

Landesvereinigung
für Gesundheit
Niedersachsen e. V.

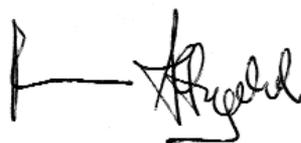
Multikulturelle oder Parallel- gesellschaft?

Unsere Auseinandersetzung mit dem Begriff Parallelgesellschaften begann erwartungsvoll und endete illusionslos. Der Begriff verschleiert mehr, als er erklärt. Seine Konjunktur in der aktuellen politischen Debatte lässt sich wohl nur in Verbindung mit dem Boomthema ›Integration‹ verstehen. Wirklich parallel zu allen gesellschaftlichen Realitäten ist vielleicht nur die virtuelle Realität, und selbst die stellt eher einen Spiegel gesellschaftlicher Wirklichkeiten als einen völlig neuen, parallelen Möglichkeitsraum dar. Wahrscheinlich sind die in der Gesundheitsförderung etablierten Begriffe der ›Lebenswelt‹ und ›Chancengleichheit‹ besser geeignet, um Perspektiven und Alltage verschiedener Gruppen in der Gesellschaft zu beschreiben und deren Auswirkungen auf Gesundheit zu verdeutlichen.

Insofern ist diese Newsletterausgabe in gewisser Weise eine Mogelpackung, weil wir den Titel nicht mehr verändert haben, aber mittlerweile gerade durch die vielfältigen und spannenden Artikel wieder bei den Begriffen der Lebenswelt und der Chancengleichheit angelangt sind. Wir stellen in diesem Newsletter verschiedene Aspekte gesellschaftlicher In- und Exklusionsmechanismen dar und analysieren die vorhandenen Diversitäten (Migration, soziale Benachteiligung und Behinderungen) auf ihre gesundheitlichen Folgen hin. Daraus werden Anforderungen an effektive Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien abgeleitet und Beispiele guter Praxis vorgestellt. Dabei spielen aktuelle Veranstaltungen, kommunale Modellprojekte und auch neue Veröffentlichungen eine wichtige Rolle.

Wie immer sind Sie an dieser Stelle zur Beteiligung an den nächsten Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen herzlich eingeladen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Schnittstellenmanagement in Gesundheitsförderung und -versorgung‹ (Redaktionsschluss 03.08.2007) und ›Psychische Gesundheit und Krankheiten – Herausforderungen für Prävention und Versorgung‹ (Redaktionsschluss 08.10.2007).

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Multikulturelle oder Parallelgesellschaft?	2
■ Anerkennung statt Integration – Für einen Wechsel in der regulativen Bezugsgröße	3
■ Clever, einfallsreich, unruhig und allmächtig – im Wirbel der digitalen Bilder	4
■ Politische Milieus in Deutschland	5
■ Jugendarbeitslosigkeit und das Risiko sozialer Exklusion	6
■ Integration durch Sport?! Chancen und Probleme	8
■ Sport, Gender und Kultur der Maskulinität	9
■ Migration im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit	10
■ Leben mit Behinderung – Entwicklungen in der Versorgung behinderter Menschen	11
■ Soziale Aspekte des Zirkuslebens	12
■ Parallelgesellschaften und die Konsequenz für die Gesundheitsförderung am Beispiel schwuler Männer	13
■ Phänomen Second Life	14
■ Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe	16
■ Hormoneinnahme in den Wechseljahren	17
■ Fonds für außergerichtliche Gläubigervergleiche	18
■ Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung	18
■ SENSIA macht Häusliche Gewalt zum Thema im Krankenhaus	20
■ Suizidprävention in der Schule	20
■ Jobfit Regional	21
■ Mediothek	22
■ Internet	25
■ Termine	26
■ Impressum	15

Christoph Butterwegge

Multikulturelle oder ›Parallelgesellschaft?‹

Dadurch, wie man in der Öffentlichkeit über Ausländerinnen und Ausländer, Flüchtlinge, Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten sowie ethnische Minderheiten, aber auch die Möglichkeit eines friedlichen Zusammenlebens mit ihnen spricht, entscheidet sich, ob die Ausgrenzung von ›Fremden‹ um sich greift und die Gesellschaft zerfällt oder für alle ihre Mitglieder eine gemeinsame Entwicklungsperspektive gefunden werden kann. Ausschlaggebend dafür sind nicht zuletzt jene Begriffe, die den Alltag von Menschen mit Migrationshintergrund oder besser: einer solchen Vorgeschichte im Familienzusammenhang, kennzeichnen.

Zerbilder der Medien

In seiner Titelgeschichte ›Deutsche und Ausländer: Gefährlich fremd‹ erklärte der Spiegel die multikulturelle Gesellschaft am 14. April 1997 für gescheitert. Auf der Titelseite des Nachrichtenmagazins schwenkte eine Frau mit dunklem Teint und geschwollener, Fanatismus symbolisierender Halsschlagader eine rote (türkische) Fahne. Daneben saßen Mädchen mit Kopftüchern auf endlos lang wirkenden Bankreihen einer Koranschule. Unter der Fahne trieb eine dunkelhäutig-maskuline, mit Messern und Nunchakus bewaffnete Jugendgang ihr Unwesen.

Wenngleich manche Journalisten, die das Thema sofort danach aufgriffen, sehr viel differenzierter als der Spiegel urteilten, bestimmte dieser als ein Leitmedium das politische Klima der Bundesrepublik. Nunmehr polemisierten Presseorgane häufiger gegen das Konzept der ›multikulturellen Gesellschaft‹, mit dem man (Ausländer-) Kriminalität, Bandenkriege und Chaos in Verbindung brachte. Hierzu passte die im Sommer 1998 vom damaligen Berliner Innensenator Jörg Schönbohm (CDU) als Gegenmodell zum Multikulturalismus propagierte, gut zwei Jahre später von seinem Parteifreund und damaligen Chef der Unionsfraktion im Bundestag Friedrich Merz aufgegriffene Forderung, Zuwanderer müssten sich der ›deutschen Leitkultur‹ fügen.

Nach dem 11. September 2001 verdunkelte sich das Islambild vieler Medien. Als der mit den Namen von Osama bin Laden und Al Qaida verbundene Bombenterror mit den Anschlägen auf Vorortzüge in Madrid am 11. März 2004 auch Europa traf, wurde das migrationspolitische Klima noch rauer. Giovanni di Lorenzo, neuer Chefredakteur der Zeit, klagte in der Ausgabe vom 30. September 2004 über die anhaltende Erfolglosigkeit von Zuwanderern. Verstärkt durch den gerade unter Mitgliedern der dritten Generation beobachtbaren ›Rückzug in eine türkische Parallelwelt‹, frönten ›zu viele Türken‹ der auch unter Deutschen grassierenden Unsitte, den Sozialstaat hemmungslos auszubeuten.

Den öffentlichen Durchbruch erlebte die Bezeichnung ›Parallelgesellschaft‹ nach der Ermordung des niederländischen Filmemachers Theo van Gogh am 2. November 2004. Mit dieser Debatte, die in einem ›Die Schlacht um Europa‹ überschriebenen Artikel von Gilles Kepel in der Welt am Sonntag vom 21. November 2004 und im Titelblatt der am Tag darauf erschienenen Ausgabe des Münchener Nachrichtenmagazins Focus ›Unheimliche Gäste. Die Gegenwelt der Muslime in Deutschland‹ gipfelte, wurde das Feindbild des Kalten Krieges einerseits modernisiert und andererseits restauriert. In

der FAZ vom 23. November 2004 sprach Lorenz Jäger vom ›Bankrott des Multikulturalismus‹ und behauptete, durch van Goghs Ermordung sei ›eine weitere Lebenslüge der deutschen Linken‹ zerstört worden. An gleicher Stelle bemerkte Mark Simons jedoch zu Recht, gescheitert sei nur die ›Milchmädchenrechnung der Monokultur‹, und wies auf Kanada hin, wo die meisten Einwanderer nicht nur in den Arbeitsmarkt integriert, sondern auch von der Gesellschaft erwünscht seien.

Integrationsunwilligkeit oder Versagen der Politik?

Die kampagnenartige Berichterstattung über ›Zwangsverheiratungen‹ von Mädchen und Frauen sowie ›Ehrenmorde‹ hatte (kultur)rassistische Untertöne. Mediendarstellungen wirkten stigmatisierend und verstärkten den Eindruck, dass sich die muslimischen Migranten, Türken zumal, in ›Parallelgesellschaften‹ verschanzen, ihre Frauen unterdrücken und einfach nicht ›zu uns‹ passen, vielmehr dorthin gehören, wo sie herkommen und ihrer fremdartigen Kultur gemäß leben können. In jüngster Zeit schlug das Thema ›Migration und (mangelnde) Integration von Zuwanderern‹ wieder hohe Wellen. Anknüpfungspunkte einer Debatte, die Integration fast nur noch als mit harten Sanktionsdrohungen durchzusetzende Zwangsveranstaltung begreift und besonders Muslimen immer mehr Vorleistungen im Hinblick auf Sprachkurse sowie Einbürgerungstests abverlangt, waren der sog. Karikaturenstreit, seine gewalttätigen Folgewirkungen und die fast ausnahmslos mit einem hohen Anteil von Jugendlichen türkischer bzw. arabischer Herkunft erklärte Brutalität an der Rütli-Oberschule (Hauptschule) in Berlin-Neukölln. Unter der Schlagzeile ›Ausländer-Politik: So hat der Staat versagt‹ behauptete die Bild-Zeitung am 6. April 2006, jahrzehntelang seien Kriminalität, Arbeitslosigkeit und mangelnde Deutschkenntnisse von Ausländern tabuisiert worden: ›Erst der Hilfeschrei der Lehrer aus der Berliner Rütli-Schule hat die Politik aufgeschreckt.‹ Weiter hieß es zur Situation in deutschen Großstädten, Ausländerinnen und Ausländer konzentrierten sich vielfach in bestimmten Stadtvierteln wie Berlin-Neukölln. ›Dort schotten sich Ausländer verschiedener Nationalitäten (v. a. Türken und Araber) vom Rest der Bevölkerung ab – und leben oft nach ihren eigenen Gesetzen.‹

Mittlerweile fungiert ›Parallelgesellschaft‹ hierzulande als Mode- und Konträrbegriff zur ›multikulturellen Gesellschaft‹, der eine umfassende Drohkulisse aufbaut und düstere Entwicklungsperspektiven ahnen lässt. Er gilt als Chiffre für kulturelle Entfremdung, Integrationsverweigerung und Selbstabschottung. Insbesondere von einem großen Anteil türkischer Migrantinnen und Migranten bewohnte Stadtviertel diskreditiert man im Rahmen eines medialen Ghettodiskurses als ›Parallelwelt‹ bzw. ›Gegengesellschaft‹, wodurch die überfällige Wende zur kosmopolitanen Alltagsrealität mittels eines kulturalistisch und ethnisch verengten Blicks verhindert wird. Man sollte mit diesen Begriffen vorsichtig umgehen, weil sie Migrantinnen und Migranten nicht nur eine zunehmende Ablehnung der Mehrheitsgesellschaft unterstellen, die empirisch widerlegt ist, sondern auch das positive Moment der Vernetzung von ethnischen Minderheiten und die Vorteile für andere Bewohnerinnen und Bewohner eines

Quartiers ignorieren. Statt den Migrantinnen und Migranten die Schuld für Integrationsdefizite in die Schuhe zu schieben, müsste die Mehrheitsgesellschaft ihre Verantwortung für die beruflichen, Arbeitsmarkt- und Bildungschancen erkennen und die Politik entsprechend handeln!

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. CHRISTOPH BUTTERWEGE, *Universität zu Köln, Seminar für Sozialwissenschaft, Abt. für Politikwissenschaft, Gronewaldstr. 2, 50931 Köln*

Paul Mecheril

Anerkennung statt Integration – Für einen Wechsel der regulativen Bezugsgröße

Nach einer langen Zeit, in der das Thema ›Einwanderung‹ aufgrund einer gewissermaßen offiziellen Wahrnehmungsweigerung – ›Deutschland ist kein Einwanderungsland‹ – nur ein marginales Thema und das eines politischen und intellektuellen Randes war, wird seit einigen Jahren im deutschsprachigen Raum intensiv über ›Migration‹, ›Zuwanderung‹, ›Ausländer‹, ›Multikulturalität‹ usw. debattiert. Diese Debatten formieren einen zuweilen ideologisierten und von Affekten begleiteten Diskurs. ›Migration‹ ist nicht allein ein Prozess des Überschreitens von (z. B. nationalen) Grenzen, sondern ein Phänomen, das die Thematisierung und Problematisierung von symbolischen Grenzen der Zugehörigkeit nach sich zieht und damit ihre Infragestellung betreibt, ebenso wie ihre Stärkung. Anders formuliert: Der Diskurs über ›Migration‹ ist ein heftig geführter Diskurs, weil es um etwas geht und weil die Akteure des Diskurses etwas zu gewinnen und etwas zu verlieren haben. Das, was hierbei zur Disposition steht, das, was verloren und vielleicht auch gewonnen werden kann, bezeichnet ein zentrales imaginäres (das heißt: ein institutionalisiertes Vorstellungsbild, das Wirklichkeit schafft) gesellschaftliches Moment, nämlich die Frage, wer ›wir‹ sind bzw. wer ›wir‹ sein wollen. So wird die Frage problematisiert, wer und was zu dem vorgestellten nationalstaatlichen Zusammenhang legitimerweise dazu gehört und wer und was nicht. Diese Beunruhigung ist hierbei nicht alleine eine abstrakte und bloß im Raum der medialen und politischen Öffentlichkeit ausgetragene Auseinandersetzung. Sie betrifft vielmehr grundlegende Praxen und Selbstverständnisformen wie die Frage, wer in Deutschland juristisch legal und kulturell legitim von sich behaupten darf, Bürgerin und Bürger dieses Landes zu sein und als solche zu handeln. Sie betrifft aber auch die weitestgehend von monokulturellen und monolingualen Routinen geprägten Institutionen und Organisationen der sozialen und gesundheitlichen Subsysteme, die durch Migrationsphänomene in ihren Selbstverständnissen, Strukturen und Mustern grundlegend irritiert werden. Schließlich zeigt sich die Beunruhigung aber auch auf einer individuellen und persönlich-biographischen Ebene, da durch Migration als

selbstverständlich geltende Ressourcenverteilungen, von denen einige profitieren und andere nicht, problematisiert werden.

Integrationsvokabel als regulative Idee

Nun hat sich in der deutschsprachigen Öffentlichkeit eingebürgert, das Thema Migration nahezu ausnahmslos in einem Atemzug mit der Vokabel ›Integration‹ zu behandeln. Da es bei der Thematisierung von ›Migration‹ zumeist nicht ausschließlich um eine Analyse, sondern immer auch um normative und regulative Fragen geht, wird die Integrationsvokabel auch im Kontext der erwünschten Regulation gesellschaftlicher Verhältnisse benutzt. Mein erstes Argument hier ist nun, dass die Integrationsvokabel als regulative Idee für die Gestaltung migrationsgesellschaftlicher Wirklichkeit (etwa auf der Ebene der gesundheitlichen Versorgung, der psychosozialen Arbeit) unangemessen ist. Ich nenne einige Gründe:

- Es ist ganz unklar, was ›Integration‹ eigentlich heißt bzw. es sind ganz unterschiedliche Integrationsbegriffe in Umlauf und damit ebenso viele Regulationsideen.
- Vor diesem Hintergrund kann ›Integration‹ zur Durchsetzung disziplinarischer Maßnahmen jederzeit instrumentalisiert werden, was im Zuge der gegenwärtig dominanten Verwendungsweise von ›Integration‹ auch geschieht.
- ›Integration‹ ist hierbei eine mehr oder weniger einseitige Anpassungsleistung, die als ›Migrantinnen und Migranten‹ geltende Personen zu erbringen haben, und zugleich ist ›Integration‹ ein Sanktionssystem, da bei nicht erbrachter Integration symbolische und ökonomische Strafen drohen.
- ›Integration‹ bestätigt die Zuschreibung von Fremdheit, da die Vokabel nahezu ausschließlich benutzt wird, um über ›Migrantinnen und Migranten‹ zu sprechen. Dadurch werden ›Menschen mit Migrationshintergrund‹ – selbst wenn sie in Deutschland geboren und aufgewachsen sind und hier ihren Lebensmittelpunkt haben, – beständig als ›fremde‹ Elemente, die zu integrieren seien, konstruiert und festgelegt (die Frage der ›Integration‹ wird aber nicht beispielsweise mit Bezug auf autochthone Hartz IV-Empfänger gestellt und auch nicht mit Bezug auf Peter Hartz selbst und seine deviante Biographie).
- ›Integration‹ ist keine angemessene pädagogische und psychosoziale Referenz, da der Begriff Individuen nicht als Subjekte versteht, die in pädagogischen und psychosozialen Zusammenhängen zunächst einmal zur Kenntnis genommen werden müssen, sondern als ›Elemente‹, die einem größeren Ganzen einzuordnen, eben zu integrieren seien.

Diese Einwände gegen das regulative Prinzip der Integration verweisen letztlich kritisch auf eine Paradoxie, die den dominanten Diskurs und die vorherrschende Politik mit Bezug auf ›Migration‹ in Deutschland grundsätzlich kennzeichnet. Von den als ›Andere‹ und ›Fremde‹ geltenden Personen wird in der deutschen Öffentlichkeit Eingliederung und Angleichung gefordert. Gleichzeitig wird durch diese Forderung – die vermeintlich bestehende und vermeintlich nicht bewahrenswerte Differenz beständig betont, eingebracht und bestätigt.

Topos der Anerkennung

Vor diesem Hintergrund macht es Sinn, über alternative regulative Bezugspunkte nachzudenken. Anstelle von ›Integration‹ stellt meines Erachtens der Topos der Anerkennung – gerade für pädagogische und psychosoziale Arbeit – eine Referenz dar, die ertragreicher und angemessener sein könnte. ›Anerkennung‹ als regulative Referenz heißt hierbei, dass die Gestaltung der migrationsgesellschaftlichen Wirklichkeit von der Idee getragen wird, Anerkennungserfahrungen zu maximieren und Missachtungserfahrungen zu minimieren.

Allgemein zielt Anerkennung unter Bedingungen von Differenz auf Verhältnisse, in denen einander Fremde für Bedingungen der Möglichkeit zur Selbstdarstellung der je anderen eintreten. Bei diesen Verhältnissen handelt es sich um solche, die den Status der je anderen als Subjekt ernst nehmen. Im hier bedeutsamen Subjektbegriff geht es nicht um das Herausstellen einer wesenhaften Eigenschaft von Individuen. ›Subjekt‹ ist vielmehr ein Begriff, der ein spezifisches Verhältnis eines Individuums zu einem sozialen Zusammenhang benennt. Der relationale Ausdruck gibt Auskunft über die (wandelbare) Position, die ein Individuum in einem sozialen Kontext einnimmt und aufgrund derer ihm bestimmte Ansprüche erwachsen.

Anerkennungsansätze plädieren für eine Regelung pädagogischer Angelegenheiten, die die Handlungsfähigkeit Einzelner fördert und ermöglicht, indem Strukturen geschaffen und zugestanden werden, in denen Einzelne ihren basalen Handlungsdispositionen entsprechende Bedingungen der Möglichkeit zum Handeln vorfinden. Handlungsfähigkeit beschränkt sich im Rahmen eines Anerkennungsansatzes also nicht auf die schlichte Zubilligung, gleichberechtigt an öffentlichen Gütern partizipieren zu dürfen. Handlungsfähigkeit ist vielmehr an ein responsives Verhältnis zwischen Handlungs-subjekt und Handlungsraum gebunden, in dem das Handlungs-subjekt in seinen spezifischen, nur im Rahmen seiner besonderen Geschichte und Biographie verstehbaren Dispositionen und Vermögen angesprochen und zur Geltung gebracht wird. Anerkennungsansätze treten für die Vermehrung solcher Zusammenhänge ein und somit dafür, das Scheitern Einzelner beispielsweise an kulturellen Vorgaben der Bildungsinstitutionen als Defizit dieser Institutionen zu verstehen.

DR. PAUL MECHERIL, *Universität Bielefeld, Fakultät für Pädagogik, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld,*
E-Mail: paul.mecheril@uni-bielefeld.de

Clever, einfallsreich, unruhig und allmächtig – im Wirbel der digitalen Bilder

An Computern spielen unsere Kinder oft zu viel, zu ziellos und zu sehr allein gelassen. Zugleich üben sie sich in die Technologie ein, die ihre wirtschaftliche und kulturelle Zukunft dominieren wird. Aufmerksamkeiten, ja, die Gesamtheit ihrer kognitiven Vorgänge unterscheiden sich zentral von denen früherer Generationen. Sie denken weniger oder gar nicht in fixierten Zielen, sie haben Mühe mit hierarchisch gegliederten Denkvorgängen, insgesamt scheint ihnen alles Beständige in gewisser Weise unzumutbar. Sie denken schneller, aber auch ungeduldiger, konzentrieren sich lieber auf Prozesse als auf festgelegte Zielvorgaben. Sind sie erst einmal von einer Sache begeistert, also in ›Action‹, dann sind sie fleißig, ausdauernd, konzentriert, aber Fleiß und Konzentration als allgemeine Tugend, als disziplinarisch einzufordernde Verhaltensweise steht ihnen kaum noch zur Verfügung.

Die Symbole im Internet oder Computerspiel sind Objekte aus in rasender Geschwindigkeit gerechneten Lichtimpulsen, fluide und unbeständig. Sie tauchen im Spiel oder im Kontakt auf, werden kommuniziert und verschwinden wieder – übergangslos. Mit einer kleinen Handbewegung werden sie aufgerufen. Mit einer ebenso geringen fallen sie zurück in eine Nicht-Existenz, die uns, wenn wir empfindsam genug dafür sind, geradezu ängstigen kann.

Dieses leichte Schweben, dieses Surfen durch weiche Symbolräume, die nur gerechnete Lichtpunkte sind und ihre eigenwillige symbolische Realität erschaffen, ist für uns Ältere schwer begreifbar.

Das weiche, beinahe passive Gleiten durch Lichtsymbole – über Räume hinweg, die im Übertragungsmedium Internet nicht dargestellt werden – erinnert an frühe Seinzustände, an die Anfänge des seelischen Lebens, in denen wir auch in einem universalen Weltgefühl gehalten wurden. Aus diesem beseligten kleinkindhaften ›Ich-Gefühl‹ differenziert sich allmählich die konturierte Welt der Objekte heraus – ein schwieriger und manchmal schmerzlicher Prozess hin zur individuellen Autonomie. In den Lichttechnologien der Computerspiele und des Internethandelns wird er zu Teilen widerrufen. Die empfindsame Leichtigkeit des ›Surfens‹ quer durch Lichtsymbole weicht die Bedingungen unserer Realitätserfahrungen auf.

Risiken nicht übersehen

Die Risiken, denen die modernen Kinder und Jugendlichen ausgesetzt sind, dürfen dabei nicht übersehen werden. Zwei Beispiele: Wir rechnen heute mit ca. 400 000 jungen computerabhängigen Menschen, meist männliche Jugendliche und junge Erwachsene. Als Risikofaktoren erkennbar sind: 1. die Freunde kommen seltener, dem Jugendlichen ist es gleichgültig 2. erkennbar zunehmende Unruhe 3. kein Interesse am äußeren Erscheinungsbild, ganz im Gegensatz zu noch einem Jahr zuvor 4. Schlaflosigkeit, Spielen bis tief in die Nacht (wenn der Vater nachts um drei Uhr vorbeischaute, surrt der Computer, wird er, auf Anordnung, ausgemacht, surrt er um fünf Uhr wieder) 5. der Körper wird massiv vernachlässigt, oft riechen diese Jungen penetrant 6. Essstörungen, erkennbare Anfälligkeit des Körpers und massive Realitätsverweigerung.

Dieses Verhaltensbild entfaltet sich vorwiegend oder ausschließlich über Rollenonlinespiele wie ›World of Warcraft‹.

Gero Neugebauer

Politische Milieus in Deutschland

Im Strom der elektronischen Daten

Die Jugendlichen bewegen sich wie selbstverständlich im Strom elektronischer Daten, kämpfen und töten, bilden Gemeinschaften und verlassen sie wieder; brüten per Netz-Telefon oder Chat gemeinsam Taktiken aus, die die Gegner aus dem Feld schlagen. Und zuletzt reicht ein Klick, um die Kontakte, die Feinde, die Phantasmen und Magien wieder verschwinden zu lassen, als hätte es sie nie gegeben. Die Grenze zwischen Erscheinen und Verschwinden, zwischen Sein und Nicht-Sein verläuft durchlässiger als irgendwo sonst auf der Welt.

Die Bildinhalte sind banal: Elfen und Zauberer, Drachen und Superhelden. Keine Identität, nichts Biographisch-Beson-deres. Manchmal agieren sie in absurd gepanzelter Rüstung, manchmal in kindischem Rittergewand. Das alles wirkt wie die Phantasiewelt eines kleinen Jungen.

Ein kaltes weites Szenarium dehnt sich vor den Augen des Spielers aus, in dem jedoch, wie ein heimliches Versprechen, für seine abrufbereiten Aggressionen Feinde lauern. Versteckt sind sie, noch unsichtbar, aber jede Sekunde können sie hervorbrechen. Er ist, während er noch chattet oder telefoniert, innerlich immer auf dem Sprung, hoch angespannt, stundenlang. Das ist wie ein Rausch.

Auswirkungen auf das Körperbild von Mädchen

Bei Mädchen zeigt sich eine Verschiebung der sozialen Kontakte auf das Internet und Netzspiele wie ›Sims‹ oder ›Second Life‹, verbunden mit einem gefährdeten Körperselbstbild, weil der Umgang mit Lichtobjekten nicht nur perfekte Körpervor- bilder produziert, sondern ästhetisch tiefer greift – vor allem essgestörte Mädchen in der Pubertät finden in den Spielräumen ein ›Körperbild‹ realisiert, in dem das Biologische ganz ausgelöscht ist. In radikaler Form erscheinen die Körper als Nicht-Objekte, die von innen her glänzen, wie Idole. Die technisch-ästhetischen Wirkung der digitalen Bildobjekte bringt in radikaler Weise bulimische Phantasien zur Geltung.

Fast omnipotent agieren die Jungen (besonders in den Fantasy-Spielen) online – ›ich erschaffe und vernichte‹. Mächtig fühlt sich unser ›kleiner Gott vor dem Monitor‹, so hat Will Wright, Erfinder der ›Sims‹ einmal die seelische Verfassung der jungen Spieler umschrieben – aber er agiert zugleich immer als Teil eines umfassenden Spielgeschehens. Gehorsam wird eine Aufgabe, ein ›Quest‹, nach dem anderen erfüllt, und zugleich werden geduldig vielfältige Kommunikationen per Chat und Internet-Telefonie aufgenommen. Das kriegerische Handeln ist ein wichtiger Teil, um die seelische Situation des Spielers zu erfassen, ebenso wichtig ist es zu verstehen, dass diese omnipotenten Fantasien immer wieder in geordnete Spielabläufe integriert und in Gruppenkontakte eingebunden werden. Letztlich ist es etwas sehr ›Weiches‹, das hier geschieht – der junge Spieler fließt im Spielgeschehen mit. Passiv, leicht, weich und getragen. Das ist ihm genug.

Literatur beim Verfasser

WOLFGANG BERGMANN, *Institut für Kinderpsychologie und Lerntherapie, Drotestr. 11, 30161 Hannover, Tel.: (05 11) 3 63 11 12, Fax: (05 11) 3 94 08 51, E-Mail: IFLWBergmann@aol.com*

Als der SPD-Vorsitzende Kurt Beck im Oktober 2006 über ›Unterschichten‹ und ›Prekariat‹ sprach, war ein ›Unwort‹ plötzlich in aller Munde, obwohl an die Existenz von Menschen in schlechten sozialen Lagen und bedrohlichen Beschäftigungsverhältnissen nicht nur die Proteste gegen Hartz IV erinnert hatten. Nur war das ›abgehängte Prekariat‹ kein soziales, sondern ein politisches Milieu, also ein Forschungs-konstrukt, das primär auf politischen Einstellungen beruht, die mit sozialen und sozio-kulturellen Merkmalen ergänzt werden; diese Merkmale sind wiederum die Basis für die Konstruktion sozialer Milieutypen. Deshalb sind ›Unterschicht‹ als Bezeichnung für eine soziale Schicht und ›Prekariat‹ nicht das gleiche, auch wenn beide manches gemeinsam haben.

Typologie politischer Milieus

Die Friedrich-Ebert-Stiftung hatte das Umfrageinstitut TNS Infratest dimap damit beauftragt, die Einstellungen der deutschen Wähler und Wählerinnen zu gesellschaftlichen Veränderungsprozessen zu ermitteln. Die Daten wurden mittels einer repräsentativen Umfrage im Frühjahr 2006 erhoben. Das hauptsächliche Ergebnis ist eine Typologie politischer Milieus der deutschen Wählerschaft. Es handelt sich um neun Typen von politischen Milieus, die nach den politischen Einstellungen der Befragten gebildet wurden. Diese Milieus sind: 1. Leistungsindividualisten, 2. etablierte Leistungsträger, 3. kritische Bildungseliten, 4. engagiertes Bürgertum, 5. zufriedene Aufsteiger, 6. bedrohte Arbeitnehmermitte, 7. selbstgenügsame Traditionalisten, 8. autoritätsorientierte Geringqualifizierte, 9. abgehängtes Prekariat.

Nachdem die neun politischen Milieus identifiziert waren, wurden sie auf sozialstrukturelle Merkmale, auf politische Orientierungen und Wahlverhalten sowie auf Aspekte der beruflichen und finanziellen Situation und der Lebensgestaltung hin untersucht und beschrieben.

Die Ergebnisse der repräsentativen Umfrage sagen zusammengefasst folgendes aus: Die gesellschaftliche Grundstimmung ist vor allem durch Unsicherheit, Ängste und Zukunfts-sorgen gekennzeichnet. Es besteht eine große Sensibilität gegenüber der wachsenden sozialen Ungleichheit sowie gegenüber der Undurchlässigkeit der Gesellschaft. Gerade die unteren sozialen Schichten rechnen sich kaum noch Aufstiegschancen aus. Sie wünschen sich, dass der Staat eine umfassende soziale Absicherung der Bürgerinnen und Bürger garantieren soll. Besonders im ›Prekariat‹ sind Befürchtungen, im Alter Sozialhilfe beanspruchen zu müssen, weil die Rente nicht reicht, überdurchschnittlich hoch; ebenso wie finanzielle Sorgen oder die, den Lebensstandard zukünftig nicht halten zu können. Teilweise vermitteln die Ergebnisse den Eindruck, dass die tatsächliche soziale Lage der mittleren und vor allem der oberen gesellschaftlichen Schichten nicht ganz so unbefriedigend ausfällt wie die ›gefühlte‹ soziale Lage.

Die Befragungen zum Wertehaushalt der Bevölkerung bestätigen, dass die deutsche Gesellschaft durch sehr komplexe Wertesynthesen gekennzeichnet ist. Besonders große Verbreitung haben Werte, die sich auf soziale Probleme und auf die libertäre (freiheitliche, postmaterialistische) Gestaltung des Gemeinwesens beziehen. Neoliberale Wertvorstel-

lungen haben geringen Zuspruch; das entspricht der Unzufriedenheit mit den wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen. Pflicht- und Akzeptanzwerte (autoritäre Wertvorstellungen) genießen höheres Ansehen als (libertäre) Selbstentfaltungswerte. Allerdings zeigt die beträchtliche Akzeptanz der Gleichberechtigung der Geschlechter und der Generationengerechtigkeit, dass wichtige libertäre Grundüberzeugungen mittlerweile zum gesellschaftlichen Konsens zählen. Und 95 Prozent aller Befragten halten es für wichtig, dass für soziale Gerechtigkeit gesorgt werden sollte.

Einstellungen zu Reformen

Die Einstellungen der Deutschen zu Reformen zeigen, dass die überwiegende Mehrheit den Reformbedarf anerkennt und dass die Reformbereitschaft mit wachsendem sozialen Status zunimmt. Die Hälfte aller Bundesbürger stuft sich als Verlierer der bisherigen Reformen ein. Insbesondere dem unteren gesellschaftlichen Drittel sind Nachteile erwachsen, während sich für das obere Drittel keine Veränderungen ergeben haben. Die Hälfte der Befragten befürchtet, dass die eingeleiteten Reformen negative Auswirkungen auf die soziale Sicherheit haben und ebenfalls knapp die Hälfte bezweifelt, dass die Reformen eine Rückkehr zu wirtschaftlicher Prosperität bewirken werden.

Die Ergebnisse der Studie machen deutlich, dass insbesondere im unteren sozialen Bereich der Gesellschaft Erfahrungen von sozialem Abstieg sowie Befürchtungen dominieren, von der Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben ausgeschlossen zu werden – oder es weiter zu bleiben. Das Bild, das sich die von Armut und Ausgrenzung Betroffenen von der Gesellschaft machen, ist von der Vorstellung geprägt, es gäbe nur noch ein ›Oben‹ und ein ›Unten‹, aber keine Mitte mehr.

Die tiefer werdende Kluft zwischen Arm und Reich durch die zunehmende Armut bedroht den sozialen Frieden und birgt die Gefahr, dass in der Gesellschaft Tendenzen der Desintegration und der Resignation zunehmen. Im Kontext der Studie geführte Gruppengespräche zeigen zudem, dass zunehmend jüngere Angehörige des ›abgehängten Prekariats‹ sich kulturell und habituell abkoppeln und Lebensweisen entwickeln, die mit denen der älteren Generationen auch nicht mehr partiell übereinstimmen. Sie haben kein Problem damit, den ganzen Tag ›Party zu machen‹; gesundheitsfördernd ist das sicher nicht. Andere aus dieser Generation sind jedoch weiterhin daran interessiert, beispielsweise durch Tätigkeiten in Wohlfahrtseinrichtungen oder durch die Erziehung der eigenen Kinder, ›ihrem Leben einen Sinn zu geben.‹

Armut und Ausgrenzung begründen eine besondere Herausforderung für die Politik. So sollte sie soziale Sicherheit und Gerechtigkeit für das untere gesellschaftliche Drittel gewährleisten und sich nicht scheuen, überzogene Ansprüche des gehobenen Schichtsegments abzuwehren. Reformpolitik sollte deshalb sowohl innovativ als auch integrativ wirken. Versagt sie dabei, steigt die Gefahr der weiteren Segregation der deutschen Gesellschaft.

DR. GERO NEUGEBAUER, *Freie Universität Berlin, Otto-Suhr-Institut für Politikwissenschaft, Ihnestr. 26, 14195 Berlin,*
 impu:se 55/2007 Tel.: (030) 838-52024, E-Mail: gerosofo@zedat.fu-berlin.de

Thomas Kieselbach, Gert Beelmann

Jugendarbeitslosigkeit und das Risiko sozialer Exklusion

Das europäische Forschungsprojekt YUSEDER (EU Generaldirektorat Forschung, TSER) ist der Frage nachgegangen, wie Langzeitarbeitslosigkeit bei Jugendlichen zu sozialer Exklusion führen kann. Dazu wurden jeweils 50 langzeitarbeitslose Jugendliche im Alter zwischen 20–25 Jahren in sechs europäischen Ländern (Schweden, Belgien, Deutschland, Spanien, Italien, Griechenland) interviewt. In Anlehnung an Kronauer wurde das Konzept sozialer Exklusion auf die Situation jugendlicher Arbeitsloser angewandt, das sechs Dimensionen berücksichtigt: Exklusion vom Arbeitsmarkt, ökonomische Exklusion, institutionelle Exklusion, Exklusion durch soziale Isolierung, kulturelle Exklusion und räumliche Exklusion.

Die sechs Exklusionsdimensionen

Exklusion vom Arbeitsmarkt ist dann gegeben, wenn die Rückkehr bzw. der Eintritt in den regulären Arbeitsmarkt aufgrund vielfältiger struktureller wie personenbezogener Barrieren dauerhaft versperrt ist. Der Anteil langzeitarbeitsloser Jugendlicher mit einem hohen Exklusionsrisiko am Arbeitsmarkt ist in allen untersuchten Ländern erheblich. In den meisten Fällen ist das geringe bildungs- und berufsbezogene Qualifikationsniveau die Hauptursache der Probleme auf dem Arbeitsmarkt und der damit verbundenen Risiken der Arbeitsmarktausgrenzung. Irreguläre Beschäftigung ist insofern von Bedeutung, indem sie Jugendlichen die Möglichkeit bietet, kurzfristig ihr verfügbares Einkommen aufzubessern. Auf lange Sicht führen irreguläre Arbeitsplätze bei Jugendlichen mit besonders geringer Qualifikation zu einem hohen Risiko eines weiteren sozialen Abstiegs und sozialer Ausgrenzung.

Ein unerwarteter Befund der europäischen Vergleichsstudie zu den Ausgrenzungsrisiken ist das deutlich geringere Ausmaß ökonomischer Exklusion bei den befragten Jugendlichen aus Griechenland, Italien und Spanien. Zum einen kann dies mit der Rolle der Familie und der damit verbundenen sozialen Unterstützung in den südeuropäischen Ländern erklärt werden, zum zweiten mit der Tatsache, dass viele der Interviewten aus Südeuropa ihr Einkommen aus irregulärer Beschäftigung beziehen. Im Gegensatz dazu zeigt sich in der belgischen, schwedischen und deutschen Studie, dass das weit reichende Netzwerk wohlfahrtsstaatlicher Leistungen für jugendliche Arbeitslose eine soziale Absicherung vorsieht, diese aber auf ein Mindestniveau beschränkt bleibt.

Während junge Leute in Nordeuropa (vor allem Belgien und Deutschland) staatliche Institutionen generell in einem negativen Sinne als ›unproduktive‹ Behörden wahrnehmen, ist das Hauptproblem südeuropäischer Länder im weit gehenden Fehlen von Angeboten staatlicher Hilfe für arbeitslose Jugendliche zu sehen (institutionelle Exklusion).

Jugendliche Langzeitarbeitslose in Griechenland, Italien und Spanien, aber auch in Schweden haben ein geringeres Risiko der Exklusion durch soziale Isolation als Jugendliche in Belgien und Deutschland. Der Grund ist wiederum in dem vergleichsweise engen und starken Familienverbund der befragten Jugendlichen zu sehen.

Die Jugendlichen empfanden Gefühle kultureller Exklusion besonders dann, wenn ihr Lebensstandard mit dem Gleichaltriger nicht mehr übereinstimmte. Daraus folgt, dass

Teilhabe am oder Ausgrenzung aus dem kulturellen Leben im hohen Maße von der finanziellen Situation der jungen Arbeitslosen abhängt.

Bei der Dimension räumlicher Exklusion wird unterschieden zwischen Ausgrenzungsrisiken in großen Städten und ländlichen Gebieten. In allen Länder-Studien hat die Form räumlicher Exklusion die geringste Bedeutung, wenngleich ein erhöhtes Risiko in den ländlichen Regionen Südeuropas angenommen wird.

Zentrale Bedeutung familiärer Unterstützung

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Frage familiärer Unterstützung von zentraler Bedeutung ist für das Risiko sozialer Exklusion. Vor allem in Südeuropa führen der größere Familienzusammenhalt und die Möglichkeiten finanzieller Unterstützung zu einem höheren Schutz vor den negativen Folgen der Arbeitslosigkeit. Gleichzeitig tritt damit aber auch ein Verstärkungseffekt der sozialen Herkunft ein, indem ursprüngliche soziale Abhängigkeiten und Deprivationssituationen in der Familie an Bedeutung gewinnen und weitergegeben werden. In der belgischen und deutschen Studie ist das Gefühl sozialer Exklusion oder Inklusion stärker von dem Ausmaß an Unterstützung aus den sozialen Netzwerken abhängig als von familiärer Unterstützung. Wenngleich das soziale Sicherungssystem in Nordeuropa mehr Chancen für junge Leute bietet, scheint das institutionelle Hilfesystem dazu zu führen, dass individuell höhere Exklusionsrisiken wahrgenommen werden und es zu einem weit gehenden Rückzug von staatlichen Institutionen kommt.

Vulnerabilitäts- und Schutzfaktoren

Insgesamt erhöhen folgende Vulnerabilitätsfaktoren das soziale Exklusionsrisiko bei Jugendlichen: niedriges Qualifikationsniveau, passives Verhalten auf dem Arbeitsmarkt, schwierige finanzielle Situation, kein oder nur geringe soziale Unterstützung, mangelhafte oder nicht vorhandene institutionelle Hilfe, geringes Selbstwertgefühl und in einigen Fällen Drogensucht und Devianz. Demgegenüber verringern fol-

gende protektive Faktoren das soziale Ausgrenzungsrisiko: hohe Qualifikation, aktives Arbeitsmarktverhalten, sichere finanzielle Lage, soziale Unterstützung, institutionelle Unterstützung, hoher Grad an soziokulturellen Aktivitäten, großes Selbstvertrauen sowie gute Kommunikationsfähigkeiten.

Ausmaß an sozialer Exklusion

Das Ausmaß an sozialer Exklusion ist in den nordeuropäischen Ländern (mit Ausnahme Schwedens) deutlich höher als in Südeuropa. Wir erklären diese Differenz durch das höhere Ausmaß an Normalität, die Pufferfunktion irregulärer Beschäftigung (80–90% der südeuropäischen langzeitarbeitslosen Jugendlichen waren in mehr oder minder starker Form in der Schattenwirtschaft aktiv) als auch durch die wirksamere soziale Unterstützungsfunktion der Herkunftsfamilie in Südeuropa. In Deutschland war das Ausmaß an sozialer Exklusion am stärksten ausgeprägt, was zum einen an dem Faktor sozialer Isolierung (nur 10% lebten noch in der Herkunftsfamilie), der stärkeren Selektion der Stichprobe (bei nur 10% Jugendarbeitslosigkeit trifft Langzeitarbeitslosigkeit eine stärker betroffene Gruppe von Jugendlichen) als auch Effekten sozialer Stigmatisierung geschuldet sein dürfte. Das geringere Exklusionsrisiko in der schwedischen Studie ist insofern besonders interessant, als es Hinweise darauf liefert, dass sozialpolitische Maßnahmen individuelle Risiken durchaus mildern können. Dort gilt nämlich seit dem drastischen Anstieg der Jugendarbeitslosigkeit seit Mitte der 90er Jahre eine so genannte 100-Tage-Garantie, die jedem Jugendlichen nach Ablauf von 100 Tagen die Teilnahme an einer Maßnahme garantiert und damit das Ausgrenzungsrisiko reduziert.

Literatur bei den Verfassern

PROF. DR. THOMAS KIESELBACH, DR. GERT BEELMANN

Universität Bremen, Institut für Psychologie der Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit (IPG), Grazer Str. 2, 28359 Bremen,

Tel.: (04 21) 2 18 - 28 25,

E-Mail: kieselbach@ipg.uni-bremen.de, Gert.Beelmann@quotac.de

Integration durch Sport?! Chancen und Probleme

Patentrezepte der Integration erweisen sich schnell als Wunschträume und Luftblasen. Geflügelte Worte wie ›Sport verbindet‹, ›spricht alle Sprachen‹, suggerieren, dass Sport an sich schon integrativ wirke. Der gut gemeinte Slogan ›Sport spricht alle Sprachen‹ negiert unser Wissen über die historische und kulturelle Relativität des sozialen Phänomens ›Sport‹. Stattdessen stellen sich hier die folgenden Fragen: Spielen vielleicht deutsche Spieler, Spielerinnen, Migrantinnen und Migranten nur scheinbar dasselbe Spiel? Welchen Einfluss haben die unterschiedlichen Körperinterpretationen auf die Interpretation des Spiels? Haben nicht evtl. zahlreiche Konflikte zwischen deutschen und Migranten-Fußballern auch hier ihren Ursprung?

Sport verbindet nicht automatisch

Sport verbindet eben nicht so einfach und spricht eben nicht alle (Körper-)Sprachen. Integration durch Sport ist so einfach nicht zu haben. Gleichwohl ist Integration auch eine Chance und wichtige Aufgabe des Sports, eine normative Setzung in dem Sinne, dass die im Sport angelegten Möglichkeiten der Integration gelebt, gefordert und gefördert werden müssen, aber eben nicht automatisch stattfinden. Integration passiert nicht naturwüchsig, sondern ist Arbeit. Die Differenz der Kulturen muss respektiert und darf nicht eingeschmolzen werden.

Der eigen-ethnische Verein hat seine Existenzberechtigung und ist kein Integrationshindernis, wenn Integration nicht assimilatorisch, sondern pluralistisch verstanden wird. ›Wer sich befreunden will, muss sich befremden lassen‹. Zu entwickeln wäre eine interkulturelle Sportpädagogik, die so offen angelegt ist, dass andere, fremde Körpertechniken Platz finden.

Dies war auch der Anlass für den niedersächsischen Fußballverband, in einem Modellversuch mit einem Sozialarbeiter kurdischer Abstammung eng mit ausgewählten und besonders problembehafteten eigen-ethnischen wie auch gemischt-ethnischen Fußballvereinen zusammenzuarbeiten, um in Form der Vernetzung von Sportvereinsjugendarbeit, Schule und Sozialer Arbeit unter besonderer Berücksichtigung ethnischer Besonderheiten und Konflikte neue Wege (sozial)pädagogischen Engagements im Fußball zu erproben und integrativ-präventive Wege aus der Gewaltspirale zu beschreiten.

Für interkulturelle Ansätze

Für die interkulturelle Öffnung der Sportvereine fehlen Handlungskonzepte. Interkulturelle Ansätze im Sport werden zwar diskutiert, aber der dadurch notwendige Perspektivenwechsel wird nicht vollzogen. Dieser würde fordern:

1. Konzepte interkulturellen Lernens müssen systematisch einbezogen werden. Konzepte und Programme verdienen die Bezeichnung ›interkulturell‹, wenn sie sich an die Einheimischen wie die Zugewanderten in gleicher Weise richten (also keine Problemgruppenprogramme), wenn sie die Ressourcen der Zugewanderten, nicht deren Defizite in den Mittelpunkt stellen und wenn sie nicht Anpassung verlangen, sondern ein Aushandeln zulassen.

2. Interkulturelle Öffnung fordert, gemeinsame Projekte von Zugewanderten und Deutschen und multikulturelle Vereine zu unterstützen.

3. Interkulturelle Öffnung des Sports fordert eine Veränderung im Personal. Es besteht die Notwendigkeit, die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund in den Regelausbildungen von Stadt- und Kreissportbünden deutlich zu erhöhen und in etwa dem Anteil der Migrationsbevölkerung in Stadt oder Kreis anzugleichen. Bei den Festangestellten, aber auch bei den zahlreichen Honorarkräften und ehrenamtlich Tätigen müssen zweisprachig und mehrkulturell sozialisierte Personen gewonnen werden. Zudem muss eine Weiterbildung des deutschen Personals erfolgen, um dessen Sensibilität für kulturspezifische und interkulturelle Fragen zu vergrößern.

4. Eine interkulturelle Öffnung der Sportvereine und -verbände bindet mehr Kinder und Jugendliche ein. Gleichzeitig entwickeln sich die ethnischen Vereine, nehmen an Mitgliedern, an Strukturen und Außendarstellung zu. In einer multikulturellen Gesellschaft wird diese Entwicklung nicht nur toleriert, sondern akzeptiert, und die ethnischen Vereine werden wie andere, die partikulare Gruppen ansprechen, unterstützt.

Auf der Ebene der Vereine bedeutet interkulturelle Öffnung Veränderung in Organisationsrahmen, Konzept, Personal und Inhalten, um die Vereine, die sich an alle wenden wollen – und das ist gerade ein erheblicher Teil der Sportvereine – für junge Menschen mit Migrationshintergrund akzeptabel und attraktiv zu machen. Hier ist Anerkennung statt wie bisher überwiegend Assimilation gefordert. Auf der Ebene der Sportverbände bedeutet sie die Akzeptanz der ethnischen oder Migrationsverbände als gleichrangige Partner, getragen von der Grundhaltung Partizipation statt Paternalismus.

Dass die Probleme vielschichtig sind und auch auf individueller Ebene liegen, verdeutlicht das Zitat eines italienischen Vaters: ›Mein Sohn war vor einigen Wochen total niedergeschlagen, weil er nicht in die Disco reingekommen ist. ... Warum haben sie ihn nicht reingelassen? Ich sage es dir, weil er ein Ausländer ist. Und dann frage ich mich, was das mit Einstellung zu tun hat und wie er sich hier integrieren soll. ... Ich habe meinem Sohn gesagt, nimm die deutsche Staatsangehörigkeit an, damit du dieselben Rechte hast wie die Deutschen. Aber es muss sich mehr verändern als nur die Pässe. ... erst dann, wenn ich dich sehe und sage, das ist ein Sportskamerad und nicht Türke, Italiener usw., werden wir weniger Konflikte haben.‹

Gefordert sind wir alle, Zuwanderer wie Mehrheitsgesellschaft. Hier liegt noch eine lange Wegstrecke vor uns. Dabei gilt: Bemühungen um Integration sind kein Anlass für ein Event oder plakative Formeln, sondern ein kontinuierlicher Prozess, eine dauerhafte Aufgabe aller, bei denen es um Nachhaltigkeit geht.

Weiterführende Literatur beim Verfasser

PROF. DR. GUNTER A. PILZ, *Leibniz Universität Hannover, Institut für Sportwissenschaft, Am Moritzwinkel 6, 30167 Hannover,*

Tel.: (05 11) 7 62 31 95,

E-Mail: gunter-a.pilz@sportwiss.uni-hannover.de

Hakan Aslan

Sport, Gender und Kultur der Maskulinität

Sport ist gesund für Körper und Geist und fördert Sozialkompetenzen. Diese Aussage ist richtig und trotzdem kann ihr sofort widersprochen werden. Die Bedingungen sind es, die darüber entscheiden, ob diese Aussage richtig ist oder falsch.

Welcher Akteur entscheidet sich mit welcher Intention für welche Sportart? Nehmen wir einen durchschnittlichen männlichen Kreuzberger Klischeejugendlichen mit Migrationshintergrund, in der Regel türkisch oder arabisch. Obwohl selbst in Deutschland geboren, führen ungünstige Konstellationen wie geringes Bildungsniveau, fehlende Partizipationsmöglichkeiten und Fremdkulturalisierungen bei gleichzeitig erstarkenden fundamentalistischen oder nationalistischen Strömungen dazu, dass sich dieser Junge weniger mit den Werten der Mehrheitsgesellschaft und mehr mit denen der elterlichen Kultur identifiziert. Diese Kultur basiert auf den Traditionen eines patriarchal-feudalistischen Systems. Die Hegemonie der Männlichkeit ist keine Erfindung des Orients. Sie ist dort lediglich unmittelbarer zu erkennen. Die westliche Welt dagegen hat gelernt, die männliche Hegemonie geschickter und subtiler zu verstecken.

Traditionelle Männlichkeit

Die traditionelle Männlichkeit zeichnet sich durch die Demonstration von Kraft, Stärke, Leistung und auch Aggression aus. Um in die Gesellschaft der Männer aufgenommen zu werden, muss der heranwachsende Junge in jeder Situation seine Kraft und Leistungsfähigkeit demonstrieren. Dieses Phänomen wird durch die Entwicklung der Subkultur einer von der Mehrheit ausgeschlossenen Gruppe weiterhin verstärkt. Der Hip-Hop als Ausdrucksmedium dieser Subkultur strotzt vor Demonstrationen der Männlichkeit. Der Hip-Hop ist ebenso keine Erfindung des Orients. Es dürfte also deutlich werden, dass die zur Schau getragene Maskulinität, die nicht selten als Integrationshindernis angesehen wird, weniger Ausdruck einer Nationalkultur, sondern vielmehr Ausdruck einer Subkultur ist. Welche Rolle spielt also der Sport für die Jungen mit dem beschriebenen sozialen und kulturellen Hintergrund?

In der Regel werden Sportarten gewählt, die den männlichen Körper stärker, schneller, leistungsfähiger, also noch männlicher machen. In den Fitnessclubs werden mit Gewichten und teilweise auch mit Chemie Muskeln aufgebaut, in den Kampfsportvereinen werden Schnelligkeit und Durchschlagsfähigkeit trainiert. Die beliebten asiatischen Kampfkünste werden nicht aufgrund ihrer philosophischen Ebene gelernt, sondern um auf der Straße seinen ›Mann‹ stehen zu können. Auch in den Fußballvereinen, die von erwachsenen Trainern betreut werden, gilt Leistung über alles. Die Vereine stehen in gegenseitiger Konkurrenz und nicht selten wird die ›Blutgrätsche‹ als Kavaliersdelikt angesehen. Das männliche Prinzip, den Körper zu einer Leistungsmaschine für einen Zweck zu degradieren, wird hier weiter tradiert.

Der Fall Ozan

Dass Jungen unter diesem Leistungsdruck sowohl seelisch als auch physisch leiden können, wurde mir bei Ozan am deutlichsten. Bereits als kleiner Junge hatte er das männliche Leistungs- und Konkurrenzprinzip so sehr internalisiert, dass er in

allem der Beste sein wollte. Sein Ehrgeiz trieb ihn dazu, auch tatsächlich der Beste zu sein. Auf der Straße, in der Schule, im Fußball. Er hatte als einer von wenigen einen richtigen Vertrag bei einem Fußballverein, eine Ausbildung und anschließend eine gute Anstellung im Gastronomiebereich, eine eigene Wohnung mit Plasmafernseher. Doch jenseits eines gesunden Ehrgeizes entwickelte er über die Jahre einen Jähzorn, den er immer schwerer unter Kontrolle bekam. Freundschaften zerbrachen, die Fußballkarriere ging in die Brüche und er verlor seine Wohnung. Schließlich verlor er die Kontrolle über seinen Verstand und wurde manisch-depressiv. Erst nach einem Jahr Therapie konnte er anfangen, sein Leben langsam wieder aufzubauen. Was zugegebenermaßen als ein sehr plakatives Beispiel erscheint, ist eine wahre Biografie, lediglich der Name ist geändert worden. Natürlich reagieren nicht alle Jungen mit manischer Depression auf den Leistungsdruck, doch sollte es uns endlich zu denken geben, dass die Suizidrate bei Jungen mehr als doppelt so hoch ist wie bei Mädchen.

Natürlich ist es mühsam, einer Gruppe von türkisch-arabischen Jungen ein Bewusstsein für ihren Körper jenseits von Leistung zu vermitteln. Mein Versuch, mit ihnen Traumreisen durchzuführen, artete wochenlang in höhnisches Gelächter aus und wurde von Kommentaren wie ›wir sind doch nicht schwul‹ begleitet. Erst nach langer Zeit kam einer der arabischen Jungen am Beginn des Jungentreffens zu mir und fragte mich, ob wir nicht wieder das ›Gefühle kriegen‹ spielen könnten.

Druckabbau

Der Sport bildet die große Welt im Kleinen ab. Das Beachten von Regeln, das Prinzip der Fairness und das Bewusstsein für die Balance zwischen Körper und Geist sind positive Werte, die im Sport vermittelt werden und die integrationsfördernd sein können. Um diese Wirkung zum Tragen kommen zu lassen, muss der geschlechtsspezifische Aspekt viel mehr Beachtung finden.

Sport ist also unter zwei Gesichtspunkten zu betrachten. Sofern sie sich dem kulturübergreifenden männlichen Leistungs- und Konkurrenzprinzip unterordnen, haben Jungen mit Migrationshintergrund die Möglichkeit, sich über einen Sportverein auch gesellschaftlich zu integrieren. Wie schwerwiegend die Folgen dieses Leistungsdrucks aber sein können, hat das Beispiel von Ozan gezeigt. Der Wunsch nach Personal mit interkulturellen Kompetenzen ist nicht erfüllt, wenn lediglich türkische bzw. arabische Muttersprachler angestellt werden, die bloß das Leistungs- und Konkurrenzprinzip tradieren. Werden jedoch Erkenntnisse über gesellschaftliche, kulturelle und geschlechtsspezifische Zusammenhänge in begleitete bzw. betreute Sportsituationen einbezogen, können die Möglichkeiten des Sports ausgeschöpft werden. Durch Minderung des Leistungsdrucks zugunsten von mehr Spaß und seelischem Gleichgewicht mit dieser geschlechtsspezifischen Herangehensweise kann traditionelle Maskulinität dekonstruiert und der integrativen Wirkung des Sports eine weitere Ebene hinzugefügt werden.

HAKAN ASLAN, MA Erziehungswissenschaft, DTK-Wasserturm Berlin
(Kinder- und Jugendfreizeit-, kultur- und kommunikationszentrum)
E-Mail: hakan-aslan@gmx.net

Migration im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit

Migration ist und kann alleine nicht die Erklärung für gesundheitliche Ungleichheiten zwischen bestimmten Personen und Gruppen sein. Einwirkende gesellschaftliche und soziale Aspekte (Arbeitslosigkeit, Armut, Diskriminierung etc.) müssen bei der Definition der Ursachen mit berücksichtigt und deutlich benannt werden. Alleine die Berücksichtigung der ›Migrationsdimension‹ ist nicht ausreichend, um gegen die Ursachen der Chancenungleichheit zu steuern. Doch viele Projekte neigen dazu, unter dem Motto ›Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten‹ nur diesen Aspekt in den Fokus zu stellen, ohne das Gesamtbild in den Blick zu nehmen. Zugleich wird die Zielgruppe so unklar definiert und die Heterogenität der Migrantinnen und Migranten zu wenig im Auge behalten.

Richtig definieren und differenzieren

›Migration und Gesundheit‹ wird seit gewisser Zeit von der Vorstellung bzw. These geprägt, dass Migrantinnen und Migranten eine ›Last für das Gesundheitssystem‹ bilden. Dabei wird selten der Zusammenhang richtig dargestellt. Ein Zusammenhang zwischen Migrationsgruppen und bestimmten Krankheiten gibt es sicherlich, wobei dies nicht eine Erklärung für die negative Besetzung des Begriffes sein kann. Migration führt nicht automatisch zu Kranksein. Dagegen steht aber fest, dass die Lebens- und Arbeitsbedingungen wie auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Aufnahmeland sich unter Umständen negativ (aber auch positiv) auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten auswirken. Eine klare Definition der Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten ist für die Umsetzung erfolgreicher gesundheitsfördernder Maßnahmen notwendig. Auch eine Differenzierung der Zielgruppe ist zu beachten, um die richtigen Strategien zu entwickeln. Migrationshintergrund sowie Geschlecht, Nationalität, Alter oder sozioökonomische Umstände sind Merkmale, die dabei zu berücksichtigen sind. Dass die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten sich durch ein hohes Maß an Heterogenität auszeichnet, wird selten in Konzepte bzw. Strategien aufgenommen. Nicht nur die Nationalität, sondern folgende Hintergründe und Aspekte müssen mit im Auge behalten werden:

- der kulturelle Hintergrund (ggf. unterschiedlich nach Generation seit Migration)
- der religiöse Hintergrund
- die sozialen Aspekte der Herkunft
- die sozialen Aspekte der Lebenssituation in Deutschland (Arbeitsmarktsituation, Wohnungssituation etc.)
- der Migrationsgrund (freiwillige oder erzwungene Migration)
- der Aufenthaltsstatus
- die geschlechtsspezifischen Gesichtspunkte.

Was sind die Hintergründe?

Die Hintergründe von Problemen werden oft bei migrantenorientierten Projekten zu wenig analysiert. Kulturell bedingte Verhaltensweisen sowie sprachliche Hindernisse werden oft alleine als Ursache festgelegt. Sicherlich sind dies wichtige Hintergründe, doch andere wesentliche Aspekte, wie z. B. Dis-

kriminierung und Rassismus, werden meist ignoriert. Sehr viele Migrantinnen und Migranten sind außerhalb formaler Benachteiligung einer großen Breite von informellen Diskriminierungen und Rassismus durch Teile der Mehrheitsbevölkerung ausgesetzt, was Vertrauensvorbehalte zur Folge haben kann. Auch kulturbedingte Unterschiede werden nicht ausreichend respektiert und zum Teil ignoriert. Ein interkulturelles Verständnis bzw. eine hohe Bereitschaft kulturell bedingte Verhaltensweisen verstehen zu wollen, ist die Voraussetzung der Lösung dieser Problematik.

Herangehensweise

Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte, die sich an Migrantinnen und Migranten richten, müssen die Ausgangssituation richtig analysieren. Daten und Fakten, die sich nur auf die Nationalität und/oder Kultur beziehen, greifen dabei zu kurz. Nur mit einer sorgfältigen Analyse der Situation können die speziellen Bedürfnisse der Zielgruppe bestimmt werden. Nicht nur die Defizite der Zielgruppe, sondern auch deren Ressourcen müssen in die Überlegungen mit einbezogen werden. Dies setzt vor allem eine präzise Identifikation der Zielgruppe voraus. Mit einer differenzierten Vorgehensweise, unter Berücksichtigung der Heterogenität der Migrantinnen und Migranten, kann die Zielgruppe genau definiert werden. Folgende (einfache) Fragen sollten im Voraus geklärt werden:

- Welche Zielgruppe soll erreicht werden (Nationalität, Alter, Generation, Geschlecht)?
- In welcher Sprache soll die Maßnahme/Aktivität angeboten werden?
- Welche Methodik eignet sich für die Zielgruppe?
- Über welche Wege erreicht man die Zielgruppe?

Ressourcenorientierung und Partizipation

Zudem ist es bei der Umsetzung von Maßnahmen wichtig, die Ressourcen der Zielgruppe zu nutzen und zu mobilisieren. Nicht nur formelle Ressourcen (Beruf, Ausbildung etc.) sind dabei zu beachten. Auch die Nutzung informeller Ressourcen, die meist auf der Migrationserfahrung basieren, kann vorteilhaft sein. Kulturelles Wissen, Kenntnisse und Kompetenzen in der Herkunftssprache sowie kulturelle und religiöse Bezugssysteme gehören dazu.

Partizipation als Begriff und Konzept stammt ursprünglich zwar aus anderen Bereichen, ist aber mittlerweile zu einem Schlüsselkonzept der Gesundheitsförderung geworden. Migrantensorientierte Gesundheitsförderungsprojekte müssen sich an den Leitgedanken der Partizipation anschließen. Für die Umsetzung eines Projektes hat dies ganz konkrete Folgen. Nicht nur bei der Bestimmung der Probleme und Bedürfnisse, sondern auch in allen Etappen (Leitung, Umsetzung und Evaluation) eines Projektes ist die aktive Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund erforderlich und wünschenswert.

TÜLIN DUMAN, *Gesundheit Berlin – Geschäftsstelle* –,
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel.: +49 (30) 443 19 084,
Fax: +49 (30) 443 19 063, E-Mail: duman@gesundheitberlin.de

Leben mit Behinderung – Entwicklungen in der Versorgung behinderter Menschen

Das zentrale Ziel der Reformbemühungen (im Bereich Psychiatrie ausgehend von der Psychiatrieenquête über die Expertenkommission Psychiatrie und die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie; im Bereich Behindertenhilfe von den Konzepten der Normalisierung und Integration) in Deutschland besteht im Aufbau gemeindeintegrierter Hilfesysteme, die ohne Ausgrenzung allen Menschen mit Behinderungen weitgehend selbstbestimmt Lebensbedingungen und gesellschaftliche Teilhabe in den Bereichen Wohnen, Tätigsein und soziale Kontakte ermöglichen. Derzeit gibt es unterschiedliche Hilfesysteme: das große System der Hilfen für Menschen mit sogenannter geistiger und mehrfacher Behinderung, das System der Hilfen für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen und eine Vielzahl von weiteren Spezialisierungen, etwa Hilfesysteme für Menschen mit Körperbehinderungen oder Sinnesbehinderungen.

Insbesondere der Bereich der sogenannten ›Behindertenhilfe‹ für Menschen mit geistigen Behinderungen ist weiterhin dominiert von stationären Einrichtungen. Aber auch chronisch psychisch kranken Menschen mit fortbestehenden schweren Störungen kann ein Leben an ihrem Wohnort und in ihrem gewohnten sozialen Umfeld nicht immer ermöglicht werden. Entwicklungsziel der Hilfesysteme sollte jedoch sein, ihnen unter möglichst normalen Rahmenbedingungen ein Leben entsprechend ihren Neigungen und Fähigkeiten durch passgenaue Dienstleistungen zu ermöglichen.

Leben in einer Sonderwelt

Bisher werden noch entschieden zu viele Menschen mit Behinderung in oft wohnortfernen Heimen untergebracht, nicht weil sie gerne in großen Gruppen leben, sondern weil die erforderlichen Hilfen ambulant nicht erbracht werden können. Nach Aufnahme der Hilfeleistung kommen Betroffene in einer ›Komplexeinrichtung‹ an, die fortan Tagesstruktur, soziale Beziehungen und häufig auch den Arbeitsort und die Tätigkeit bestimmt. Der Verlust der vertrauten Umgebung und der vertrauten Bezugspersonen, das Leben in einer ›Sonderwelt‹ – einer ›Parallelgesellschaft‹ ist die Folge.

All das wird mit dem freundlichen Begriff ›Integration‹ bedacht – alles, was als gut, fortschrittlich und hilfreich gesehen werden will, beschreibt sich mit diesem Begriff.

Hingegenommen wird die weitgehend ›sektorale‹ Tendenz: Je schwerer die Behinderung, desto geringer die Chancen für Integration und desto höher die Wahrscheinlichkeit in einer ›Sondereinrichtung‹ zu leben oder betreut zu werden.

Inklusion

Aus der Kritik an diesem Konzept der Integration, das von der Prämisse des ›Hereinholens der Fähigen‹ in die Gesellschaft ausgeht, hat sich das Konzept der ›Inklusion‹ entwickelt. Inklusion bedeutet, von der Prämisse des selbstverständlichen ›Dazugehörens‹ und einem Recht auf Teilhabe auszugehen.

Auf der Basis dieser Analyse hat sich im Bereich Gemeindepsychiatrie das Konzept der ›personenzentrierten Hilfen‹ entwickelt. (www.psychiatrie.de)

Dabei stehen folgende Aspekte im Vordergrund:

- die konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf des psychisch kranken Menschen
- die integrierte Hilfeleistung unter Einbeziehung aller erforderlichen Hilfen und
- der zeitnahe und gesicherte Zugang zu den erforderlichen Hilfen
- die Übernahme regionaler Verantwortung/Beteiligung an regionaler Steuerung
- lebensweltbezogene Hilfen weniger stationär – mehr ambulant; weniger psychiatrisch – mehr nicht-psychiatrisch
- weniger Sozialhilfe – mehr versicherungsfinanzierte Leistungen
- Flexibilisierung der Hilfeleistungen
- gemeinsame Verantwortung für Qualitätsentwicklung und finanzielle Steuerung, im Rahmen von regionalen Steuerungsgremien (Hilfeplankonferenzen).

Unter Bezug auf das oben genannte Ziel soll die organisatorische Realisierung der Hilfen sowie die Leistungszuständigkeit sich nach dem Bedarf der Menschen richten, statt wie bisher überwiegend umgekehrt: Der Bedarf richtet sich nach vorhandenen Einrichtungen und ggf. vorhandener Kostenzuständigkeit. Das bedeutet einen Perspektiv- und Paradigmenwechsel

- vom einrichtungs- zum personenzentrierten Ansatz
- vom angebots- zum bedarfsorientierten Ansatz.

Stolpersteine bei der Umsetzung

Im Bereich der Behindertenhilfe beginnt sich gerade ein der Gemeindepsychiatrie paralleler Prozess abzuzeichnen: ›Community Care‹ bedeutet, dass die Gemeinde und die Gemeinschaft die soziale Sorge übernehmen sollen. Der Bürger bzw. die Bürgerin wird mit in die Verantwortung für Menschen mit Behinderung und alle anderen Menschen, die von Marginalisierung bedroht sind, genommen. Gebraucht wird bürgerschaftliches Engagement von vielen, um dieses zukunftsweisende Verständnis von Gemeinde und Gemeinschaft in die Praxis umzusetzen.

Auch im Bereich der traditionellen Behindertenhilfe bedeutet Community Care, konsequent von individuellen Hilfen in selbstgewählten Lebensumständen auszugehen und entsprechend das Hilfesystem umzubauen.

Auf dem Hintergrund der im SGB IX geschaffenen Möglichkeit zu persönlichen Budgets könnte dies auch gestützt werden. Derzeit überwiegen jedoch noch die ›Stolpersteine‹ bei der Umsetzung. Gerade von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung werden persönliche Budgets in den Modellversuchen nur sehr zögerlich in Anspruch genommen. (www.kompetenzzentrum.persoenneslichesbudget.de)

Neues Verständnis von Gemeinwesenorientierung

Teilhabe als Chance für Menschen mit Behinderung zu begreifen, ihr Leben im Bermuda-Dreieck von sozialrechtlicher Zuständigkeit und Finanzierung, dem ›Zwang der Verhältnisse‹ von anbieterdominierten Hilfestrukturen und eigener Verantwortung und eigenen Wünschen zu gestalten, ist eine

wichtige professionelle Aufgabe. Spannungsfelder auszuhalten, statt sie in ›Sonder- oder Parallelgesellschaften‹ aufzulösen, bleibt eine wichtige Aufgabe professionell Tätiger.

Kritisch zu hinterfragen sind die Grenzen zwischen einem neuen Verständnis von Gemeinwesenorientierung als positiver Nutzung nachbarschaftlicher Strukturen und der bloßen Verbilligungsstrategie von ökonomisch unter starkem Druck stehenden Sozialbehörden.

Wieviel bürgerschaftliches Engagement, wieviel staatliche Hilfe und welche Umgestaltung unserer Hilfsstrukturen brauchen wir für ein gutes Leben von Menschen mit Behinderung mitten unter uns?

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. PETRA GROMANN, Hochschule Fulda, FB Sozialwesen,
Marquardtstr. 35, 36039 Fulda,
E-Mail: petra.gromann@hs-fulda.de

Dietmar Winkler

Soziale Aspekte des Zirkuslebens

Was nach außen so aufregend und nach Abenteuer aussieht, nach Reiselust und buntem Leben, das ist der Zirkus in seiner Gesamtheit schon lange nicht mehr. So ist das Hauptfeld der Tätigkeiten von Artistinnen und Artisten heute weder der Zirkus noch das Varieté, sondern vor allem die gern als ›Gala‹ bezeichneten Veranstaltungen, die von Straßenfesten über Kinderprogramme bis zu Werbeveranstaltungen von Autohäusern reichen.

Historischer Rückblick

Einst war das Zusammenhörigkeitsgefühl der Artistinnen und Artisten außerordentlich hoch, begründet sicher auch in ihrer Außenseiterposition in der Gesellschaft als ›Fahrende‹, die bis auf das frühe Mittelalter zurückgeht. Aus der Notwendigkeit heraus, sich als in der Regel einzeln reisende Artisten bzw. Artistenfamilien oder -truppen zu behaupten, entstand bereits 1901 der Gewerkschaftsverband, die ›Internationale Artistenloge‹ (IAL). Die IAL war außerordentlich streitbar und erreichte u.a. einheitliche Tarifverträge und die Wahl von Betriebsräten in Varietés und großen Zirkussen. 1933 wurde die IAL von den Nazis verboten, Artisten und Direktoren wurden in Fachschaften der Reichstheaterkammer eingegliedert. Nach 1945 entstand die IAL in Ost und West neu. Heute gehören Artisten und Artistinnen, soweit sie überhaupt in der Gewerkschaft sind, zu ver.di. Tarifverträge bestanden bis vor wenigen Jahren zwar noch auf dem Papier, eine Bedeutung hatten sie aber schon lange nicht mehr.

Zur gegenwärtigen Situation

Wie viele Artistinnen und Artisten heute in der Bundesrepublik arbeiten, ist kaum zu ermitteln. Ein im Jahre 2005 in Berlin erstellter Kulturwirtschaftsbericht nennt für Berlin beispielsweise 77 Personen, die als Mitglieder der Künstlersozialkasse erfasst sind. Es ist aber bekannt, dass allein in Berlin eine

wesentlich höhere Zahl an Artistinnen und Artisten existiert. Schlussfolgernd ist davon auszugehen, dass eine große Zahl von ihnen eine zweite Tätigkeit ausübt. Selbstverständlich zählen Groß- und Agenturzirkusse und renommierte Varietés international vergleichbare Gagen.

Anders sieht es allerdings bei Engagements in kleinen Unternehmen aus. Gagen zwischen 100 und 150 Euro für ein Duo mit zwei bis drei Darbietungen bei 20 bis 26 nur noch selten garantierten Arbeitstagen pro Monat und der Ausführung zirkusüblicher Nebenarbeiten sind durchaus keine Seltenheit. Dass Gagen voll ausbezahlt oder Versicherungen abgeschlossen werden, ist nicht immer selbstverständlich. So erklärte der Direktor des Zirkus B. nach dem schweren Absturz einer dort seit längerem beschäftigten russischen Artistin, dass keinerlei Absicherung bestehe, da sie ja nur auf Probe arbeite.

All das gilt jedoch nur für frei- oder nebenberufliche Artistinnen und Artisten. Noch problematischer ist die Situation bei den reinen Familienzirkussen. Von den rund 400 Unternehmen lassen sich einige als Mittelzirkusse klassifizieren, der überwiegende Teil jedoch basiert auf der Familie. Dabei reicht die Größe von Zwei-Personen-Unternehmen bis zum Zusammenschluss mehrerer miteinander verwandter Familien. Hier ist die künstlerische Tätigkeit nur ein Teil der täglichen Beschäftigung. Die gesamte Arbeit des Transports, des Auf- und Abbaus, der Werbung, Versorgung der Tiere, Reparaturen und Instandsetzungen sind von der Familie auszuführen.

Zur Lage der Zirkusse in den EU-Mitgliedstaaten

Ein Bericht des Europäischen Parlaments zur Lage der Zirkusse in den EU-Mitgliedsstaaten kommt für Deutschland zum Ergebnis, dass sich bei den kleinen Familienzirkussen die größten sozialen Probleme finden. Oft haben diese Unternehmen nicht einmal ein festes Winterquartier, sondern bleiben am letzten Gastspielort zur Überwinterung stehen. Erst in den letzten Jahren haben sich solche Zirkusse zunehmend in ungenutzten landwirtschaftlichen Objekten in den neuen Bundesländern angesiedelt.

Insofern ist auch die vom Bundesrat beschlossene Einführung eines Zirkuszentralregisters, schon allein bei der Erfassung auf Grund der Länderstrukturen, mit großer Skepsis zu betrachten.

Die Tageszeitung sprach in diesem Zusammenhang von ›Parallelgesellschaft‹, ein ungewohnter, aber durchaus zutreffender Ausdruck. In diesen Familien spielen oft mehr als 200-jährige Traditionen eine Rolle. Ausdruck dessen ist z. B. auch die Benutzung jensischer Sprachbruchstücke, früher gebraucht als Abgrenzung zu den ›Sesshaften‹, den ›Gatschos‹ (Bauern).

So dürfte die Feststellung im EU-Bericht zur Mitgliedschaft von Artistinnen und Artisten in der Künstlersozialkasse blauäugig sein und Privatversicherungen dürfte sich kaum jemand leisten können. Offen bleibt auch, inwieweit alle diese Zirkusbetriebe als Pflichtmitglied der Unfallberufsgenossenschaft erfasst sind, wenn kein ständiger Firmensitz vorhanden ist.

Durch die ständige Reise ist der Zugang zu behördlichen Antragstellungen (Hartz IV oder Sozialhilfe) erschwert. Es gibt zahlreiche Beispiele, dass die Gemeinden solchen im

Winter liegen gebliebenen Unternehmen mit finanziellen Hilfen die Weiterreise im Frühjahr ermöglichen müssen. Grundlage des Lebens bzw. des Überlebens bleibt so der Generationenverband, aus dem erst ausgeschieden werden kann, wenn der Verband zu groß geworden ist und mit einer eigenen Familie ein neuer Zirkus gegründet wird.

Die Schul- und Berufsausbildung

Ein besonderes Problem ist die Schulbildung. Häufige Reisetätigkeit und unterschiedliche Schulformen der Bundesländer sind nicht förderlich für eine gute Ausbildung. Möglichkeiten wie die ›Schule für Cirkuskinder‹ in NRW sind immer noch die Ausnahme. Eine Berufsausbildung erfolgt nur selten und die artistische Ausbildung des Nachwuchses kann nur in dem autodidaktischen Rahmen erfolgen, den die Eltern beherrschen. So bleibt fast allen Kindern nur die Alternative, wie ihre Vorfahren im Zirkusverband zu verbleiben und ein ›Ausbrechen‹ in ›bürgerliche‹ Berufe eher die Ausnahme.

Die Bildung einer Dachorganisation für die Zirkusunternehmen bleibt aufgrund dieser Strukturen illusorisch und selbst bescheidene Versuche wie die Bildung einer ›Interessengemeinschaft führender Familienzirkusse‹ hatte nur einige Jahre Bestand.

Ein Grundproblem ist kennzeichnend für Deutschland: Im Gegensatz zu anderen Ländern ist der Zirkus hierzulande keine Kultur, sondern wird als Gewerbe eingestuft. Das führt, neben mangelnder Förderung und Unterstützung, auch dazu, dass für den Betrieb eines Zirkusunternehmens so gut wie keine künstlerischen und ökonomischen Voraussetzungen erforderlich sind.

DIETMAR WINKLER, *Zirkusarchiv, Waldowstr. 28, 13156 Berlin, Tel.: (030) 47 62 634, E-Mail: winkler@circusarchiv.de*

Hans Hengelein

Parallelgesellschaften und die Konsequenz für die Gesundheitsförderung am Beispiel schwuler Männer

Ohne in diesem Artikel einen theoretisch fundierten Beitrag zu den Begrifflichkeiten ›Parallelgesellschaften‹ und ›Gesundheitsförderung‹ im Hinblick auf schwule Männer liefern zu können, ist dennoch auffällig, dass eine wissenschaftliche Bewertung und Einordnung der besonderen Rolle schwuler Männer im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsförderung meines Wissens nach noch aussteht. Dies ist um so erstaunlicher, als aus präventivpolitischer Sicht der wichtige Beitrag, den schwule Männer für eine erfolgreiche HIV-Prävention in den letzten 20 Jahren in Deutschland geleistet haben, außer Frage steht.

Da die innerhalb der AIDS-Hilfen engagierten schwulen Männer ihre Kräfte im Bereich der Gesundheitsförderung zunächst auf die strukturelle Prävention und auf die sich anschließenden Normalisierungsprozesse konzentrierten, steht

diese Bewegung nicht für den Aufbau einer schwulen Parallelgesellschaft. Gleiches gilt für die schwule Bürgerrechtsbewegung (deren zentrales Sprachrohr der Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD) ist), die historisch parallel verlaufend die rechtlichen Normalisierungsprozesse in Gang setzte, in deren Mittelpunkt die Forderung nach der völligen rechtlichen Gleichstellung mit der bürgerlichen Ehe steht und stand.

Nähert man sich der schwulen Welt allerdings über die sexualisierte Subkultur, gelangt man zu ganz anderen Erkenntnissen. Betrachtet man die Entwicklung der sexuellen schwulen Subkultur der letzten 20 Jahre (als Stichworte seien hier nur kurz genannt: Darkrooms, GayRomeo, schwule dating-portale, interaktive chatrooms, hochspezialisierte Sexparties - kurz die gesamte Ausdifferenzierung sexueller Vorlieben und Praktiken), können wir sehr wohl von einer Parallelgesellschaft oder zumindest von einer Parallelwelt sprechen, in der Frauen und heterosexuelle Männer weitgehend nicht vorkommen, an der sie kaum teilnehmen.

Hilfesystem in Großstädten

Dem stehen in den Großstädten auf diesen Lebensstil ausgegerichtete Ärztinnen und Ärzte, Kliniken, Apotheken, Beratungsstellen, AIDS-Hilfen, Schwulenzentren gegenüber. Sie haben sich auf diesen Lebensstil spezialisiert, ihn sich zumindest sprachlich zu eigen gemacht und wissen mit Begriffen wie Prinz Albert, Dose, Sling, NS etc. genauso viel anzufangen wie ihr Klientel. Sie sind auch in der Lage, diese sexuellen Vorlieben und Praktiken vorurteilsfrei und akzeptierend auf ihr Infektionsrisiko hin einzuordnen und für die Kunden gesundheitsfördernd aufzubereiten.

Ob in einem solchen Zusammenhang schon von einer Parallelgesellschaft gesprochen werden kann, die sich ihrem Wesen nach ausschließlich auf das (homo-)sexuelle Miteinander beschränkt, kann in hier notwendiger Kürze nicht wirklich fundiert herausgearbeitet werden.

Auffällig sind umfassendere, über die bloße Akzeptanz schwuler Sexualität hinausgehende Auseinandersetzungen um schwule Gesundheit und Gesundheitsförderung zwischen 1989 und 1995. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an das von Herbert Gschwind 1989 herausgegebene Buch über ›Homosexualität und Gesundheit‹ sowie an den unter der Schirmherrschaft des damaligen Niedersächsischen Sozialministers Hiller stehenden Kongress ›Schwule Gesundheit '95‹. Dies waren Erfolg versprechende Ansätze, die in den letzten 10 Jahren allerdings kaum weiter verfolgt wurden.

Minister Hiller äußerte sich damals wie folgt: ›Gesundheitsförderung betrachtet den Menschen als Ganzes und trennt nicht zwischen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Anteilen. Gesundheit lässt sich mit den unterschiedlichsten Maßnahmen fördern. Dies setzt aber voraus, dass z. B. keine Abgrenzung von sexueller Orientierung, körperlichen Gebrechen oder sozialer Armut stattfindet. Schwule Gesundheit ist dort ein Thema, wo Schwule ausgegrenzt werden oder sich aus Angst vor Diskriminierung selber ausgrenzen. Solange Ausgrenzung besteht, ist genau dieser Aspekt im Hinblick auf die Gesundheitsförderung von Bedeutung. Die-

ser Kongress wird für schwule Männer aus allen Berufsgruppen und des sozialen Milieus erhebliche Bedeutung haben.

Der Gesundheitswissenschaftler Dr. Matthias Wienold führte auf derselben Veranstaltung Folgendes aus: »Die Definition der Gesundheit durch die WHO und die daraus abgeleitete Ottawa Charta würdigt die unterschiedlichen Lebenswelten von Mehrheiten und Minderheiten. Sie spricht unter anderem von dem Ziel, der Verwirklichung eines größtmöglichen Maßes an Selbstbestimmung für den Einzelnen. Selbstbestimmung aber, so wissen wir als schwule Männer, ist nur da möglich, wo Selbstbewusstsein als positiver Ausdruck der Erkenntnis »ich bin gut so, wie ich bin« entstehen kann.

[...] Die Arbeit im AIDS-Bereich wagte sich dann spätestens Ende der achtziger Jahre in Neuland vor, indem sie im Zusammenhang mit einer Präventionskampagne eine gruppenübergreifende Solidarität der Uneinsichtigen verfolgte, Lust und Rausch als Wesensbestandteil des Menschen akzeptieren lehrte und ein von schwulem und nicht mehr nur homosexuellem Selbstverständnis geprägtes Menschenbild propagierte.

Schwulsein bedeutet demnach mehr als Homosexuellsein. Ein Homosexueller kann ohne schwule Erfahrung sein, ein Schwuler wird jedoch stets homosexuelle Erfahrungen haben. Sexualität, sexuelle Identität und sexuelles Begehren sind Bindeglieder einer Gemeinschaft, die sich als eigenständige Kultur entwickelt. [...] Schwule Gesundheit, das wird dieser Kongress verdeutlichen, ist auch Ausdruck schwuler Kultur.

Debatte wieder aufnehmen

Es sei noch einmal daran erinnert. Die zweifelsohne erfolgreichste Präventionskampagne für schwule Männer fand ihren Niederschlag fast ausschließlich in der Parallelwelt schwuler Medien, Kneipen, Saunen, Orten sexueller Begegnung. Sie wurde bewusst, zielgruppenspezifisch und intersektionsgruppengeleitet sozusagen in diese Parallelwelt implementiert, indem sie sich genau jener sexualisierten Sprache und Bilder bediente, die den jeweils geltenden kurzlebigen schwulen Zeitgeist identitätsstiftend ansprach. Erstaunliches Phänomen bleibt dabei die Erkenntnis, dass schwule Männer zunächst erst für sich selbst eine für sie geltende Verhältnisprävention erarbeiten mussten.

Nach Gesprächen mit Mitarbeitern der Deutschen AIDS-Hilfe und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung scheint eine neuerliche wissenschaftliche Auseinandersetzung zur Bedeutung der Gesundheitsförderung von und für schwule(n) Männer(n) unter Berücksichtigung gesellschaftlicher, rechtlicher und gesundheitspolitischer Weiterentwicklungen sowie subkultureller Trends der letzten beiden Jahrzehnte wünschenswert.

HANS HENGELEIN, *Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit*, Tel.: (05 11) 1 20-40 10, E-Mail: hans.hengelein@ms.niedersachsen.de

Arif Kornweitz

Phänomen Second Life

Der von der kalifornischen Firma Linden Lab geschaffenen Online-Plattform Second Life wurde in den letzten Monaten immense Aufmerksamkeit der Medien zuteil. Massive PR von kalifornischer Seite und Negativschlagzeilen sorgten für eine Omnipräsenz der auf den ersten Blick einem klassischen Computerspiel gleichenden dreidimensionalen Infrastruktur. Second Life und andere Vertreter dieses Genres zeichnen sich im Gegensatz zu typischen Computerspielen durch Barriere- und Regelfreiheit aus sowie dadurch, dass es keine festen Spielziele gibt. Teilnehmerinnen und Teilnehmer können nahezu vollkommen frei innerhalb einer größtenteils von ihnen selbst geschaffenen Welt agieren und mit anderen Teilnehmenden kommunizieren. Eine nach den eigenen Wünschen erstellte Figur, Avatar genannt, repräsentiert Spielerinnen und Spieler und kann von ihnen in der dreidimensionalen Welt unter anderem dazu benutzt werden, mit anderen sogenannten Residents Gespräche zu führen, Handel zu treiben oder (Online-)Sex zu haben.

Sowohl klassische als auch neue Medien berichteten und berichten über das Phänomen als Parallelwelt, sprechen von siebenstelligen Nutzerzahlen, massenhafter Realitätsflucht, rechtsfreien Räumen, Geldwäsche und einer Vorreiterrolle in Bezug auf die Form des künftigen Internets. Das Themenspektrum reicht von wirtschaftlichen Analysen, die ein Schneeballsystem zu erkennen meinen, bis zum Fund von Kinderpornographie. Skeptische Berichte bringen entrüstete Teilnehmende auf den Plan, die bei den jeweiligen Verfasserinnen und Verfassern Halbwissen und Unverständnis diagnostizieren.

Zwar liegt die offizielle Teilnehmerzahl von Second Life aktuell bei über sieben Millionen, doch partizipieren nur selten mehr als 40 000 Nutzer gleichzeitig. Der größte Teil der Teilnehmenden scheint aus Neugierigen zu bestehen, die ihren Zugang nach kurzer Zeit entweder gar nicht oder nur selten nutzen. Angesichts dieser realistischen Nutzerzahlen sind Berichte über das Ausmaß des Phänomens eher mit Skepsis zu betrachten. Aufgrund der Tatsache, dass jeder User die Möglichkeit hat, seine eigenen Gebäude und Bereiche zu schaffen, ist Second Life momentan vor allem durch nur sporadische Anwesenheit anderer Teilnehmender in einer riesigen, weiter wachsenden Welt geprägt.

Neue Möglichkeiten zum Aufbau virtueller Identität

Trotz allen Entkräftungen ist die Aufmerksamkeit, die Plattformen wie Second Life momentan zuteil wird, streckenweise berechtigt. Die bereits angesprochene, bisher unerreichte Spannweite an Möglichkeiten innerhalb der Spiele und die in der westlichen Welt flächendeckende Ausstattung großer Teile der (realen) Bevölkerung mit aktueller Computertechnik schaffen eine in dieser Qualität noch nicht dagewesene Möglichkeit zum Aufbau einer virtuellen Identität. Gegenüber der Kommunikation via Internet, wie es heute Teil des täglichen Lebens ist, besteht ein gravierender Unterschied: die Teilnehmenden von Second Life versuchen oftmals nicht hinter die Fassaden der anderen virtuellen Identitäten zu blicken, interessieren sich also nicht für die reale Person hinter den Avataren, sondern fassen die virtuelle Repräsentation als eine

eigenständige Person oder Identität auf. Ein nach den eigenen Vorstellungen gestalteter Avatar ermöglicht es also, zumindest teilweise einen Lebensentwurf zu verwirklichen, der im realen Leben nur schwerlich offen steht, ohne dabei in offenen Konflikt mit dem bestehenden sozialen Umfeld zu kommen. Interessant ist hierzu ein Leserbrief an das Magazin Boston's Weekly Dig, in dem ein 42-Jähriger, seit 15 Jahren verheirateter, heterosexueller Mann von seinen Schuldgefühlen gegenüber seiner Ehefrau berichtet, der er seine Second Life-Identität größtenteils verheimlicht hat und um Rat bittet. Obwohl er sich bezüglich seines Geschlechts und seiner Sexualität wohl fühle und sein Sexualeben als normal ansehe, habe er immer von der Verwandlung in eine Frau und gleichgeschlechtlichem Sex geträumt. Sein Second Life-Avatar sei weiblich und ermögliche es ihm, diese und andere Fantasien auszuleben. Er benutze den Zugang nicht, wenn er Zeit mit seiner Frau verbringen könne, fühle sich aber trotz der Freude am Ausleben seiner Fantasien schuldig und bitte um Hilfe bei der Frage, ob er seinen Zugang abmelden solle. Die Selbstverständlichkeit, mit der die Redaktion ihn zur Aufrechterhaltung seiner zweiten Identität anhält und das Verheimlichen seiner Fantasien als 'ein schlichtes Update von 'Natürlich denke ich beim Sex nur an dich' für das Zeitalter der Technologie' bezeichnet, weist darauf hin, dass es sich bei dem Phänomen der virtuellen Welten keineswegs nur um Realitätsflucht handelt, sondern dass ähnliche Strukturen mehr und mehr an Akzeptanz und Präsenz im täglichen Leben gewinnen und unter Umständen andere soziale Netzwerke ersetzen könnten.

Vernetzte Welt als Ersatz?

Gerade wegen der Fokussierung auf Sex, der begrenzten Nutzerzahlen, der Verrisse und Zweifel wird immer wieder der Vergleich zu den Anfängen des Internets bemüht, in denen dieses oft ähnlichen Vorwürfen ausgesetzt war. Dass Firmen riesige Areale in Second Life kaufen und hoffen, so auf lange Sicht als Vorreiter zu gelten, zumindest aber in einem Zuge mit der Online-Welt in den Medien genannt zu werden, dass Museen sich um Präsenz in der Online-Welt bemühen, dass die Partei des französischen Politikers Le Pen eine, regelmäßig von Gegnern attackierte, Repräsentanz in Second Life unterhält, aber auch, dass Kunstinteressierte über angeregte Konversationen mit anderen Teilnehmenden berichten, zeigt, dass die Bereitschaft besteht, solche vernetzte Welten in das tägliche Leben zu integrieren oder dieses ein Stück weit durch sie zu ersetzen – ein Aspekt, der angesichts der bisher ungekannten Qualität der Interaktionen unter Umständen zur Entwicklung eines im Vergleich zu klassischen Spielen ungleich höheren Suchtpotenzial seitens der virtuellen Welten führen könnte.

ARIF KORNWEITZ, *Student der Kommunikationswissenschaften, Universität van Amsterdam (UvA),
E-Mail: arif.kornweitz@gmail.com*

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit e. V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover,
Tel.: (0511) 3 50 00 52, Fax: (0511) 3 50 55 95
E-Mail: info@gesundheit-nds.de,
Internet: www.gesundheit-nds.de

ISSN: 1438-6666

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

Redaktion: Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Iris Bunzendahl, Irena Diel, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter, Tania-Aletta Schmidt, Ute Sonntag, Dagmar Vogt-Janssen, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Hakan Aslan, Dr. Gert Beelmann, Michael Bellwinkel, Petra Bentz, Wolfgang Bergmann, Prof. Dr. Christoph Butterwegge, Tülin Duman, Prof. Dr. Petra Gromann, Jennifer Hahn, Adolf Hamester, Hans Hengelein, Ilse Hilliger, Nicole Höfling-Engels, Prof. Dr. Thomas Kieselbach, Arif Kornweitz, Maya Krock, Dr. Paul Mecheril, Dr. Gero Neugebauer, Prof. Dr. Gunter A. Pilz, Joachim Schwerdtfeger, Manfred Voepel, Dr. Simone Weyers, Dietmar Winkler

Sekretariat: Dana Kempf

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 56: 27.07.07

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

Auflage: 6.500

Gestaltung: formfuersorge, Jörg Wesner

Druck: Interdruck Berger + Herrmann GmbH

Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe

Gesundheitliche Ungleichheiten zeigen sich in allen europäischen Ländern mit ganz unterschiedlichen sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Hintergründen: je niedriger die soziale Schicht, umso höher das Risiko frühzeitiger Sterblichkeit. Dieses Phänomen wird insbesondere durch ungünstige Lebens- und Arbeitsbedingungen, psychosoziale Belastungen und gesundheitsschädliche Verhaltensweisen erklärt.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit dem Netzwerk Europäischer Gesundheitsförderungsorganisationen »EuroHealthNet« das EU-Projekt »Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe« koordiniert. Handlungsstrategien zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten zu finden – dies hatten sich nationale Organisationen für Gesundheitsförderung und Prävention aus 21 europäischen Ländern vorgenommen. Diese Organisationen sind besonders dazu geeignet, da sie in der europäischen Zusammenarbeit von ihren Nachbarn lernen und eine fachliche Mittlerposition zwischen den verschiedenen Regierungsebenen und -sektoren einnehmen. Zwischen 2004 und 2007 ist es gelungen, ein kompetentes und engagiertes Netzwerk zu bilden.

In den drei Projektjahren konnte das Interesse an der Thematik »gesundheitliche Ungleichheiten« deutlich verstärkt werden, besonders durch die »Week of Equity in Health«: Zwischen dem 12. und 16. Februar 2007 veranstalteten fast alle Partnerorganisationen des EU-Projektes in ihren Ländern Konferenzen zum Thema.

Zu Beginn ihrer Zusammenarbeit mussten sich die »European Partners for Equity in Health« jedoch zunächst auf ein einheitliches Verständnis einigen. Was meinen sie, wenn sie von Ungleichheiten sprechen; wie kommen Ungleichheiten in der Gesundheit zustande und welche Interventionschancen bestehen in der Praxis? Hierbei ist ein gemeinsames Positionspapier entstanden, welches insbesondere die sozialen Bedingungsfaktoren (= »Determinanten«) der Gesundheit und Lebenserwartung als Erklärungs- und Interventionsansatz in den Mittelpunkt stellt.

Erstmals wurde im Zusammenhang mit gesundheitlichen Ungleichheiten auch auf die Bedeutung der Europapolitik hingewiesen. Hierbei wurden vier besonders relevante Kernbereiche identifiziert, welche vielfache Auswirkungen auf die Gesundheits- und Sozialbedingungen in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten haben: Sozial-, Wirtschafts-, Regional- und Agrarpolitik. Während einige Maßnahmen den Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten behilflich sind, untergraben andere unbeabsichtigt nationale Initiativen. Ein Beispiel: Das rigide Alkohol- und Tabakgesetz in einigen nordischen Ländern wurde durch die EU-Vorschriften aufgeweicht. Andererseits kommen Gelder der europäischen Strukturfonds benachteiligten Stadtgebieten und Regionen zugute, wie z. B. in dem Bund-Länder-Programm »Soziale Stadt« in Deutschland.

Weiterhin haben die 21 Projektpartner ihre nationalen Programme und Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten zusammengetragen. Als Ergebnis muss festgehalten werden, dass sich die meisten Mitgliedstaaten der EU zum Ziel gesetzt haben, gesundheitliche Ungleich-

heiten zu bekämpfen. Allerdings wird die Frage, wie dieses Ziel zu verstehen und mit welchen Maßnahmen und Strategien es zu erreichen ist, von den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich beantwortet. Es zeigt sich, dass es kein Einheitsrezept für eine erfolgreiche gesundheitspolitische Strategie zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten gibt. Schwerpunkte und Inhalte variieren mit den Besonderheiten der einzelnen Länder. Folgende Bausteine einer Erfolg versprechenden Strategie konnten trotz dieser Unterschiede gemeinschaftlich definiert werden. Bezogen auf die deutsche Situation wurden sie in Form des Dokumentes »10 Handlungsorientierungen« in einer ersten Fassung publiziert. (www.gesundheitliche-chancengleichheiten.de)

10 Handlungsorientierungen

1. Berücksichtigen, dass gesundheitliche Ungleichheiten ein gesamtgesellschaftliches Problem sind
2. Soziale Einflussfaktoren anerkennen und sektorübergreifend zusammenarbeiten
3. Ziele klar formulieren
4. Zielgruppen genau festlegen
5. Gesundheitsförderung im Lebensumfeld der Menschen ansetzen
6. Gute Praxis definieren und verbreiten
7. Evidenzlage stärken
8. Vernetzende Aktivitäten fördern
9. Nationale Strategie abstimmen
10. Europa mitdenken

Schließlich wurden über 90 Modelle guter Praxis in eine europäische Datenbank eingestellt, die zeigen, wie vor Ort die Gesundheit sozial Benachteiligter verbessert werden kann. Die Projekte beziehen sich auf spezifische Altersgruppen, Settings und soziale Determinanten. Erwartungsgemäß dominieren die klassischen verhaltensbezogenen Interventionen das Feld. Es gibt aber auch eine Vielzahl von Projekten, welche soziale Netzwerke einbeziehen oder die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen.

Alle genannten Ergebnisse und weitere Informationen sind dem Health Inequalities Portal unter www.health-inequalities.eu zu entnehmen.

Am 8. Mai 2007 fand in Brüssel die Abschlusskonferenz des von der Europäischen Kommission, Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz, geförderten Projektes statt. Hierbei wurden 120 Fachleute sowie Vertreter und Vertreterinnen europäischer Institutionen, Netzwerke und anderer internationaler Organisationen über die Ergebnisse des Projektes informiert.

DR. SIMONE WEYERS, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln, E-Mail: simone.weyers@bzga.de, www.bzga.de

Nicole Höfling-Engels

Hormoneinnahme in den Wechseljahren

Im Auftrag des AOK-Bundesverbands wurde 2005/2006 eine qualitative Studie unter dem Titel ›Interviews mit Frauen unter lang dauernder Einnahme weiblicher Hormone in und nach den Wechseljahren‹ an der Universität Bremen durchgeführt. Das Projekt stand unter der Leitung von Prof. Dr. Norbert Schmacke (Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, AKG) und Prof. Dr. Petra Kolip (Institut für Public Health und Pflegeforschung, IPP) und wurde von Nicole Höfling-Engels (IPP) durchgeführt.

Forschungsleitende Fragestellung

In dem Projekt ging es um die Frage, welche Informationen und Botschaften Frauen aus ärztlichen Gesprächen und aufgrund weiterer Quellen erhalten haben und welche Bedeutung diese für ihre Entscheidung für eine Hormontherapie (HT) hatten. Dabei wurde auf die Einbeziehung der persönlichen Lebenssituation und -qualität der Frauen in den Wechseljahren besonderen Wert gelegt.

Hierzu wurden 35 teilstrukturierte narrative Interviews von Frauen im Alter von 46–75 Jahren durchgeführt, die über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Hormonpräparate eingenommen hatten.

Wege zur Hormoneinnahme

Neben klassischen Wechseljahrsbeschwerden führten viele der interviewten Frauen als Gründe für die Erstverschreibung einer HT den Erhalt ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit an. Ein Beweggrund, der bisher in der wissenschaftlichen Betrachtung von Frauen in der Lebensmitte nicht systematisch untersucht wurde. Nicht selten gingen auch homöopathische Versuche einer allopathischen Behandlung voraus, was zu der Annahme führt, dass auch eine Medikalisierung der Wechseljahre über diesen vermeintlich ›natürlichen Umweg‹ stattfinden kann, denn ›die Wechseljahre‹ werden ab diesem Zeitpunkt als eine zu behandelnde weibliche Lebensphase eingestuft.

Die Haltung der behandelnden Gynäkologinnen und Gynäkologen nahm in den Aussagen der Frauen eine

zentrale Rolle ein. Obwohl die Frauen vielfach über die Gefahren einer HT informiert sind und die Women's Health Initiative-Studie ((WHI) von 2002 nahezu durchweg bekannt ist, betonen viele Frauen noch immer große Defizite in Hinblick auf fachliche Beratung und eine kontinuierliche Begleitung von Seiten ihrer Ärztinnen und Ärzte. So berichten sie unter anderem, dass sie vielfach Informationen oder Warnhinweise bezüglich der HT nur aufgrund eigenen Nachfragens erhielten und diese nicht selten bagatellisiert wurden.

Im Rahmen der Untersuchung wurde zudem deutlich, dass Hormone in erheblichem Umfang weiter mit dem Versprechen des Anti-Aging verordnet werden.

Haltungen der Frauen zur Hormontherapie

Es konnten letztlich sehr unterschiedliche Haltungen von Frauen zur HT ermittelt werden, die ausdrücken, welche Beweggründe für Frauen jeweils am ehesten ausgeprägt waren, sich für diesen umstrittenen Behandlungsweg zu entscheiden:

- Eine ›Integritätswahrende Haltung‹ zur HT, um der empfundenen Bedrohung ihrer psychischen und physischen Integrität bzw. ihrer Weiblichkeit aufgrund der eigenen Veränderungen in den Wechseljahren entgegen zu wirken.
- Eine ›Funktionsorientierte Haltung‹, die aus dem Anspruch bzw. der Notwendigkeit entspringt, die eigene Leistungsfähigkeit v. a. in Beruf und Familie unverändert zu erhalten.

- Eine ›Suchende Haltung‹, die auf große Unsicherheiten und Ängste im Hinblick auf einen eventuell ›falschen‹ Umgang mit den Wechseljahren zurückzuführen ist und viele Behandlungswechsel beinhaltet.
- Eine ›Medizinvertrauende Haltung‹, die versucht, sich durch den nahezu unhinterfragten Rückgriff auf die biomedizinische Behandlungsweise der HT der eigenen Verunsicherung zu entziehen.
- Eine ›Nutzengeneralisierende Haltung‹, verbunden mit der Hoffnung, dass die HT u. a. auch als Anti-Ageing- oder Aufputzmittel bzw. zur Prophylaxe von Rheuma oder Knochenbeschwerden herangezogen werden kann.

Diese Haltungen zur HT verweisen auf einen vielschichtigen Bedarf an Informationen, Unterstützung und Begleitung in den Wechseljahren von Seiten der Frauen, dem die meisten Gynäkologinnen und Gynäkologen, zumindest aus Sicht der Frauen, offenbar zurzeit nicht gerecht werden. Aus diesem Grunde erstaunt es nicht, dass die Verordnungszahlen der HT in Deutschland nicht noch deutlicher zurückgegangen sind.

Die Studie ist im Internet abrufbar unter:
www.praevention.uni-bremen.de/projekte/motivhor.php

Literatur bei der Verfasserin

NICOLE HÖFLING-ENGELS, *Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Grazer Str. 2, 28359 Bremen, Tel.: (0421) 21 8-36 90, E-Mail: hoefling-engels@uni-bremen.de*

Fonds für außergerichtliche Gläubigervergleiche

Der Fonds für außergerichtliche Gläubigervergleiche zugunsten psychisch kranker Patientinnen und Patienten der Asklepios Klinik Nord arbeitet seit drei Jahren. Die Regenbogenstiftung und die Herrmann Reemtsma Stiftung unterstützen diesen Weg zur sozialen Rehabilitation.

Die Anzahl überschuldeter Haushalte – auch in Hamburg – wächst kontinuierlich. Im Frühjahr 2003 waren es über 65 000 Fälle im Stadtgebiet von Hamburg.

Dabei lässt sich auch ein Anstieg überschuldeter psychisch kranker Menschen in der Asklepios Klinik Nord verzeichnen. Die Schulden sind häufig im Kontext ihrer Erkrankung entstanden und bedeuten zugleich ein gravierendes Hemmnis für die psycho-soziale Stabilisierung und gesellschaftliche Integration der Betroffenen. Die Entwicklung einer Perspektive zum Leben mit Schulden und praktikabler Schritte zur Entschuldung ist deshalb für eine dauerhafte Rehabilitation dieser Personen von entscheidender Bedeutung.

Bisherige Arbeitsschwerpunkte

Das Projekt hat sich dementsprechend zwei Arbeitsschwerpunkte gesetzt:

1. PATIENTEN-LERNPROGRAMM

›ÖKONOMISCH HAUSHALTEN‹

Hier handelt es sich um einen präventiven Beitrag zur Abwendung der Schuldenfalle. Es werden der richtige Umgang mit Geld, Haushaltsplanung, kostengünstiges Einkaufen und die Bewältigung unvorhersehbarer Ausgaben angesprochen und damit Hilfen zur Vermeidung von üblichen Überschuldungsrisiken gegeben. Zwei ehrenamtlich tätige Kräfte leiten mit großem Erfolg die Kurse stationsübergreifend an. Es werden ferner Referentinnen und Referenten von Unternehmen eingeladen, die typische Gläubiger der Patienten sind, z. B. von Banken, Versandhäusern oder Handy- und Internet-Betreibern.

2. PATIENTEN-EINZELFALLBERATUNG UND SCHULDENREGULIERUNG:

- Sensibilisierung der Schuldnerin bzw. des Schuldners, wirtschaftliche und soziale Defizite zu erkennen

und Motivation zur Schuldenregulierung, insbesondere Bilanzierung der gesamten Überschuldungssituation und Kontaktaufnahme mit der Gläubigerseite.

- Vielfältige Unterstützung der Betroffenen im Bemühen um eine vorgerichtliche bzw. um eine außergerichtliche Einigung mit den Gläubigern.

Pro Jahr können allein über diesen Weg zur Zeit mehr als 240 überschuldete Patienten und Patientinnen wirksam beraten und unterstützt werden.

Das Projekt Fonds für außergerichtliche Gläubigervergleiche

In aller Regel stammen die Schulden der Patientinnen und Patienten aus Rechtsgeschäften des täglichen Lebens – wie Teilzahlungskredite, Bestellungen im Versandhandel, Handy- oder Internet-Verträge. Oder die Schulden haben sich durch krankheitsbedingte Aufgabe kleiner Geschäfte (Restschulden und -verbindlichkeiten) ergeben. Die Höhe der Schulden bewegt sich in Beträgen von wenigen hundert bis zu einigen tausend Euro.

Die Aussichten der Gläubiger, bei diesen Schuldnern ihre Außenstände eintreiben zu können, sind in der Mehrzahl der Fälle ungünstig. Der Aufwand für die Verfolgung der Schulden ist häufig viel höher als die Forderungshöhe.

Gemeinsam mit dem Nussknacker e. V. und durch die Mithilfe der Ilse und Hans-Günter Regenbogenstiftung und des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker aus Hamburg (LAPK) konnte hier vor drei Jahren ein neuer Weg zur sozialen Reintegration psychisch Kranker im Klinikum Nord beschritten werden. Der Patient und die Patientin sollen in diesen Fällen allerdings auch in die Pflicht genommen werden, sich an der laufenden Kapitalbeschaffung für den Fond zu beteiligen, d. h. sie sollen im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten zur Erstattung der für sie aufgewendeten Tilgungssumme angehalten werden. In erster Linie ist dies therapeutisch-pädagogisch begründet und darf für die Kranken nicht zu einem neuen Schuldendruck führen.

Eine erste Zwischenbilanz macht deutlich, dass das Konzept in dieser Form trägt und wirksame Entschuldungen über diesen Weg möglich sind.

M. VOEPEL, *Asklepios Klinik Nord, Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg, Tel.: (0 40) 18 18 87 25 38, E-Mail: manfred.voepel@k-nord.lbk-hh.de*

Petra Bentz, Maya Krock

Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung

Das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum e. V. Berlin (FFGZ) setzt sich seit 1974 für eine bessere Gesundheitsversorgung von Frauen ein, informiert und berät sie, unterstützt sie bei der Wahrnehmung ihrer Patientinnenrechte und vertritt ihre Interessen in der Gesundheitspolitik.

Seit Januar 2004 wird vom FFGZ das Projekt ›Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung‹ durchgeführt. Finanziell gefördert wurde es anfangs von der ARD-Fernsehlotterie und in der Folge von der AOK und im Rahmen von Volkshochschul- und Integrationsprogrammen des Landes Berlin. Die Patientinnenschulung zielt darauf ab, sozial benachteiligte ältere Frauen und insbesondere Migrantinnen zu befähigen, eine bessere Gesundheitsinformation und -versorgung zu bekommen, und sie dabei zu unterstützen, mündige Patientinnen zu werden. Ein zentrales Anliegen ist die Stärkung der Selbsthilfepotenziale.

Migrantinnen: Älterwerden und Gesundheit

Der Lebensabschnitt ab den Wechseljahren ist von entscheidender Bedeutung für den weiteren Umgang der Frauen mit ihrer Gesundheit. Im Übergang zum Alter werden häufig soziale, körperliche und psychische Belastungen der vergangenen Jahre als Beschwerden spürbar, und chronische Erkrankungen beginnen manifest zu werden. Zudem werden altersgemäße

Veränderungen dieser Lebensphase oftmals zu gesundheitlichen Defiziten erklärt und medizinisch behandelt. Diese Faktoren führen dazu, dass Frauen häufiger ärztliche Praxen aufsuchen und mehr Medikamente verschrieben bekommen als Männer. Die Verordnungsdaten der Krankenkassen bestätigen, was in vielen Studien zu geschlechtsspezifischer Diagnostik und Therapie festgestellt wurde: Insbesondere ältere Frauen sind – auch auf dem Hintergrund bestehender Multimorbidität – den Risiken von Über- und Fehlmedikation mehr ausgesetzt als Männer. Zusätzliche Gefährdungen ergeben sich durch – zum Teil nicht notwendige – Operationen (z. B. Gebärmutterentfernungen) und fehlende Ausschöpfung von Möglichkeiten der Rehabilitation.

Besonders betroffen sind sozial benachteiligte Frauen, und hier noch einmal mehr die Gruppe der Migrantinnen. Armut führt allgemein zu einem schlechteren Gesundheitsstatus und häufiger zu chronischen Erkrankungen. Migrantinnen erleben aufgrund der spezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen oft früher und mehr schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen als die Mehrheitsbevölkerung.

Die Informationen zu Angeboten des Gesundheitswesens zur Prävention und zum Umgang mit Beschwerden sowie zur Nachsorge nach Krankheiten und Operationen gelangen meist nicht zu ihnen. Auch das notwendige Wissen zum Verständnis der Diagnosen und der Wirkungen vorgeschlagener Therapien und Medikamente fehlt weitgehend. Es gibt auf der Seite der Behandelnden häufig eklatante Vermittlungs- und Sprachbarrieren. Auf der Seite der Migrantinnen bestehen besonders hohe Hürden, die notwendigen Informationen zu erfragen oder sich anderweitig zu beschaffen.

Auf diese Problematik zielt das Projekt

Es wurde ein Programm erarbeitet, das den Teilnehmerinnen mehr Gesundheitswissen vermitteln, ihre Eigenkompetenz erhöhen und ihre konkrete Handlungsfähigkeit im Umgang mit Ärztinnen und Ärzten verbessern und ihre Fragen und Anliegen miteinbeziehen soll.

Grundlage der Entwicklung des Kursprogramms war unser Erfahrungswissen aus der Gesundheitsarbeit mit älteren Frauen bzw. Migrantinnen sowie die langjährige Zusammenarbeit und Kommunikation mit Kolleginnen von Beratungsstellen und Treffpunkten für diese Zielgruppe.

Die Patientinnenschulung richtet sich allgemein an sozial benachteiligte Frauen und orientiert sich an den grundlegenden gesundheitlichen Belangen und häufigen Beschwerden älterer Frauen, wobei jeweils auch gruppen- und altersspezifische Schwerpunkte gesetzt werden können.

Mit unserem Angebot eines mehrwöchigen kostenlosen Kurses wenden wir uns an die Kooperationspartnerinnen der Migrations-, Frauen- und Seniorinnenarbeit. Für die Kurseinheiten sind folgende Themen festgelegt worden:

1. Körperliche Veränderungen und gesundheitliche Risiken in der zweiten Lebenshälfte. Die Rolle von Ernährung und Bewegung
2. Die Wechseljahre
3. Gebärmutter, Blase und Beckenboden
4. Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Depressionen
5. Selbsthilfemöglichkeiten zur Stressbewältigung, Entspannung und Förderung von Heilung
6. Die ärztliche Sprechstunde. Untersuchung und Behandlung im Krankenhaus. Patientinnenrechte
7. Der Umgang mit Medikamenten
8. Rehabilitation und Nachsorge.

Schriftliche Materialien

Begleitend zu fast allen Modulen sind gut verständliche Merkblätter in deutscher Sprache und in türkischer, russischer und arabischer Übersetzung entwickelt worden.

Evaluation

Bisher sind 21 Patientinnenschulungen mit türkisch-, russisch- und arabischsprachigen Migrantinnen in verschiedenen Bezirken Berlins abgeschlossen worden, bis Jahresende 2007 werden weitere fünf Kurse durchgeführt. Die Schulungen wurden bisher durchschnittlich von 10 bis 12 regelmäßigen Teilnehmerinnen besucht.

Die Auswertung basiert auf den Mitteilungen während der Kurse sowie auf Fragebogen und Gesprächen zum Abschluss. Außerdem wurden Interviews im Zusammenhang mit der Diplomarbeit ›Gesundheitsförderung als Aufgabe der Sozialarbeit‹ an der Evangelischen Fachhochschule geführt (Anja Wheelhouse, Berlin 2005).

Die Rückmeldungen ergaben eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Angebot. Diese wurde auch deutlich durch die verbindliche Teilnahme vieler Frauen über einen relativ langen Zeitraum (zwei bis vier Monate).

Die Evaluation war und ist eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung des Projekts. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass das Projekt eine sehr gut angenommene und in den Alltag hineinwirkende und damit auch nachhaltige Maßnahme der Gesundheitsförderung und Prävention im Stadtteil ist. Die Zweisprachigkeit der Kommunikations- und Informationsmöglichkeiten bringt die ›gesunde Integration‹ der Migrantinnen voran.

PETRA BENTZ UND MAYA KROCK,
Feministisches Frauen Gesundheits
Zentrum e.V. Berlin, Bamberger Str. 51,
10777 Berlin, T. 030-213 95 97,
Tel.: 030-214 19 27,
E-Mail: ffgz@snafu.de, www.ffgz.de

Ilse Hilliger

SENSIA macht Häusliche Gewalt zum Thema im Krankenhaus

Gewalt gilt heute unbestritten als einer der größten Risikofaktoren für die Gesundheit von Frauen. Dass Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Personal Gewalt indessen nur selten als Ursache der Symptome ihrer Patientinnen in Betracht ziehen, ist bekannt.

Mit ihrem Projekt SENSIA hat die Therapeutische Frauenberatung Göttingen am Beispiel zweier südniedersächsischer Krankenhäuser Strategien erprobt, um unterschiedliche Berufsgruppen eines allgemeinen Krankenhauses zu sensibilisieren, dass sie bei der Behandlung ihrer Patientinnen immer auch an einen möglichen Gewalt-hintergrund denken. Die Erfahrungen und Ergebnisse des bis März 2007 vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit geförderten 18-monatigen Projekts veröffentlicht die Frauenberatungsstelle in einer Handreichung.

Hinderliche und förderliche Faktoren bei der Implementierung

Dass die Krankenhäuser seit der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004 zu erheblichen Umstrukturierungen gezwungen sind, erwies sich als eines der hinderlichen Momente für SENSIA. Qualitätssicherung und Kostendämpfung werden oft in einem Atemzug genannt. Existiert jedoch ein inhaltlich ausgerichtetes Qualitätsmanagement, bietet dies einen sehr guten Anknüpfungspunkt auch für das Thema Häusliche Gewalt (Stichworte Patientinnenorientierung, Ganzheitlichkeit).

Darüber hinaus zeigte sich Zeitmangel immer wieder als eine der größten Hürden. Dass sich die Projektverantwortlichen nicht scheuten, von idealen – und zweifellos wünschenswerten, aber zeitintensiveren – Durchführungsmodalitäten abzurücken, lässt sich insgesamt als einer der förderlichsten Faktoren von SENSIA sehen. Das betrifft etwa den Verzicht auf eine kontinuierliche multidisziplinäre Projektgruppe oder auf verpflichtende Fortbildungen von jeweils mindestens drei Stunden. Jedes sich bietende Zeitfenster wurde dagegen flexibel genutzt, um die zentrale Botschaft zu vermitteln.

Der Projektverlauf bestätigte die nicht überraschende Tatsache, dass die Akzeptanz der gesamten Leitung die krankenhauserinterne Implementierung des Themas Häusliche Gewalt erheblich erleichtert. Er beweist allerdings ebenso, dass es sich sehr wohl lohnt, dem Engagement einzelner relevanter Schlüsselpersonen einen hohen Stellenwert in diesem Sensibilisierungs- und Veränderungsprozess beizumessen.

Information und Entlastung

Statistisch, so wissen wir, findet sich unter den stationären Patientinnen täglich mindestens eine, die Gewalt erfahren hat. Dass dies für ihre Häuser auch gelten sollte, konnte sich zu Beginn nahezu niemand vorstellen. SENSIA ging es um die Botschaft: ›Das Thema ist relevant in meiner täglichen Arbeit. Ich kann hilfreich im Sinne der Opfer handeln, ohne damit überfordert zu werden.‹ Selbstverständlich braucht es dazu das Wissen über Prävalenzen, Formen und Symptome Häuslicher Gewalt. Größeres Gewicht jedoch hatten handlungsorientierte Tipps sowie Informationen über spezifische Hilfeeinrichtungen in der Region. Bereits in den Fortbildungen verknüpfte sich bei vielen Teilnehmenden das neu erworbene Wissen mit Erinnerungen an Situationen, in denen ihnen etwas ›komisch‹ vorgekommen war, ohne dass sie es hätten konkret benennen können.

Ohne persönliche Kommunikation geht es nicht

SENSIA zeigt, dass es eines ebenso kraftvollen wie sensiblen Anstoßes bedarf, um Häusliche Gewalt zum Thema in der stationären Versorgung zu machen. Informationen breit zu streuen und zu hoffen, dass sie die Zielgruppe überzeugen, reicht nicht. Wie bereits im Falle des Gewaltschutzgesetzes erwies sich der pro-aktive Ansatz, der alle individuell sich bietenden Anknüpfungspunkte und Strukturen nutzt und den persönlichen Austausch mit den beteiligten Akteuren sucht, als gute und zielführende Praxis. Materialien wie Checklisten oder Informationskärtchen für betroffene Frauen, wie sie im Rahmen von SENSIA erstellt worden sind, wirken unterstützend, begründen allein aber

kaum nachhaltige Verhaltensänderungen im praktischen Berufshandeln.

SENSIA trägt auf der Mikroebene zur Umsetzung des politischen Willens bei, wie er im Aktionsplan II der niedersächsischen Landesregierung formuliert ist. Es mag zwar mühsam erscheinen, aber ernsthafte Veränderungen lassen sich kurzfristig kaum anders erreichen. Davon unberührt bleibt die Forderung, das Thema Häusliche Gewalt langfristig in den einschlägigen Ausbildungs- und Weiterbildungsordnungen zu verankern, um die Versorgungssituation gewaltbetroffener Frauen in Deutschland zu verbessern.

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

Jennifer Hahn

Suizidprävention in der Schule

Der Verein für Suizidprävention e. V. unterstützt Menschen in (suizidalen) Krisensituationen und trauernde Menschen, kooperiert mit unterschiedlichen Institutionen und bietet seit einem Jahr auch Suizidprävention an Schulen an.

Wir möchten mit der Arbeit in Schulen Schüler und Schülerinnen, Lehrkräfte und auch Eltern aufklären, sensibilisieren, ihnen die Berührungspunkte mit dem Thema ›Krisenbewältigung und Suizidalität‹ nehmen und unsere Kooperation und Unterstützung anbieten.

Seit April 2006 waren wir mit unserer Wanderausstellung für junge Menschen ›Zuhören ist cool. Wegsehen ist tödlich.‹ an neun Hildesheimer Schulen erfolgreich tätig und möchten nun auch überregional tätig werden.

Es hat sich gezeigt, dass die Schule der richtige Ort für diese Präventionsarbeit ist, da der Erfahrungsbereich Schule bei den Schülerinnen und Schülern einen hohen Stellenwert einnimmt. Sie verbringen einen großen Teil ihres Tages in der Schule und viele ihrer Probleme, Krisen und Gefühlszustände kommen hier zum Ausdruck.

Organisatorisch stimmen wir den Projektablauf und die Planung immer individuell und bedarfsgerecht mit der einzelnen Schule ab. Vor Einführung der Wanderausstellung in der Schule bieten wir dem Lehrerkollegium an, das Projekt in einer Dienstbesprechung o. ä. vorzustellen.

Workshops für die Schulen

Wir stellen den Schulen die Ausstellung für einen Zeitraum von 2–4 Wochen zur Verfügung und bieten begleitend dazu Projekte und Workshops zum Thema ›Krisenbewältigung/Suizidprävention‹ an.

Für die Schulklassen gibt es vier verschiedene Workshops zu jeweils 90 Minuten:

1. Anonyme Kartenabfrage – Selbsterfahrung zum Thema ›eigenes Krisenerleben‹
2. a) Besichtigung der Ausstellung mit dazugehörigem Fragebogen, Austausch darüber
b) Fragespiel zu Vorurteilen und Meinungen zum Thema Suizid (bei diesem Workshop wird die Klasse halbiert und a) und b) finden im Wechsel statt)
3. Gruppenarbeit mit anschließender Präsentation zu den Themenbereichen
a) Fakten zum Thema Suizidalität
b) Auslöser einer Krise
c) Signale – Wie erkenne ich, dass sich jemand in einer tiefen Krise befindet?
d) eigene und professionelle Hilfemöglichkeiten
4. Rollenspiel (Gesprächstraining im aktiven Zuhören)

Des Weiteren unterstützen wir auch gerne bei der Gestaltung und Umsetzung von themenspezifischen Projekten. Die Idee ist, sich auf intensive und kreative Weise mit dem Thema auseinanderzusetzen und Produkte, wie z.B. Bilder, Skulpturen, Labyrinthspiel, Gedichte und Geschichten, Interviews auf Tonband, Theaterszenen oder Schaukästen mit Signalen etc. erarbeiten zu lassen. Sie können Teil der Wanderausstellung werden. So wird diese immer interaktiver und die Schülerinnen und Schüler können sich in besonderer Weise damit identifizieren.

Für die Lehrkräfte und Eltern bieten wir Informationsveranstaltungen und Fortbildungen an, in denen Sorgen und Ängste bezüglich der Suizidproblematik besprochen werden.

Unsere Sozialpädagogin arbeitet mit Unterstützung von studentischen Hilfskräften und ehrenamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen.

Weitere Informationen zu unserer Arbeit finden Sie unter www.suizidpraevention-hildesheim.de

JENNIFER HAHN, Verein für Suizidprävention e. V., Schwemannstr. 2, 31134 Hildesheim, Tel.: 0 51 21 51 62 86,

E-Mail:

Verein.f.Suizidpraevention@t-online.de

Michael Bellwinkel

›JobFit Regional‹

Arbeitslosigkeit und drohender Arbeitsplatzverlust sind häufig mit negativen Gesundheitseffekten verbunden. Untersuchungen weisen eine erhöhte Gesundheitsbelastung Arbeitssuchender nach. Bei ihnen zeigt sich oftmals ein Komplex psychischer, psychosozialer und psychosomatischer Beeinträchtigungen. Sozialer Rückzug, Selbstzweifel und Depression sind vielfach Folgen von Arbeitslosigkeit, die Betroffene nicht nur belasten, sondern auch deren Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt erschweren. Die Entwicklung psychischer und physischer Ressourcen sind zentrale Aufgaben der Gesundheitsförderung für Arbeitslose.

Vor diesem Hintergrund hat der BKK Bundesverband im Rahmen der BKK Initiative ›Mehr Gesundheit für alle‹ das Modellprojekt ›JobFit Regional‹ Ende 2004 in Nordrhein-Westfalen gestartet. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS) beteiligte sich mit einer 50-prozentigen Ko-Finanzierung aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF). Projektpartner waren die Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung (G.I.B.), die die Bezüge zu den Arbeitsmarktakteuren herstellte, und das Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen.

Die Grundidee bei ›JobFit Regional‹ bestand darin, Beschäftigungs-, Bildungs- und Qualifizierungsträger als Setting für die Implementierung von Gesundheitsförderung zu nutzen. Der Zugang zur Zielgruppe wurde durch Maßnahmen und Beratungen gewährleistet, in denen man Arbeitslose in organisierter Form antrifft. Ende 2004 wurden zehn Träger in Nordrhein-Westfalen ausgewählt, die Implementierung von Gesundheitsförderung in ihren arbeitsmarktpolitischen Vorhaben zu erproben.

Persönliche Gesundheitsziele

Den Einstieg bildete bei allen Projektträgern eine individuelle Gesundheitskompetenzberatung. In dem Beratungsgespräch wurde die individuelle Situation, gesundheitliches Verhalten und Veränderungsbereitschaft der Teilnehmenden thematisiert. Auf dieser Grundlage wurden persönliche Gesundheitsziele erarbeitet, die durch Teilnahme an weiterführenden Gesundheitsangeboten der Projektträger vor Ort oder durch Vermittlung in Präventionskurse der Krankenkassen erreicht werden sollten. Die Inhalte stammen aus den klassischen Gesundheitsfeldern Bewegung, Ernährung, Entspannung und Suchtvermeidung. Die Gruppenangebote wurden vor dem Hintergrund der spezifischen Situation der Arbeitslosigkeit durchgeführt. Beispielsweise thematisierten Angebote aus dem Ernährungsbereich immer auch die Finanzierbarkeit gesunder Lebensmittel.

Zielgruppen und Akquise der Teilnehmenden

Ältere Langzeitarbeitslose, jugendliche ALG II-Empfänger und prekär Beschäftigte waren die Hauptzielgruppen. An dem Projekt haben 540 Personen teilgenommen. Es konnten schwer zugängliche Risikogruppen eingebunden werden.

Ca. 74 % der Teilnehmenden wurden aus einem bereits bekannten Personenkreis (z. B. eigenen Maßnahmen) gewonnen, externe Teilnehmende durch Öffentlichkeitsarbeit oder besondere Aktionen (ca. 14 %) sowie durch Vermittlung einzelner BKKn (ca. 12 %). Die Zielgruppe zeigte sich anfangs

skeptisch gegenüber den Angeboten. Zunächst mussten Befürchtungen, dass eine Beurteilung der Beschäftigungsfähigkeit an erhaltene finanzielle Leistungen gekoppelt sei, ausgeräumt werden.

Der Zugang zur Zielgruppe über Akteure der Arbeitsmarktintegration war erfolgreich. Befragungen der Träger und die externe Evaluation zeigten, dass sich die parallele Durchführung von Einzelberatungskontakten und Gruppenangeboten bewährt hat. Die Träger nahmen vor allem bei Motivation, Übernahme von Eigenverantwortung sowie psychischer Stabilität und Selbstvertrauen deutlich positive Veränderungen wahr. Positiv äußerten sich die Trägervertreter zudem bezüglich der Entwicklung von Gesundheitsbewusstsein und Schlüsselqualifikationen, z. B. Zuverlässigkeit, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, sowie der Zunahme von Bewerbungsaktivitäten, Mobilität, Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt. Alle Träger sahen deutliche Verbesserungen der Vermittlungs- und Integrationschancen. Darüber hinaus beobachtete der Großteil der Projektträger eine klare Reduktion bei Maßnahmenabbrüchen, Krankmeldungen und unentschuldeten Fehlzeiten.

JobFit NRW setzt Erfolgsprojekt fort
Erstmals lassen sich signifikante Verbesserungen von Gesundheitsindikatoren bei Arbeitslosen nachweisen. Die durch JobFit Regional initiierten Kooperationen zwischen Akteuren der Arbeitsmarktintegration und der Gesundheitsförderung wirken über das Projektende hinaus. Es wurden kommunale Netzwerke aufgebaut, um eine dauerhafte und institutionalisierte Integration von gesundheitsfördernden Aspekten in die Arbeitsvermittlung zu fördern.

Der BKK Bundesverband und das MAGS haben sich entschieden, der Empfehlung des Evaluators und der 15. Landesgesundheitskonferenz NRW zu folgen und das Gesundheitsförderungsprojekt für Arbeitslose fortzusetzen.

MICHAEL BELLWINKEL, *BKK Bundesverband, Essen, Abteilung Gesundheit,*
Tel.: (02 01) 1 79 14 72,
E-Mail: BellwinkelM@bkk-bv.de

Gender Mainstreaming und Weiterbildung

In Hochschulen stellt sich das Problem, dass eine gleichberechtigte Teilhabe beider Geschlechter auf allen Status-ebenen noch nicht erreicht ist, besonders dringlich. Das Voranbringen der Gleichstellung wird anhand von zwei Instrumenten beleuchtet: dem Gender Mainstreaming und der Weiterbildung. Der erste Teil des Bandes befasst sich mit dem Konzept des Gender Mainstreaming, das als neues Instrument der Organisationsentwicklung an Hochschulen in seinen theoretischen Grundannahmen, historischen Herleitungen und praktischen Umsetzungen diskutiert wird. Der zweite Teil stellt innovative Methoden genderorientierter (Weiter-)Bildung als Instrument der individuellen Potenzialentwicklung im Kontext von Hochschule, Schule und Wirtschaft vor. (us)

HILDEGARD MACHA, CLAUDIA FAHRENWALD (HRSG.): *Gender Mainstreaming und Weiterbildung – Organisationsentwicklung durch Potentialentwicklung.* Verlag Barbara Budrich, Opladen und Farmington Hills, 2007, 210 Seiten, ISBN 3-86649-053-4, 19,90 Euro

Wege zur gesunden Hochschule

Hochschulen sind Betriebe eines besonderen Typs, in dem Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung den Spezifika wissenschaftlicher Arbeit und den engen Verbindungen zwischen Beschäftigten und Studierenden als ‚Kunden‘ Rechnung tragen müssen. Dieses Buch beginnt mit konzeptionellen Grundlagen und einer Übersicht über die Gesundheit der Statusgruppen. Allgemeine Strategien eines Projektes Hochschulgesundheit, wie Zielformulierung, Prozessplanung oder Betroffenenbeteiligung, folgen. Weiterhin gibt das Buch einen Überblick über konkrete Modelle und Möglichkeiten hochschulgerechter Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik. So geht es z. B. um die Nutzung von Zielvereinbarungen zur gesundheitsfördernden Hochschulsteuerung, um das Bearbeiten von Zukunftsängsten Studierender

durch das Aktivieren von Selbsthilfepotenzialen oder die Integration von Arbeitsschutz in das Gesundheitsmanagement in Hochschulen. Das Buch richtet sich u. a. an diejenigen, die Gesundheitsförderung in Hochschulen umsetzen, und Verantwortungsträger, die in und für Hochschulen Entscheidungen treffen. (us)

GUDRUN FALLER, PETER-ERNST SCHNABEL (HRSG.): *Wege zur gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung 75. Edition sigma, Berlin, 2006, 259 Seiten, ISBN-10: 3-8360-8675-1, 16,90 Euro*

Psychopharmakaversorgung im Altenpflegeheim

Die Verordnung von Antidepressiva, von Tranquilizern und Schlafmitteln ist gerade in Pflegeheimen außerordentlich hoch. In stationären Altenpflegeeinrichtungen ergeben sich durch die ambulante Psychopharmakaversorgung Schnittstellenproblematiken. Die vorliegende Studie analysiert die Defizite der gegenwärtigen Verschreibungspraxis von Psychopharmaka in einem Frankfurter Altenpflegeheim. Die komplexe Versorgungspraxis wurde interdisziplinär unter gerontopsychiatrischen, ethischen und rechtlichen Aspekten untersucht. Anhand eines Handlungsstufenmodells wurden konkrete Empfehlungen formuliert. Ziel war, dem inadäquaten bzw. missbräuchlichen Umgang mit Psychopharmaka entgegenzuwirken. (us)

JOHANNES PANTEL, GISELA BOCKENHEIMER-LUCIUS, INGWER EBSEN, RUTH MÜLLER, PETER HUSTEDT, ALEXANDER DIEHM: *Psychopharmakaversorgung im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Studie unter Berücksichtigung medizinischer, ethischer und juristischer Aspekte. Frankfurter Schriften zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsrecht 3. Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 2006, 389 Seiten, ISBN 3-631-55095-2, 56,50 Euro*

Fit ins Alter

Die Bedeutung von körperlicher Aktivität für ein gesundes Altern steht im Mittelpunkt dieses Buches, das von den Sportmedizinern Norbert Bachl und Johannes Zeibig gemeinsam mit dem Sportwissenschaftler Werner Schwarz herausgegeben wurde. Die Autoren stellen einfache und leicht umsetzbare Anleitungen für verschiedene Sportarten sowie für Bewegung im Alltag und in der Freizeit zusammen, die sich auch für jung gebliebene ältere Menschen eignen. Weiterhin werden Trainingskonzepte für Neu- und Quereinsteiger und Motivationshilfen zu regelmäßiger Aktivität vorgestellt. Daneben werden im Rahmen des ›My Way Active Aging Konzeptes‹ auch geistige Beweglichkeit und psychische Aspekte des Alterns thematisiert. Ein weiterer Abschnitt beschäftigt sich mit dem Thema Ernährung in der zweiten Lebenshälfte. Der Band richtet sich an Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Sportwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler sowie an ältere Menschen. (ib)

NORBERT BACHL, WERNER SCHWARZ,
JOHANNES ZEIBIG: *Fit ins Alter. Mit richtiger Bewegung jung bleiben.* Springer Verlag, Wien, New York, 2006, 318 Seiten, ISBN 978-3-211-23523-2, 29,80 Euro

Volkskrankheit Depression?

Depressionen sind die häufigste psychische Störung im Erwachsenenalter. Der vorliegende Reader gibt einen Überblick über den heutigen Erkenntnisstand zum Thema. Dabei werden neben Daten zur Epidemiologie, zu den volkswirtschaftlichen Konsequenzen und zum Versorgungsgeschehen vielfältige Hintergründe und Zusammenhänge dargestellt. Das Aufkommen der Depression wird z. B. in Beziehung gesetzt zu dem Wechsel von einer Gesellschaft, die auf Disziplin gegründet war, hin zu einer Gesellschaft, die sich auf allgemeine persönliche Initiative stützt. Die Zusammenhänge depressiver Erkrankungen mit Faktoren wie Alter, Geschlecht und Arbeitslosigkeit werden diskutiert. Welche Möglichkei-

ten Gesundheitsförderung und Prävention bieten und welche Effekte Leitlinien, Früherkennung und Awareness bezüglich depressiver Erkrankungen haben, wird vorgestellt. Dieses Buch zum Kontextwissen über Depressionen ist interessant für Menschen aus Wissenschaft und Praxis, aus Medizin, Public Health, Psychologie und Sozialwissenschaften sowie für politische Entscheidungsträger. (us)

GABRIELA STOPPE, ANKE BRAMESFELD,
FRIEDRICH-WILHELM SCHWARTZ (HRSG.): *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven.* Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, Wissenschaftliche Reihe der Gmünder Ersatzkasse, 2006, 475 Seiten, ISBN-10: 3-540-31749-X, 39,95 Euro

Geburtshilfe neu denken

Der vorliegende Bericht analysiert die bisherigen Angebote und Versorgungsleistungen im Bereich der Geburtshilfe und setzt neue Akzente. Er macht darauf aufmerksam, dass der Berufsstand der Hebamme für die Gesundheitsförderung und Prävention ein Potenzial bietet, das gesellschaftlich bisher noch nicht genügend genutzt und gefördert wurde. Neben der Situation des Hebammenwesens, dem Versorgungsangebot und der aktuellen Position von Hebammen im Gesundheitswesen geht es auch um Ausbildung und Forschung.

Der Bericht endet mit gesundheitspolitisch außerordentlich wichtigen Empfehlungen zur Optimierung der gesundheitlichen Versorgung in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Das vielschichtige Wissen von Hebammen aus verschiedenen Arbeitsbereichen ist in diese Arbeit eingeflossen. (us)

FRIEDRIKE ZU SAYN-WITTGENSTEIN (HRSG.): *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland.* Verlag Hans Huber, Bern, 2007, 228 Seiten, ISBN 3-456-84425-5, 19,95 Euro

Burn-out bei Frauen

Sabine Fabach arbeitet im Wiener Institut Frauensache seit vielen Jahren mit Frauen, die von Burn-out betroffen oder davon bedroht sind. Sie legt mit diesem Buch ein Burn-out-Stufenmodell vor, mit dem Betroffene Schritt für Schritt aus der Überforderung herausfinden. Die Hintergründe und der Verlauf des Burn-out-Syndroms werden sehr allgemein verständlich dargestellt. Das Buch streift eine große Menge an Themen, von Mobbing und Konfliktmanagement, Selbstwert und Kommunikationsfähigkeit sowie Übervorsorglichkeit bis zur Fleißfalle oder der inneren Achtsamkeit. Das Kapitel über den Umgang mit burn-out-gefährdeten Menschen sowie eine Adressen- und Link-Übersicht beschließen den Ratgeber. (us)

SABINE FABACH: *Burn-out. Wenn Frauen über ihre Grenzen gehen.* Orell Füssli Verlag, Zürich, 2007, 206 Seiten, ISBN 978-3-280-05221-1, 24,00 Euro

Jahrbuch Sucht 2007

Das Jahrbuch Sucht 2007 bietet einen differenzierten Überblick über die aktuellen Studien zum Konsum legaler und illegaler Drogen. Neben Themen, die jedes Jahr erneut aufgegriffen werden, wie Konsumtrends und Konsumverhalten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, werden auch aktuelle Schwerpunktthemen bearbeitet. Die Ausgabe 2007 befasst sich mit Sucht und sozialer Lage sowie dem Alkoholverbrauch in Europa.

Die im letzten Teil aufgeführten Kontaktadressen von Organisationen und Einrichtungen im Suchtbereich sind eine hilfreiche Orientierung.

Das Jahrbuch Sucht ist ein gutes Nachschlagewerk für alle, die sich über Tendenzen und aktuelle Zahlen im Bereich Sucht auf dem Laufenden halten wollen. (am)

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (HRSG.): *Jahrbuch Sucht 2007.* Neuland Verlagsgesellschaft, Geesthacht, 2007, 255 Seiten, ISBN: 978-3-87581-270-1, 15,90 Euro

Bildung der Persönlichkeit

Dieser im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung herausgegebene Reader kann als christdemokratische Antwort auf PISA gelesen werden. Anknüpfend an eine Initiative der Stiftung aus dem Jahre 2000 wird hier eine Lanze für das gegliederte Schulsystem gebrochen. Ein Teil der Artikel befasst sich daher auch mit dem Verhältnis von Schulform und Schulbildung. Auf der Grundlage der humanistischen Bildung wird das Verhältnis von Bildung und Schulbildung ausgelotet. Dabei werden Bildungsinhalte, Bildungsstandards und Kerncurricula wieder ins Zentrum gerückt. Der Band stellt auf den letzten 150 Seiten Kerncurricula für die Bereiche Deutsch, Mathematik, Geschichte und politische Bildung, Naturwissenschaften am Beispiel Physik sowie kulturelle Bildung am Beispiel Musik jeweils für Hauptschule, Realschule und Gymnasium zur Diskussion. Leider wird mit wissenschaftlich fundierten Belegen für die gemachten Aussagen sehr sparsam umgegangen. (us)

JÖRG-DIETER GAUGER (HRSG.): *Bildung der Persönlichkeit. Verlag Herder, Freiburg im Breisgau, 2006, 468 Seiten, ISBN-13: 978-3-451-23017-2, 18,00 Euro*

Didaktik

Das Buch führt in Grundfragen der Didaktik aus systemischer Sicht ein. Studierenden, die zukünftig lehren, soll eine neue Form von Vermittlungsmodell nahe gebracht werden. Das Prinzip ›lernen zu lernen‹ steht im Mittelpunkt. Der Ansatz von Arnold verbindet aktuelle hirpsychologische Erkenntnisse und didaktisches Theoriewissen mit systemisch-konstruktivistischen Konzepten zur Entwicklung, Aneignung und Veränderung von Wissen. Diese Ermöglichungsdidaktik wird in unserer Zeit der Explosion von Wissensbeständen immer wichtiger. (us)

ROLF ARNOLD: *Ich lerne, also bin ich. Eine systemisch-konstruktivistische Didaktik. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg, 2007, 236 Seiten, ISBN 978-3-89670-574-7, 27,95 Euro*

Ina hört anders

In dem wirklich schön illustrierten Sachbilderbuch wird das Hören mit einer Hörbehinderung und Hörgeräten veranschaulicht. Wie Ina hört, weil sie anders hört, bringt die selbst von Schwerhörigkeit betroffene Autorin sensibel und einfühlsam den ganz jungen Lesern und Leserinnen und den Vorlesenden nahe. In kurzen Texten werden auf 32 Seiten eine Reihe von Themen des Alltags eines hörbehinderten Kindes angestoßen. Dem Bildband ist eine Begleitbroschüre mit Grundlagen, Informationen und Praxisimpulsen über Schwerhörigkeit hinzugefügt worden. ›Ganz normal anders‹ – dieses Kinderbilderbuch ist ein guter Beitrag zum Verständnis von Identität und Integration schwerhöriger Kinder. (bw)

SIBYLLE GURTNER & SUSE SCHWEIZER: *Ina hört anders. Atlantis Verlag, Zürich, 2007, 32 Seiten, ISBN 978-3-7152-0532-8, 13,90 Euro*

Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung

Der von Ute Ziegenhain und Jörg Fegert herausgegebene Band fasst verschiedene Beiträge zur Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung im frühen Säuglings- und Kleinkindalter zusammen. Dabei werden sowohl die gesetzlichen Voraussetzungen, die Risikoeinschätzung, der Umgang mit Kindeswohlgefährdung in der Praxis sowie Prävention und Interventionsmöglichkeiten durch frühe Förderung von Feinfühligkeit ausführlich dargestellt. Kinderschutz wird dabei als eine

interdisziplinäre Aufgabe verstanden, die gleichermaßen Jugendhilfe, Pädiatrie, Psychologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Praxis und Forschung in den jeweiligen Handlungsfeldern angeht. (ta)

UTE ZIEGENHAIN & JÖRG M. FEGERT (HRSG.): *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. Ernst Reinhard, Verlag, München, 2007, 213 Seiten, ISBN-978-3-497-01898-7, 24,90 Euro*

Geschlechtertypisierungen in Familie und Schule

Das Aufwachsen in der Familie und das Lernen bzw. die Sozialisation in der Schule sind in hohem Maße durch Geschlechtertypisierungen geprägt. Deren Thematisierung und kritische Analyse hat sich der zweite Band des Jahrbuches Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft vorgenommen. In diesem Band finden sich u. a. Beiträge zur Bedeutsamkeit von familiären Rollenbildern und Geschlechtertypisierungen im Umgang mit Armut an Schulen, zur Herstellung von Männlichkeit im Schulalltag sowie zu Bildungs- und Ausbildungsentwürfen für jugendliche Mütter. (us)

SABINE ANDRESEN, BARBARA RENDTORFF (HRSG.): *Geschlechtertypisierungen im Kontext von Familie und Schule. Jahrbuch Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft 2/2006. Verlag Barbara Budrich, Opladen, 2006, 151 Seiten, ISBN 11: 3-86649-032-1, 18,90 Euro*



www.mi.niedersachsen.de/master/C36592016_N36804956_L20_DO_1522.html

Die neue Integrationsbeauftragte des Landes Niedersachsen hat im Mai ihre Tätigkeit aufgenommen. Sie wird im Rahmen ihrer Funktion die Zusammenarbeit mit Verbänden, gesellschaftlichen Gruppen und Organisationen sowie Bildungseinrichtungen suchen und den Kontakt zu Integrationsbeauftragten auf Landes- und Bundesebene halten und ausbauen.

www.rat-fuer-migration.de

Der Rat für Migration ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Seine zentrale Aufgabe ist die öffentlich kritische Begleitung der Politik in Fragen von Migration und Integration. Er setzt sich seit rund einem Jahrzehnt in seinen Publikationen, Auftritten in der Öffentlichkeit und Stellungnahmen in den Medien für eine differenzierte Politik in Deutschland ein, die Migration und Integration aktiv und weitsichtig gestaltet.

www.migration-boell.de

Die Website Migration-Integration-Diversity (MID) ist ein Projekt der Heinrich-Böll-Stiftung. Die Website präsentiert ein vielfältiges Angebot an Informationen, Analysen und Meinungen zu den großen Themenfeldern Zuwanderung, soziale und politische Integration sowie zu einem produktiven Umgang mit kultureller Vielfalt in Institutionen.

www.polixea-portal.de

Das POLIXEA Portal ermöglicht den Dialog zwischen Wählern und Wählerinnen, Politik, Medien, Wirtschaft und Wissenschaft. Als registrierter Nutzer kann man mit Ministern und Abgeordneten, aber auch untereinander aktuelle und grundsätzliche Themen diskutieren. In Verbindung mit POLIXEA Kommunal, dem Informationsdienst für Landes- und Kommunalpolitik, hat das POLIXEA Portal vom Gemeinderat bis zur EU-Kommission alle Entscheidungsebenen im Blick. Haupt- und ehrenamtliche Politikerinnen und Politiker, politisch Interessierte und Journalisten

gehören ebenso zu den Nutzern wie Unternehmen, Schulen und Universitäten. Kooperationspartner sind u. a. das ZDF, CNN International und Focus.

www.start.ghst.de

Um besonders begabten und engagierten Kindern von Zuwanderern verstärkt die Möglichkeit zu einer höheren Schulbildung und bessere Chancen für eine gelungene Integration zu bieten, hat die Gemeinnützige Hertie-Stiftung das Stipendienprogramm START, das Zuwandererkarrieren in Deutschland ermöglichen will, ins Leben gerufen. START arbeitet gemeinsam mit anderen Stiftungen, Städten, Landkreisen und Privatpersonen.

www.integration-durch-sport.de

›Integration durch Sport‹ ist ein Programm des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) und in der Umsetzung an die Landessportbünde eigenverantwortlich angegliedert. Das zentrale Ziel des Programms ist die Integration der Zuwanderer in die Aufnahmegesellschaft und in den organisierten Sport. Das Programm ›Integration durch Sport‹, das vom Bundesministerium des Innern gefördert wird, arbeitet mit verschiedenen Integrationsmodulen, die sowohl die bestehenden Angebotsstrukturen des traditionell organisierten Sports als auch neue, alternative Formen des Sports beinhalten und nutzen.

www.gib.nrw.de/de/projekte_jobfit/index.htm

Der Link verweist auf die Projektdatenbank von JobFit Regional. Das Modellprojekt JobFit Regional zielt auf gesundheitsfördernde Begleitmaßnahmen in der Beschäftigungsförderung und auf die Selbstbestimmung und Stärkung von Gesundheit von Arbeitsuchenden, sowie den Erhalt und die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit in NRW.

www.niedersachsen.aidshilfe.de

Die NAH ist der Dachverband der zwölf niedersächsischen AIDS-Hilfen, zu dem außerdem der Spezialpflegeverein für AIDS-Kranke SIDA e.V., der Christenbeistand für AIDS-Kranke und HIV-Infizierte Lazaruslegion e.V., die Beratungs-

stelle für Prostituierte Phoenix e.V. sowie die Akademie Waldschlösschen (Fachbereich AIDS und Gesellschaft) gehören. Der Landesverband sieht seine Aufgaben in der unterstützenden Beratungs- und Informationsarbeit seiner Mitgliedsorganisationen sowie in der Fort- und Weiterbildung von ehrenamtlichen Vorständen und hauptamtlichen Mitarbeitenden.

www.gayromeo.com

Anfang 2007 starteten die Aidshilfen und Präventionsprojekte in Deutschland, Österreich und der Schweiz ein internationales Health Support-Projekt. Das Modellprojekt zur Internetprävention für Schwule, Bisexuelle und MSM tritt in Kooperation mit dem größten Internetkontaktportal www.gayromeo.com für Schwule im deutschsprachigen Raum auf. Geschulte Mitarbeiter beantworten Fragen zu den Themen ›HIV/AIDS‹, ›Hepatitis und andere sexuell übertragbare Krankheiten‹, ›Schwule Gesundheit‹ und ›Schwules Leben in Deiner Region‹. Die Seiten sind zu finden unter dem Menüpunkt Infothek und Health Support.

secondlife.com

Die von der kalifornischen Firma Linden Labs geschaffene Online-Plattform Second Life mit aktuell über sieben Millionen Nutzenden zeichnet sich im Gegensatz zu typischen Computerspielen durch Barriere- und Regelfreiheit aus. Dadurch können die Teilnehmenden innerhalb einer größtenteils von ihnen selbst geschaffenen Welt agieren. Die Plattform hat unter anderem durch dieses interaktive Potenzial in den letzten Monaten erhöhte Aufmerksamkeit erfahren.

Berichtigung

Leider ist uns in der letzten Ausgabe von *impu!se* ein Druckfehler unterlaufen. Die Internet-Seite zum bundesdeutschen Tag der Gesundheitsforschung ist unter folgender Adresse zu erreichen: www.wissenschaft-gesundheit.de Für die fehlerhafte Adresse bitten wir um Entschuldigung.



Veranstaltungen der LVG Niedersachsen e. V.

Wer rastet, der rostet - Körperliche Mobilität im Alter
In der Vortragsreihe: Mobilität und Alter in Niedersachsen
 21. September 2007, Akademie des Sports, Hannover

Good Practice in der Gesundheitsförderung – aber wie?
 24. September 2007, Rudolf-Steiner-Haus, Hamburg

Inzwischen ist klar, was erfahrungsgemäß als gute und nachahmenswerte Praxis in der Gesundheitsförderung betrachtet werden kann. Hier setzt der Gedanke von Good Practice an: Durch Identifizierung und Benennung von Bereichen, in denen Projekte der Gesundheitsförderung herausragende Arbeit leisten, werden die vorhandenen positiven Potenziale erschlossen und anderen zur Nachahmung empfohlen. Die Regionalen Knoten Hamburg und Niedersachsen möchten Praxisanbietern/-innen die Möglichkeit geben, mehr von diesem eher niedrigschwelligen und praxisorientierten Ansatz kennen zu lernen und stellen ausgewiesene Beispiele guter Praxis vor. Der Workshop ist eine Kooperationsveranstaltung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) und der LVG.

Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for all European Women

5.-7. Oktober 2007, Berlin

Der englischsprachige Workshop knüpft an das EU-Jahr der Chancengleichheit für alle 2007 an. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention ist z. B. für Migrantinnen, ältere Frauen und sozial benachteiligte Frauen erschwert. Der Workshop organisiert einen europäischen Austausch über diese Zugangsprobleme, stellt politische Ansatzpunkte zur Veränderung dar und diskutiert Modelle guter Praxis auf ihre Übertragbarkeit in andere Länder. Häusliche Gewalt und gesundheitliche Versorgung sowie reproduktive Gesundheit sind weitere Schwerpunkte.

Workshop des European Women's Health Network (EWH-NET) in Kooperation mit der Berlin School of Public Health, dem European Institute of Women's Health, dem Social Science and Public Health Institute (SOPHI) und dem Forschungszentrum Altern und Gesellschaft der Universität Vechta

Belegschaften im Wandel – Klein- und mittelständische Unternehmen stellen sich der demografischen Herausforderung

8. Oktober 2007, Akademie des Sports, Hannover

Die demografische Entwicklung stellt für klein- und mittelständische Unternehmen eine besondere Herausforderung dar. Es stellt sich die Frage, wie die Forderung nach altersgerechten Arbeitsplätzen umgesetzt werden kann, welche Möglichkeiten des Erfahrungstransfers und welche Unterstützung zur Qualifizierung notwendig sind. Diese Themen sollen im Rahmen der Fachtagung aufgezeigt und diskutiert werden. Neben dem Einführungsvortrag und zwei parallelen Dialogseminaren werden auf dem Markt der Möglichkeiten gute Praxisbeispiele und Modelle vorgestellt.

Die Fachtagung richtet sich an Personalverantwortliche und Fachkräfte der administrativen Ebene in klein- und mittelständischen Unternehmen sowie Multiplikatoren, die sich mit

dem Thema altersgerechte Arbeitsgestaltung für diese Zielgruppe beschäftigen.

Schwangerschaft und Geburt: Selbstbestimmung im Wandel

9. Oktober 2007, Universität Osnabrück

Die Frauenbewegung der 70er Jahre hatte Selbstbestimmung in dem Sinne gefordert, sich den eigenen Körper wieder anzueignen. Heute stellen wir fest, dass Frauen mehr und mehr Kontrolle und Überwachung als eigenes Bedürfnis empfinden. Selbstbestimmung heißt heute Selbststeuerung, kompatibel mit den Möglichkeiten des Medizinsystems. Die Tagung zeigt auf, welche Konsequenzen dies für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hat. Zudem wird diskutiert, wie die salutogenetische Perspektive die Begleitung von Frauen rund um die Geburt bereichern kann und welche Umgebungsfaktoren die Ressourcen der Frauen langfristig stärken.

21. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, getragen von der LVG, dem Sozialministerium Nds. und pro familia LV Nds. in Kooperation mit der Universität Osnabrück, Forschungsschwerpunkt Maternal Health.

Essen und Trinken in Kitas und Grundschulen

11. Oktober 2007, PFL, Oldenburg

Neue Studien zeigen, dass Mädchen und Jungen in Kitas und Grundschulen gesundheitliche Unterstützung im Bereich Ernährung benötigen. Bei Kindern im Vorschulalter bestehen die besten Möglichkeiten, diesen Entwicklungen entgegenzuwirken. Die Frage, was Kitas und Schulen tun können, um Angebote zur gesunden Ernährung zu machen, soll auf der Veranstaltung diskutiert werden und es sollen Lösungsansätze gezeigt werden. Kooperation und gemeinsame Verstärkung von Präventionsmaßnahmen für diese Altersstufe stehen im Mittelpunkt der Tagung. Ziel der Fachtagung ist es, Kontakte zu knüpfen sowie Allianzen für Ernährung zu entwickeln. Die Fachtagung wird in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung – Sektion Niedersachsen (DGE) und anderen Partnern durchgeführt.

Anders alt?! – Alternde Menschen mit geistiger Behinderung in Europa

11./12. Oktober 2007, Hannover

Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung ist stark gestiegen, so dass in den nächsten Jahren erstmals eine ganze Generation in den Ruhestand gehen und Unterstützung bei der Gestaltung ihrer Lebenssituation als Seniorinnen und Senioren benötigen wird. Der Zugang dieser Generation zu Bildung, Beschäftigung, gesundheitlicher Versorgung war großenteils wesentlich schlechter als derjenige späterer Generationen.

Konzeptionelle Überlegungen zu ihrer Unterstützung müssen daher die Frage der Chancengleichheit für diese Gruppe berücksichtigen: die Etablierung eines positiven Alterskonzeptes und die Anerkennung der Entwicklungsfähigkeit im Alter müssen ebenso gewährleistet werden wie spezielle Unterstützungsleistungen.

Das Thema des Älterwerdens wird in den europäischen Aktionsplänen sehr hoch bewertet, auf nationaler und auf regionaler Ebene allerdings unterschiedlich umgesetzt.

Ziel der Tagung ist es, nationale und internationale Beispiele guter Praxis zu präsentieren und auf ihre Realisierbarkeit in Niedersachsen zu überprüfen.

Die Tagung findet im Rahmen des ›Europäischen Jahres der Chancengleichheit für alle‹ statt.

Vorschau

Niedersachsen-Forum Alter und Zukunft ›Generationenmarkt und Verbraucherschutz‹

8. November 2007, Ritterakademie, Lüneburg

afs

Neues aus der Akademie für Sozialmedizin Hannover e. V.

15. Robert-Koch-Tagung, zugleich 29. Fortbildungsveranstaltung der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Niedersachsen

Donnerstag, 06. September 2007 bis

Freitag 7. September 2007, Clausthal-Zellerfeld

Der traditionelle zweitägige Kongress ist die zentrale Fortbildungsveranstaltung für Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Die diesjährigen Rahmenthemen lauten ›Frühe Hilfen – was ist nötig? Was ist möglich? – aktuelle Tendenzen in der Förderung von Kindern‹, ›Gutachtenwesen‹, ›Umweltmedizin‹ und ›Infektionsschutz‹.

Die Tagung wird in Kooperation mit dem Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V., dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit durchgeführt.

Pflegequalität in Niedersachsen – Eine Bestandsaufnahme

Montag, 24. September 2007, Hannover

Seit dem 1. Januar 2006 gelten die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) der Spitzenverbände der Pflegekassen. Mit den QPR wurden die Inhalte der Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an den aktuellen Kenntnisstand angepasst. Rund 2 Jahre nach Inkrafttreten der QPR ziehen die Veranstalter eine erste Bilanz. Dabei werden Ergebnisse von MDK-Prüfungen der Jahre vor Inkrafttreten der neuen QPR mit Prüfergebnissen der Jahre 2006 und 2007 verglichen. Was bringen die neuen QPR wirklich für Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen? Mehr Qualität oder nur mehr Bürokratie?

Die Veranstaltung findet in Kooperation mit dem IKK-Landesverband Niedersachsen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen statt.

XVII. Niedersächsische Suchtkonferenz

Donnerstag, 18. Oktober 2007, Hannover

Die XVII. Niedersächsische Suchtkonferenz zeigt anhand der in der Öffentlichkeit verstärkt diskutierten Alkoholproblematik bei Kindern und Jugendlichen (u. a. das so genannte ›Flastrate-Trinken‹) auf, welche Vernetzungsaufgaben zwischen den unterschiedlichen Fachdisziplinen in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugendhilfe, der Suchthilfe und dem Schulbereich bestehen und welche erfolgreichen Beispiele Anregungscharakter für eine verbesserte Versorgungspraxis haben könnten. Dabei geht es nicht nur um die effektive Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher, sondern auch um die Prävention von Suchtverhalten und die Möglichkeiten, die Konsumkompetenz von Kindern- und Jugendlichen positiv zu beeinflussen.

Die Konferenz findet in Kooperation mit dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit statt.

Vorschau

Impfschutz

Dienstag, 09. Oktober 2007, Hannover

Diese Veranstaltung wird auf den Februar 2008 verschoben.

8. SOPHIA-Fachtagung

Freitag, 09. November 2007, Winsen/Luhe

Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gemeindepsychiatrie – Welche Bedeutung haben quantitative Daten?

15. November 2007, Sarstedt

Niedersachsen

Fachtagung, Wenn Eltern überfordert sind ..., 11.07.2007, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

Gemeinsam statt einsam. Gemeinschaftliches Wohnen im Alter – eine Perspektive für mich?, 13.-14. Juli 2007, Göttingen, Kontakt: Freie Altenarbeit Göttingen e.V., Am Goldgraben 14, 37073 Göttingen, Tel.: (05 51) 4 36 06, Fax: (05 51) 54 19 14, E-Mail: FreieAltenarbeitGoettingen@t-online.de

Patchwork/Familie – Hausmänner – Allein-erziehende, Erzählcafé – zu Familienstrukturen heute, 31.08.2007, Hannover, Kontakt: Stiftung Leben & Umwelt, Heinrich Böll Stiftung Niedersachsen, Warmbüchenstr. 17, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 30 18 57-11, E-Mail: steinhoff@slu-boell.de

Niedersächsischer Selbsthilfetag, 15.09.2007, Delmenhorst, Kontakt: Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e. V., Gemeindezentrum Stadtmitte, Ronald Kaesler, Lutherstr. 4, 27753 Delmenhorst, Tel.: (0 42 21) 5 37 14, E-Mail: ronald.kaesler@ewetel.net

Kongress, In Würde alt werden, 22.09.2007, Hannover, Kontakt: Friedrich-Ebert-Stiftung e.V., Ratenaust. 16 A, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 30 66 22, Fax: (05 11) 30 61 33, E-Mail: hannover@fes.de

Tagung, Der Mensch lebt nicht vom Brot allein – Ethische Aspekte der Ernährung von Menschen mit Demenz, 25.-26.09.2007, Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 12 41 -4 96, E-Mail: zfg@evlka.de

Qualität in der Ernährungsmedizin & Gesundheitskommunikation, fundiertes Wissen, gezielte Strategien statt Modetrends, 13.10.2007, Hannover, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Sektion Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80-24 66, E-Mail: dge.niedersachsen@t-online.de

Solidaritätslauf gegen Arbeitslosigkeit und Armut, Motto: Wir müssen uns bewegen, damit sich was bewegt, 16.09.2007, Lindhorst, Kontakt: Bürgerinitiative Wir für soziale Gerechtigkeit, Matthias Hinse, Tel.: (0 57 25) 75 90, E-Mail: matthiashinse@arcor.de

Symposium, Gesundheit vor Ort fördern – Salutogenetische Orientierungen in der Gemeinde, IV, 19.-20.10.2007, Göttingen, Kontakt: Akademie für Patientensorientierte Medizin e. V., c/o Zentrum für Salutogenese, Am Mühlenteich 1, 37581 Bad Gandersheim, Tel.: (0 53 82) 55 50, Fax: (0 53 82) 55 60, E-Mail: info@salutogenese-zentrum.de

Bundesweit

Tagung, Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung, 21.07.2007, Essen, Kontakt: DNBGF-Geschäftsstelle, c/o BKK Bundesverband, Abteilung Gesundheit, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen, Brigitte Jürgens-Scholz, Tel.: (02 01) 1 79 -14 75, Fax: (02 01) 1 79 -10 32, E-Mail: dnbgf@bkk-bv.de

2. Ärztesymposium HIV/AIDS, Hepatitis-HIV-Coinfektion und Substitution-Therapiemanagement der besonderen Art, 21.07.2007, Augsburg, Kontakt: AWO-Zentrum für Aids-Arbeit Schwaben (ZAS), Schaezlerstr. 36, 86152 Augsburg, Tel.: (08 21) 15 80 81, Fax: (0821) 15 80 82, E-Mail: kontakt@zas-schwaben.de

Kinder, Kranke und Senioren - Umweltbezogener Gesundheitsschutz für sensible Bevölkerungsgruppen, 26.07.2007, Frankfurt a. M., Kontakt: GSF – Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit - Informationsstelle Human-Bio-monitoring, Ingolstädter Landstraße 1, 85764 Neuherberg, Tel.: (0 89) 31 87 -24 84, E-Mail: infostelle-hbm@gsf.de

Fachtagung, Beziehungsweise Alkohol - Alkoholabhängigkeit im Spannungsfeld von Familie und Partnerschaft, 06.07.2007, Freiburg, Kontakt: Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut, Evangelische Fachhochschule Freiburg, Bugginger Strasse 38, 79114 Freiburg, Tel.: (07 61) 47 81 20, Fax: (07 61) 4 78 12 -22, E-Mail: sofffi@efh-freiburg.de

Neue Wohnformen für Menschen mit Demenz, individuell – geborgen – sicher, 31.08.2007, Hamburg, Kontakt: Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften, Neuer Kamp 25, 20359 Hamburg, Tel.: (0 40) 43 29 42 23, E-Mail: koordinationsstelle@stattbau-hamburg.de

Kongress, Gesundheitsschutz und Altenpflege, 04.-06.09.2007, Hamburg, Kontakt: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW, HV, B. Kähler/C. Bleckmann, Pappelallee 35/37, 22089 Hamburg, Tel.: (0 40) 2 02 07-78 98/-78 83, E-Mail: bgwforum@bgw-online.de, Internet: www.bgw-online.de

3. Gesundheitswissenschaftskongress, 05.-06.09.2007, Hamburg, Kontakt: Gesundheitswirtschaftskongress, c/o Agentur WOK GmbH, Palisadenstr. 48, 10243 Berlin, Tel.: (0 30) 49 85 50 31, Fax: (0 30) 49 85 50 30, E-Mail: info@gesundheitswirtschaftskongress.de

Bremerhavener Gesundheitswoche, 08.-13.09.07, Bremerhaven, Kontakt: Praxisbüro Gesunde Schule, Deichstr. 37, 27568 Bremerhaven, Tel.: (04 71) 3 91 36 21, Fax: (04 71) 3 91 36 23, E-Mail: kleinschmidt@nord-com.net

Kongress, Medizin und Gesellschaft, Prävention und Versorgung innovativ – qualitätsgesichert – sozial, 17.-21.09.2007, Augsburg, Kontakt: RG GmbH, Giulia Weese, Bahnhofstraße 3a, 82166 Gräfelfing, Tel.: (0 89) 89 86 02 20, Fax: (0 89) 89 80 99 34, E-Mail: weese@rg-web.de, Internet: www.med-ges-2007.de

Internationale Messe und Kongress, Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Kompetente Begleitung und Beratung, 17.-21.09.2007, Düsseldorf, Kontakt: DGB Bildungswerk e.V., Abt. Arbeit, Gesundheit, Umwelt, Hans-Böckler-Str. 39, 40476 Düsseldorf, Bianca Kruber, Tel.: (02 11) 43 01 -3 80, Fax: (02 11) 43 01 -3 98, E-Mail: bianca.kruber@dgb-bildungswerk.de, Internet: www.AplusA-online.de

7. Sommerakademie zur Gesundheitsförderung, Gesundheit gemeinsam gestalten, Projektmanagement für gesundheitsfördernde Arbeits- und Lebenswelten, 17.-19.09.2007, Magdeburg-Stendal, Kontakt: Hochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Breitscheidstr. 2, 39114 Magdeburg, Tel.: (03 91) 8 86 42 87, Fax: (03 91) 8 86 47 36, E-Mail: sommerakademie@sgw.hs-magdeburg.de, Internet: www.sgw.hs-magdeburg.de/sommerakademie

Kongress, Empowerment: Selbsthilfe und Selbstunternehmung in der Bürgergesellschaft, 19.-21.09.2007, Magdeburg, Kontakt: Kongress 2007, c/o Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), FB Sozial- und Gesundheitswesen, Breitscheidstr. 2, 39114 Magdeburg, Tel.: (03 91) 8 86 42 73, Fax: (03 91) 8 86 42 93, E-Mail: info@kongress2007.de, Internet: http://www.kongress2007.de

12. Konferenz für Gesundheitsförderung im Krankenhaus, 19.-21.09.2007, Saarburg, Kontakt: DNGfK Konferenzbüro, Saarbrücker Straße 20/21, 10405 Berlin, Tel.: (030) 8 17 98 58-10, Fax: (030) 8 17 98 58-29, E-Mail: info@dngfk.de

56. Kongress der Deutschen Gynäkologie für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., 19.-22.09.2007, Berlin, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin, Tel.: (0 30) 51 48 8 33, Fax: (030) 51 48 -83 44, www.dggg.de

6. Internationale Konferenz, Pflege und Pflegewissenschaft, Pflege – innovativ, wissenschaftlich, zukunftsweisend, 25.-27.09.2007, Nürnberg, Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation, Nürnberg AG, Zerzabelshofstr. 29, 90478 Nürnberg, Tel.: (09 11) 3 93 16 17, Fax: (09 11) 3 93 16 20, E-Mail: iknn@mcnag.info, Internet: www.mcn-nuernberg.de

27. Bewegung – Gesundheit – Lebenswelt, 26.-28.09.2007, Hamburg, Kontakt: Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V., Vogelsanger Weg 48, 50354 Hürth-Efferen, Tel.: (0 22 33) 6 50 17, Fax: (0 22 33) 6 45 61, E-Mail: DVGS@DVGS.de

14. Ernährungsfachtagung, Thema Fett, 11.10.07, Stuttgart, Kontakt: Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V., Sektion Baden-Württemberg, Schurwaldstraße 37, 73614 Schorndorf, Tel.: (0 71 81) 4 58 62, Fax: (0 71 81) 4 52 02, E-Mail: dge-bawue@essen-mit-genuss.de

International

The International Society for Men's Health & Gender: 5th biennial World Congress on Men's Health & Gender 2007 (WCMH '07), Men's Health in Transition - From Practice to Prevention, 21.-23.09.2007, Wien, Österreich, Kontakt: WCMH Health- and Congressmanagement GmbH, Lazarettgasse 9/5, 1090 Vienna, Tel.: +43 (0) 1 409 60 10, Fax: +43 (0) 1 409 60 11, E-Mail: office@wcmh.info, Internet: www.wcmh.info/

Kongress, Essstörungen 2007 – Eating Disorders 2007, 18.-20.10.2007, Alpbach, Tirol/Österreich, Kontakt: Netzwerk Essstörungen, Fritz-Pregl-Strasse 5, A-6020 Innsbruck, Österreich, Tel.: +43 (0) 512-57 60 26, Fax: +43 (0) 512-58 36 54, E-Mail: info@netzwerk-essstoerungen.at

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