der Universität Bremen statt. Ziel der Veranstaltung ist es, wissenschaftliche Einblicke in die Gesundheitssituation der Kinder heute und die Stärkung von Schutzfaktoren für die Entwicklung eines positiven Selbstbildes aufzuzeigen sowie erste Projekterfahrungen mit Eltern, Lehrkräften, Erzieherinnen, Erzieher und Fachkräften, die in der (vor-)schulischen Gesundheitsförderung tätig sind, auszutauschen und zu diskutieren

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Niedersachsen

Gesundheits-Bewusstes Sehen bei der Bildschirmarbeit, 31.1-3.2.2005, Bücken, Kontakt: FrauenBildungs- und Tagungshaus Altenbücken, Schürmannsweg 25, 27333 Bücken, Tel.: (0 42 51) 78 99, E-Mail: team@altenbuecken.de, www.altenbuecken.de

Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung – Bericht über die Arbeit der Enquete-Kommission NRW, 3.2.2005, Hannover, Vortrag, 17.00 Uhr, LAG Gesundheit, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Hannover, Nebengebäude des Landtages, Raum 1405, Kontakt: Friederike Fischer, Tel.: (05 11) 60 39 41, E-Mail: frif2002@web.de

Hospiztagung, Vom Sterben sprechen, 10.-12.3.2005, Loccum, Evangelische Akademie Loccum, Münchehäger Straße 6, 31547 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-0, Fax: (0 57 66) 81-9 00, E-Mail: eal@evlka.de

Bundesweit

Open-Space-Workshop, Betriebliche Gesundheitsförderung – Erfahrungen, Projekte, Praxis-hilfen, 17.-18.1.2005, Reken, Kontakt: Doris Breuer-Stern, Tel.: (0 28 64) 55 44, Fax: (0 28 64) 47 94, E-Mail: Doris.Breuer-Stern@t-online.de, www.stern-training.de

Konfliktmanagement, Cool bleiben wenn es heiss wird, 22.1.2005, Stuttgart, Kontakt: Heinrich Böll Stiftung, Baden-Württemberg e.V., Rieckestr. 26, 70190 Stuttgart, Tel.: (07 11) 26 33 94-10, Fax: (07 11) 26 33 94-19, E-Mail: info@boell-bw.de

Wege zur Frauengesundheit – Von Stolper- und Meilensteinen, 24.1.2005, Berlin, Kontakt: Bundeskoordination Frauengesundheit, Knochenhauerstr. 20-25, 28195 Bremen, Tel.: (04 21) 1 65 23 98, Fax: (04 21) 1 65 31 16, E-Mail: info@bkfrauengesundheit.de

Echt Gewaltfrei, 27.-29.1.2005, Dortmund, Kontakt: Umbruch Bildungswerk für Friedenspolitik und gewaltfreie Veränderung – Geschäftsstelle Köln, Scharnhorststr. 6, 50733 Köln, Tel.: (02 21) 7 60 99 14, E-Mail: Konfliktbearbeitung@umbruch-bildungswerk.de, www.umbruch-bildungswerk.de

Pflege 2005 – Kongress und Ausstellung, 28.-29.1.2005, Berlin, Kontakt: Wissenschaftlicher Beirat in Zusammenarbeit mit AVG, BALK, DBfK, DPV, Redaktion Heilberufe, Tel.: (0 30) 20 45 60-3, E-Mail: Tauchert@urban-vogel.de, www.heilberufe-kongresse.de

Was uns schmeckt, bewegt uns... Förderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien, 3.2.2005, Hamburg, Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg, Tel.: (0 40) 6 32-22 20, Fax: (0 40) 6 32-58 48, E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

Symposium zur Lebensmittelsicherheit im erweiterten Europa, 4.2.2005, Dresden, Kontakt: Bildungszentrum des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Herbert-Böhme-Str. 11, 01662 Meißen, Tel.: (03 51) 5 64 57 23, Fax: (03 51) 47 37 64

Sehnsucht nach dem Unvorhersehbaren, 11.-13.2.2005, Bonn/Röttgen, Kontakt: Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, c/o Bundesverband für Körper und Mehrfachbehinderte Sucht, Brehmstr. 5-7, 40339 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 6 40 04-10, Fax: (02 11) 6 40 04-20, E-Mail: Simone.bahr@bvkm.de

Förderung von Veränderungsbereitschaft bei problematischem Suchtmittelkonsum, 16.-18.2.2005, Meinerzhagen, Kontakt: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht, Elisabeth Rocklage, Warendorfer Str. 27, 48133 Münster, Tel.: (02 51) 5 91-53 83, Fax: (02 51) 5 91-54 05, E-Mail: elisabeth.rocklage@lwl.org

Ernährung als Therapie, 18.-19.2.2005, Berlin, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM), Brigitte Herbst, Am Campus Charité Mitte, Medizinische Kliniken, Schumannstr. 20/21, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 4 50 51 41 32

Würde und Wert des Alters, 18.-20.2.2005, Heilsbrunn, Kontakt: Evangelische Akademie Tutzing, Tel.: (0 81 58) 2 51-0, Fax: (0 81 58) 2 51-1 37, E-Mail: hotel@ev-akademie-tutzing.de

Fachtagung, Frühkindliche Sexualerziehung in der Kita, Kuschneln, Fühlen, Doktorspiele..., 21.2.2005, Hamburg, Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg, Tel.: (0 40) 6 32-22 20, Fax: (0 40) 6 32-58 48, E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

Coaching für Eltern – Mütter und Väter als Experten – Internationales Forum für Fachleute und Eltern, 25.-27.2.2005, Heidelberg, Kontakt: Helm Stierlin Institut e.V., Schloß Wolfsbrunnenweg 29, 69118 Heidelberg, Tel.: (0 62 21) 7 14 09-0, Fax: (0 62 21) 7 14 09-30, E-Mail: info@hsi-heidelberg.com, www.hsi-heidelberg.com

Jahrestagung, Evidenzbasierte Medizin (EbM) bei chronischen Erkrankungen, 10 Jahre EbM – Was hat es gebracht? 3.-5.3.2005, Berlin, Kontakt: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., Geschäftsstelle c/o, Henning Thole, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Aachener Str. 233-237, 50931 Köln, E-Mail: sekretaeer@ebm2005.de, www.ebm2005.de

Schule und Lebensqualität – Konzepte für die Praxis, 5.3.2005, Leipzig, Kontakt: UGB, Sandusweg 3, 35435 Wetttenberg/Gießen, Tel.: (06 41) 8 08 96-0, Fax: (06 41) 8 08 96-50

Umgang mit sexuellen Misshandlungen an Kindern und Jugendlichen, 7.-10.3.2005, Timmen-dorf, Kontakt: EREV, Flüggestr. 21, 30161 Hannover, Tel.: (05 11) 39 08 81 13, E-Mail: info@erev.de

Psychiatrietagung, Leben am Rande des Vulkans – Familie im Spannungsfeld psychischer Erkrankungen, 12.3.2005, Hofgeismar, Evangelische Akademie Hofgeismar, Postfach 1205, 34362 Hofgeismar, Tel.: (0 56 71) 8 81-0, Fax: (0 56 71) 8 81-1 54, E-Mail: ev.akademie.hofgeismar@ekkw.de

Kolloquium Arbeits- und Gesundheitsschutz bei älteren Arbeitnehmern, 16.-18.3.2005, Dresden, Kontakt: Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit, Königsbrücker Landstr. 2, 01109 Dresden, Tel.: (03 51) 4 57-0, Fax: (03 51) 4 57-10 15

Kongress Personalmanagement und Arbeitsgestaltung – Träger von Innovation, Gesundheit und Leistung, 22.-24.3.2005, Heidelberg, Kontakt: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V., Ardeystrasse 67, 44139 Dortmund, Tel.: (02 31) 12 42 43, Fax: (02 31) 7 21 21 54, E-Mail: gfa@ifado.de

Auswirkungen von Führung, Betriebsklima und Mobbing auf Leistungsbedingungen und wirtschaftlichen Erfolg, 4.-8.4.2005, Hamburg, Kontakt: Dr. Max Geray, Büro für Arbeitsschutz & Betriebsökologie, Am Felde 2, 22765 Hamburg, Tel.: (0 40) 3 90 51 82, Fax: (0 40) 3 90 75 87, www.buero-fuer-arbeitsschutz.de

International

Kongress zum 20. Todestag Fritz Morgenthalers: Traum-Technik-Sexualität, 5.3.2005, Zürich, Kontakt: Psychoanalytisches Seminar Zürich, E-Mail: morgenthaler@psychoanalyse-zuerich.ch, www.psychoanalyse-zuerich.ch

Antwort bitte ausfüllen und schicken oder faxen an die

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Fax: (05 11) 3 50 55 95

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