



55. JAHRGANG • NOVEMBER

11
2001

STÄDTE- UND GEMEINDERAT

HERAUSGEBER STÄDTE- UND GEMEINDEBUND NORDRHEIN- WESTFALEN



Frauen • Gesundheit
Behinderte
Mahn Mahl



STÄDTE- UND GEMEINDERAT

Die Fachzeitschrift für Kommunal- und Landespolitik in Nordrhein-Westfalen

Mit der Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger haben Kommunen in vielfältiger Weise zu tun. Sie bauen Sportstätten, kümmern sich um die Abwasser-Reinigung, sorgen durch Busse und Bahnen für bessere Luft. In



vielen Gremien arbeiten KommunalpolitikerInnen, ExpertInnen aus der Verwaltung und VertreterInnen von Gesundheits-Organisationen erfolgreich zusammen. Dass sich Gesundheit auch nach dem Geschlecht bestimmt, ist erst in jüngster Zeit ins

Bewusstsein gedrungen. Wie in vielen anderen Bereichen haben Männer und Frauen in puncto Gesundheit unterschiedliche Perspektiven, Bedürfnisse, Aktivposten und Schwachstellen. Die Stadt oder Gemeinde als Kuratorin der Volksgesundheit vor Ort muss sich darauf einstellen.

Es ist an der Zeit, dass der Gleichstellungs-Gedanke auch in der lokalen Gesundheitspolitik Einzug hält. Dazu sollen die 7. landesweiten Aktionswochen „Frauen und Gesundheit“ beitragen, die Ende Oktober begonnen haben. Die rechtlichen Voraussetzungen sind gegeben - durch das Landesgleichstellungsgesetz von NRW und die praxisnahen Handlungsempfehlungen.

Dr. W. Keimig

Hauptgeschäftsführer StGB NRW

INHALT

55. Jahrgang
November 2001

NEUE BÜCHER UND MEDIEN	4
NACHRICHTEN	5

THEMA FRAUEN · GESUNDHEIT

PETRA HENSEL-STOLZ Gesundheitskonferenzen auf lokaler Ebene	6
JUTTA VISARIUS Männergesundheit, Frauengesundheit - der verdrängte Unterschied	8
BIRGIT WEIHRAUCH Der Gesundheitsbericht des NRW-Frauenministeriums	12
UWE LAMMERS Frauengesundheit in der Statistik	13
ANJA VOSS Sport und Frauengesundheit	16
Das Internationale Zentrum für Frauengesundheit in Bad Salzuflen	19
PETRA KOLIP Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter	20

MICHAEL WAHL Volkszählung durch Daten-Abgleich - der registergestutzte Zensus-Test 2001	22
HORST-HEINRICH GERBRAND, VERENA WEYRAUCH Das neue Sozialgesetzbuch IX - Auswirkungen auf die Kommunen	24
Mahnmal für die Opfer des Nazi-Terrors in Stolberg	27

RECHTSPRECHUNG

Gericht in Kürze	29
-------------------	----

Titelbild: BesucherInnen auf der Landesgartenschau Oelde
Foto: Renk / Landesgartenschau Oelde 2001 GmbH

Moderne Verwaltung

Verwaltungsmodernisierung in Nordrhein-Westfalen, hrsg. vom Innenministerium NRW, 3. aktualisierte Auflage September 2001, DIN A 4, 25 Seiten, kostenlos anfordern beim Innenministerium NRW, Prozessmanagement Verwaltungsmodernisierung, Haroldstraße 5, 40213 Düsseldorf, Fax: 0211-871-3049 oder im Internet unter www.im.nrw.de/moderne-verwaltung

Die Verwaltung Nordrhein-Westfalens ist mit dem Zweiten Modernisierungsgesetz in weiten Teilen überschaubarer geworden. Die komplett überarbeitete und in dritter Auflage herausgekommene Broschüre „Moderne Verwaltung“ stellt den aktuellen Stand des Modernisierungsprozesses der öffentlichen Verwaltung in Nordrhein-Westfalen anhand von Beispielen vor. Die Broschüre richtet sich vorrangig an BürgerInnen und gewährt Einblick in Hintergründe und Motive der Verwaltungs-Modernisierung. Verständlich erklärt werden auch die Grundsätze des Verwaltungsaufbaus.



Die Broschüre des Modernisierungsprozesses der öffentlichen Verwaltung in Nordrhein-Westfalen anhand von Beispielen vor. Die Broschüre richtet sich vorrangig an BürgerInnen und gewährt Einblick in Hintergründe und Motive der Verwaltungs-Modernisierung. Verständlich erklärt werden auch die Grundsätze des Verwaltungsaufbaus.

Kommunales Haushalts- und Kassenrecht Nordrhein-Westfalen

Von Heinz Dresbach, 28. Auflage, DIN A 4, 370 Seiten, September 2001, DM 58,- / Euro 30,-, ISBN 3-9800674-0-8

Die Vorschriftensammlung „Kommunales Haushalts- und Kassenrecht Nordrhein-Westfalen“ gilt als Standardwerk der kommunalen Finanzwirtschaft in Nordrhein-Westfalen. In der neuen Version sind zahlreiche Änderungen und Folge-Änderungen der einzelnen Rechts- und Verwaltungsvorschriften berücksichtigt. Inhaltlich dominiert wird die 28. Auflage von der Umstellung der Kommunalverwaltung auf Euro sowie die Neuordnung der kommunalen



Haushalts-Systematik, die jeweils zum 1. Januar 2002 in Kraft treten. Die periodischen Modifizierungen des Gemeindefinanzierungsgesetzes NRW, des Solidarbeitragsgesetzes NRW sowie der Erhöhungszahl-Verordnung ergänzen die Rechtsammlung mit Stand August 2001.

Agrarmodernisierung und ökologische Folgen

Westfalen vom 18. bis zum 20. Jahrhundert, hrsg. von Karl Ditt, Rita Gudermann, Norwich Rüde, Reihe „Forschungen zur Regionalgeschichte“ des Westfälischen Instituts für Regionalgeschichte im Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Band 40, 812 Seiten, DM 128,-, Schöningh 2001, ISBN 3-506-79613-5

Welche Konsequenzen hatte die Modernisierung der Landwirtschaft für die Umwelt? Bedeutete sie Raubbau an den

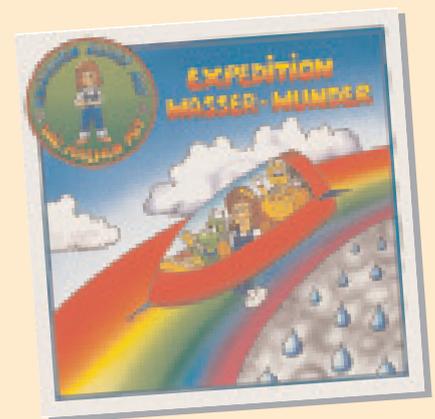
natürlichen Ressourcen und eine Überforderung des Naturhaushaltes oder gelingt es, landwirtschaftliche Nutzung und Ressourcenschonung zu verbinden? Diese Fragen stehen im Mittelpunkt des Sammelbandes „Agrarmodernisierung und ökologische Folgen“. Aus unterschiedlicher Perspektive betrachten 30 Autoren und AutorInnen die Landwirtschaft der vergangenen drei Jahrhunderte. Naturwissenschaftler, Sozialwissenschaftler und Experten aus der Praxis kommen zu Wort. Am Beispiel Westfalens unternehmen sie den Versuch, Landwirtschaft und ihre Auswirkungen auf die Natur aus historischer Perspektive zu betrachten. Dabei werden viele Einzelaspekte angesprochen: Wandel des Waldes in Südwestfalen, Technisierung im Stall und auf dem Feld, Umgang mit Pestiziden, Flurbereinigung sowie Tourismus und Landwirtschaft.



Expedition Wasser-Wunder

Hrsg. vom ATV-DVWK - Deutsche Vereinigung für Wasserwirtschaft, Abwasser und Abfall e.V., 19 Seiten., DM 2,44 / Euro 1,25, zu beziehen bei der GFA, Theodor-Heuss-Allee 17, 53773 Hennef, Tel.: 02242-872-120, Fax: 02242-972-100

Woher stammt das Wasser der Bäche? Wie wirken sich Verunreinigungen des Wassers auf Pflanzen und Tiere aus? Wie kann man das Überleben von Barsch und Regenbogenforelle, Bachflohkrebs und Biber sicherstellen? Solche Fragen beantwortet kindgerecht die neue Broschüre der Deutschen Vereinigung für Wasserwirtschaft, Abwasser und Abfall (ATV-DVWK). „Expedition Wasser-Wunder“ führt die erfolgreiche Publikationsreihe „Klärchen“ fort. Nach „Die Reise in die Unterwelt“ und „Das Abenteuer im Kompost“ erkunden „Klärchen“ und ihr



Freund „Galaxicus“ die geheimnisvolle Welt der fließgewässer und des Wasserkreislaufes. In kindgerechter Sprache mit zahlreichen Comic-Zeichnungen wird erklärt, welche Folgen menschliches Handeln für den Lebensraum Wasser hat.

Robert Jungk Preis für Berufskolleg in Soest

Düsseldorf/Soest - Gesellschaftliche Aktivitäten für Zivilcourage und die Lokale Agenda 21 haben das Städte-Netzwerk NRW, das NRW-Ministerium für Städtebau und Wohnen, Kultur und Sport und die Robert Jungk Stiftung in Salzburg auch in diesem Jahr mit dem Robert Jungk Preis gewürdigt. Die Griechische Gemeinde AGORA in Castrop-Rauxel erhielt für ihr Projekt „Arbeit statt Sozialhilfe“ den mit 200.000 Mark dotierten Hauptpreis. Der Sonderpreis „Bündnis für Zivilcourage“ ging an das Hubertus-Schwarz-Berufskolleg in Soest. Die Robert Jungk Stiftung fördert soziale und kulturelle Einrichtungen, Projekte und Initiativen, die BürgerInnen neue Wege zu einer selbstbestimmten Gestaltung ihrer sozialen und kulturellen Umgebung aufzeigen.

Weniger Aufwand für Kanalreinigung in Würselen

Würselen - Wie bei der Kanalreinigung erhebliche Kosten gespart werden können, führt die Stadt Würselen vor. Statt das ganze Netz gleichmäßig zu spülen, werden die Kanäle nach einem eigens entwickelten und am Bedarf orientierten Spülplan gereinigt. Durchgeführt wird die Reinigung von Privatunternehmen. Das innovative Reinigungskonzept zahlt sich aus. Seit der Umstellung ist der Aufwand für die Kanalreinigung um 80 Prozent gesunken.

Neugestaltung des Neanderthal-Museums bis 2002

Mettmann - Im Neanderthal wird fleißig gearbeitet. Pünktlich zur Natur-Ausstellung Euroga im April 2002 sollen das Neanderthal und das urgeschichtliche Museum um einige Attraktionen reicher sein. So soll es BesucherInnen möglich gemacht werden, die Fundstelle des Neanderthaler Menschen zu besichtigen. Auch ein Skulpturenpfad zum Thema „Menschenspuren“ ist vorgesehen. Jährlich besuchen rund 200.000 Geschichtsinteressierte das Neanderthal-Museum in der Stadt Mettmann.

NRW-Stiftung für Umwelt und Entwicklung gegründet

Düsseldorf - Das Land Nordrhein-Westfalen hat jetzt eine Stiftung für Umwelt und Entwicklung. Diese soll die Anliegen der Agenda 21 unterstützen und fördert daher die Bereiche Umwelt und Entwicklung gleichgewichtig. Ende September konstituierte sich der Stiftungsrat, dessen Vorsitz Ministerpräsident Wolfgang Clement übernommen hat, in der Düsseldorfer Staatskanzlei. Stellvertreterin ist NRW-Umweltministerin Bärbel Höhn. Dem Vorstand gehören Gisela Nacken, Umweltdezernentin in Aachen,

Josef Tumbrink, Vorsitzender des Naturschutzbundes NRW, Udo Schlüter, Geschäftsführer der Landesarbeitsgemeinschaft LAG3W sowie Ernst-Christoph Stolper vom NRW-Umweltministerium an. Zum Geschäftsführer bestimmte der Stiftungsrat den früheren Landtagsabgeordneten von Bündnis 90/Die Grünen Roland Appel.

Kooperation und private Beteiligungen bei Stadtwerken

Düsseldorf - Die Stadtwerke haben ihre Stellung im Wettbewerb behauptet. Auch drei Jahre nach der Liberalisierung der Energiemärkte ist das befürchtete „Stadtwerke-Sterben“ ausgeblieben. Nach Angaben des Verbandes kommunaler Unternehmen e.V (VKU) haben die knapp 1.000 deutschen Stadtwerke weniger als zwei Prozent ihrer Haushaltskunden verloren. Jedoch haben etwa 270 der rund 600 als Aktiengesellschaft oder GmbH verfassten Stadtwerken unter den Anteilseignern bereits einen privaten Dritten. Im Trend liegen auch Kooperationen von Stadtwerken untereinander. Mittlerweile bestehen gut 50 Allianzen, an denen sich mehrere hundert kommunale Unternehmen beteiligen.

Hindernisse bei der Wiederbelebung des „Eisernen Rheins“

Düsseldorf - Der Streit um die Öffnung des so genannten Eisernen Rheins, der alten Bahntrasse zwischen Antwerpen und Duisburg, geht weiter. Nachdem sich die Verkehrsminister aus Belgien, den Niederlanden und Deutschland am 21. September auf die Wiederbelebung der Güterverkehr-Strecke geeinigt hatten, wurde die für den 15. Oktober vorgesehene Unterzeichnung eines Memorandums zur Öffnung der Bahnlinie auf Wunsch der niederländischen Seite verschoben. Dort gibt es Bedenken von Umweltverbänden. Widerstand regt sich aber auch in Deutschland. Einige Kommunen - etwa die Stadt Krefeld - haben mit Klage gedroht, falls ihre Forderungen nach Lärmschutz nicht erfüllt werden.

Geringer Umsatz des Bauhauptgewerbes im ersten Halbjahr 2001

Düsseldorf - Der Umsatz des nordrhein-westfälischen Bauhauptgewerbes lag im ersten Halbjahr des Jahres 2001 mit 9,9 Mrd. DM um 5,4 Prozent unter dem Niveau des Vergleichszeitraums im Vorjahr. Die Inflation eingerechnet setzten die Unternehmen nach Berechnungen des NRW-Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik sogar 6,3 Prozent weniger um. Dabei fiel der Rückgang im Tiefbau mit 7,1 Prozent stärker aus als im Hochbau, wo 5,7 Prozent weniger eingenommen wurde. Der Abwärtstrend setzte sich auch im August weiter fort. Im Rückgang der Bautätigkeit drückt sich auch die Finanznot der Städte und Gemeinden in NRW aus, die kaum neue Investitionen tätigen können.

Expertinnen in die Gesundheitskonferenzen



Foto: Europäische Kommission

◀ Frauen rücken in allen Lebensbereichen - auch in der Gesundheitspolitik - ins Zentrum öffentlichen Interesses

- Gut 70 Prozent aller von Medikamenten Abhängigen in Deutschland sind Frauen, darunter ein Großteil ältere Frauen.
- Fast alle Fälle von Magersucht (95 Prozent) betreffen junge Mädchen und Frauen.
- Vier Millionen Frauen leiden an Knochenschwund, fünfmal so viele wie Männer.
- Ein Fünftel der Todesfälle in Deutschland ist auf eine koronare Herzerkrankung zurückzuführen, weit mehr als die Hälfte der Betroffenen sind Frauen. In den Wechseljahren fällt der Schutz der Östrogene bei der Frau weg, und das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, steigt auf das Vierfache.

Frauen sind erwiesenermaßen anders krank als Männer. Um für eine bessere Gesundheitspolitik zu Gunsten von Frauen eintreten zu können, muss der Blick deshalb auf die Unterschiede von Männern und Frauen - respektive auf die speziellen, teilweise krank machenden Lebensumstände von Frauen - gerichtet werden. Die Unterschiede betreffen etwa die Organe, den Hormon-Haushalt, die eigene Körperwahrnehmung und das soziale Umfeld (Mehrfachbelastung durch Familie und Beruf, Konfrontation mit sexueller Gewalt).

Gleichwohl ignoriert die Humanmedizin häufig immer noch geschlechtsspezifische Faktoren. Eine mögliche Ursache liegt darin, dass der Anteil an Frauen in verantwortlicher Position in Forschung und medizinischen Einrichtungen verschwindend gering ist.

■ GESUNDHEITSKONFERENZEN

Maßgeschneiderte Programme zur Frauengesundheitspolitik sind aber nur dann möglich, wenn die weibliche Sicht der Dinge - gepaart mit Sachkompetenz und persönlicher Betroffenheit - noch stärker institutionell verankert wird. In den Städten und Gemeinden Nordrhein-Westfalens könnten ein - in dieser Weise zu nutzendes - Partizi-

Dass Frauen anders gesund oder krank sind als Männer, muss in der kommunalen Verwaltungspraxis wie in den politischen Gremien berücksichtigt werden

„Der Gesundheit von Frauen muss ein Höchstmaß von Aufmerksamkeit und

Dringlichkeit zugemessen werden,“ formulierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahre 1992. Zwei Jahre später initiierte sie das „politische Bekenntnis zur Frauengesundheitspolitik“.

Beispielhafte Forderungen hieraus sind:

- frauenfreundliche und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung
- geschlechtsdifferenzierte Gesundheits-Berichterstattung
- Frauen in führende Positionen der Gesundheitspolitik
- Frauengesundheitsforschung

Mit einem entsprechenden Aktionsplan sollten die WHO-Mitgliedstaaten und lokalen Regierungen dafür sensibilisiert werden, die geschlechtsspezifischen Eigenheiten in der Gesundheitspolitik künftig stärker zu berücksichtigen. Umfassende wissenschaftliche Erkenntnisse dazu lieferte auch der erste Frauengesundheitsbericht der Bundesregierung im Mai 2001. Danach lässt sich feststellen:

- Mütter können von Berufstätigkeit gesundheitlich profitieren, wenn sich beide Lebensbereiche - Beruf und Familie - besser vereinbaren lassen. Fast zwei Drittel aller Mütter in Deutschland sind berufstätig.
- Frauen sterben häufiger als Männer an Herzinfarkt, weil dieser wegen anderer Krankheitssymptome oft falsch diagnostiziert oder nicht entdeckt wird.
- Brustkrebs ist die häufigste Krebs-Erkrankung (26,4 Prozent) und -Todesursache (17,9 Prozent) bei Frauen.
- Mädchen und junge Frauen leiden häufiger an psychosomatischen Beschwerden sowie Kreislaufstörungen und werden doppelt so oft mit Beruhigungsmitteln behandelt.

DIE AUTORIN

Petra Hensel-Stolz ist Gleichstellungsbeauftragte der Stadt Paderborn und Vorsitzende des Gleichstellungsausschusses im Städte- und Gemeindebund NRW

pations-Instrument die Kommunalen Gesundheitskonferenzen sein, die seit dem 20. August 1998 nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst obligatorisch einzurichten sind.

Geborene Mitglieder dieser Gesundheitskonferenzen sind zunächst diverse Institu-

tionen des Gesundheitssektors. Darüber hinaus kann der Rat oder Kreistag weitere Mitglieder - etwa kommunale Gleichstellungsbeauftragte - in dieses Gremium berufen. Nach Auffassung der NRW-Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, Birgit Fischer, sind die Kommunalen Gesundheitskonferenzen besonders gut geeignet, auch frauenspezifische Aspekte stärker im gesundheitspolitischen Bewusstsein und Handeln zu verankern.

■ GLEICHSTELLUNGSBEAUFTRAGTE

Die engagierte Beteiligung von Gleichstellungsbeauftragten ist mithin ein wichtiger Schritt bei der Implementierung von Geschlechter-Gerechtigkeit in der Gesundheitspolitik. Zahlreiche Städte und Gemeinden haben dies erkannt und vollzogen. Allerdings bleibt die Frage, ob das komplexe Querschnittsthema „Frauengesundheit“ in ausreichendem Maße von einer einzigen Person vertreten werden kann.

Insoweit muss bei der Zusammensetzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz zusätzlich das Landesgleichstellungsgesetz berücksichtigt werden, das eine geschlechtsparitätische Besetzung aller Gremien vorschreibt. Allerdings ist dies noch



nicht überall realisiert. Es reicht jedenfalls keineswegs, der Gleichstellungsbeauftragten wieder das altbekannte Etikett einer Einzelkämpferin oder einer „einsamen Ruferin“ umzuhängen.

Darüber hinaus veranstalten viele Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen

seit Jahren erfolgreich Frauengesundheitswochen. Organisiert werden diese meist von den kommunalen Gleichstellungsbeauftragten in Kooperation mit Fachfrauen aus unterschiedlichen medizinischen Bereichen - etwa Ärztinnen, Apothekerinnen, Heilpraktikerinnen, Hebammen oder auch Psychologinnen.

■ NETZWERKE UND ARBEITSKREISE

Es existieren also funktionierende Netzwerke und Arbeitskreise von Frauen aus dem medizinischen Bereich in jeder Kommune. Was läge also näher, als diese Netzwerke und ihr spezifisches Wissen im Rahmen von Gesundheitskonferenzen zu integrieren? Entsprechende Arbeitskreise zum Thema Frauengesundheit sind keine Erfindung der jüngsten Zeit. Die Innovation dieser Empfehlung liegt jedoch in dem Ansatz, auf kommunaler Ebene themenzentrierte, regelmäßig stattfindende Fachkreise einzurichten. Dies bringt Akteurinnen aus der gesundheitlichen Praxis mit Vertreterinnen der politischen und administrativen Ebenen an einen Tisch.

Der Gleichstellungsausschuss des Städte- und Gemeindebundes NRW ist diesen Argumenten bei seiner Diskussion über die Grundlagen bedarfsgerechter Frauen-Ge-

ZUR SACHE

EHRENAMT IST WEIBLICH

Bürgerschaftliches Engagement wird traditionell von Frauen ausgeübt. Zwei Drittel der ehrenamtlich Tätigen sind weiblich, wie das NRW-Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit festgestellt hat. Während Frauen insbesondere helfende, unterstützende, betreuende und pflegende Tätigkeiten ausüben, übernehmen Männer meist Leitungsfunktionen des Ehrenamtes und stehen damit in der öffentlichen Wahrnehmung im Vordergrund. Die Gründe liegen nach Einschätzung des Ministeriums in der - nach wie vor bestehenden - Doppelorientierung der Frauen auf Familie und Beruf.

sundheitspolitik gefolgt. Am 14. März 2001 hat das Gremium den Kreisen und Kommunen empfohlen, spezifische Arbeitskreise zum Thema „Frauengesundheit“ im Rahmen ihrer Gesundheitskonferenzen einzurichten.

Damit soll sichergestellt werden, dass Fachfrauen aus dem Gesundheitssektor sich miteinander über den Stand der frauenspezifischen Gesundheitsvorsorge, -versorgung und -nachsorge in ihrer Stadt oder ihrem Kreis austauschen. Sie sollen Bedarf feststellen, Zielrichtungen entwickeln und ihre Sichtweise gezielt in Diskussionen und Facharbeitskreise der Gesundheitskonferenzen einbringen.

Entsprechende Arbeitskreise gibt es bereits in anderen Bundesländern (Bremen, Hamburg, Baden Württemberg), und sie haben sich im Sinne dieser weitergehenden Aufgabenstellung bewährt. Fest steht: Weiblichkeit ist keine Krankheit, aber Frauen sind anders gesund oder krank als Männer. Auch die Kommunen sollten daher bei der Einrichtung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen auf den „kleinen Unterschied“ Rücksicht nehmen und entsprechende Facharbeitskreise einrichten. ●



In vielen Städten und Gemeinden werden Gesundheitswochen oder Infotage für Frauen angeboten

Foto: Text & Co Kommunikation / Imig

Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma
ISIS Multimedia Net GmbH & Co. KG,
Düsseldorf bei.
Wir bitten unsere Leser um Beachtung.

Als Frau Patientin zweiter Klasse?

Erkrankungen von Frauen sollten solange in den Mittelpunkt des Gesundheitswesens gestellt werden, bis das Defizit in Forschung und Praxis überwunden ist



Foto: Flegel

Medizinische Forschung muss sich stärker den geschlechtsspezifischen Unterschieden widmen

„Männer sind anders – Frauen auch“ - dieser Gemeinplatz scheint bislang nicht für das deutsche Gesundheitswesen zu gelten. Die

Gründe sind nur aus der historischen Entwicklung zu verstehen. Die medizinische Versorgung der Bevölkerung hat sich

weitgehend in einer Zeit entwickelt, als die Wiederherstellung der Einsatzfähigkeit von Soldaten und Arbeitern im Brennpunkt des öffentlichen Interesses stand.

Viele Krankenhäuser sind für das Militär eingerichtet, erweitert oder gefördert worden. Ein Beispiel dafür ist die Berliner Charité, das größte Krankenhaus in Deutschland. Ihre Geschichte ist eng mit der des preußischen Heeres verbunden. Für arbeitsbezogene Versorgung stehen etwa die Knappschaftskrankenhäuser, ur-

sprünglich zur medizinischen Versorgung der Bergleute gebaut. Die Rehabilitation in Deutschland ist aus der Versorgung von Kriegsbeschädigten entstanden und zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit entwickelt worden.

Folglich wird Rehabilitation bis heute weitgehend von den Versicherungs-Anstalten getragen. Deren vorrangiges Interesse liegt darin, den Versicherungsfall zu vermeiden - Reha geht vor Rente. Die Bismarck'sche Sozialversicherung - also auch die Krankenversicherung - ist an die Erwerbstätigkeit gekoppelt. Die Familien-Mitversicherung ist eben nur eine Mitversicherung.

■ ALTES ROLLENBILD ?

Das klassische Bild des arbeitenden Mannes, der mitversicherten Ehefrau und



Foto: IZFG gGmbH

Trotz der Dringlichkeit des Themas nehmen viele Männer Konferenzen zum Thema „Frauengesundheit“ nicht ernst

der mitversicherten Kinder steht hinter der Struktur des bundesdeutschen Gesundheitswesens. Der alte Satz, dass gesellschaftliche Bilder soziale Strukturen und damit Institutionen formen und diese wiederum individuelle Lebensläufe prägen, trifft auch auf das heutige Gesundheitswesen zu.

Das ideologische Umfeld hat in der Medizin ein Bild

vom Menschen, vom zu behandelnden Patienten geprägt - und dieses Bild ist männlich. Dies hat Auswirkungen, die man zunächst nicht vermutet. Erkenntnisse über Krankheiten, ihre Ursache und Behandlung werden bis dato weitgehend an Männern gewonnen und 1:1 auf Frauen übertragen. Es wurde überhaupt nicht gefragt, ob der weibliche Körper ebenso reagiert wie der männliche.

Einzige Ausnahme war die Erhaltung der Gebärfähigkeit der Frau und ihre Betreuung während der Geburt. Doch eine nachge-

„Erste Voraussetzung für eine Veränderung ist, dass wir allen ideologischen Ballast abwerfen, die Scham überwinden und uns der Tatsache stellen, dass in Deutschland, was die Frauengesundheit betrifft, einiges im Argen liegt. Viele Frauen müssen lernen, dass ihre Situation kein individuelles unabänderliches Schicksal ist, sondern strukturelle Ursachen hat.“

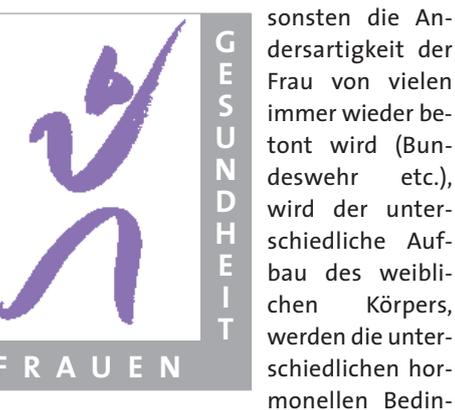
burtliche Behandlung zur Verhinderung von Spätschäden findet in der Regel noch nicht statt. Gynäkologische Rehabilitation nach Geburten wurde nicht etabliert. Es ist ein Fortschritt, dass heute Rückbildungskurse in Familienbildungsstätten und einigen Krankenhäusern angeboten werden.

■ SPÄTSCHÄDEN DURCH GEBURT

Geburten werden vielfach noch als natürlicher Vorgang im Leben einer Frau betrachtet, die zum Frauenleben gehören und deren gesundheitliche Folgen schicksalhaft

hinzunehmen sind. Spätschäden lassen sich sehr gut in den Inkontinenz-Sprechstunden großer Krankenhäuser studieren. Diese sind voll von älteren Frauen, die aufgrund von Geburten an einer - vermeidbaren - Beckenbodenschwäche leiden, die Inkontinenz zur Folge hat.

Die allgemeine Diskussion über die „reproduktive Gesundheit“ beschränkt sich weitgehend auf Verhütung, Schwangerschaftsabbruch und Fertilitätsmedizin, also auf die Gebärfähigkeit oder die Vermeidung von Schwangerschaft. Während ansonsten die Andersartigkeit der Frau von vielen immer wieder betont wird (Bundeswehr etc.), wird der unterschiedliche Aufbau des weiblichen Körpers, werden die unterschiedlichen hormonellen Bedin-



gungen schlichtweg ignoriert.

Männer und ihre gesundheitlichen Belange dominieren das deutsche Gesundheitswesen. Sicherlich gibt es heute Soldatinnen, und Frauen sind zum überwiegenden Teil erwerbstätig. Sie haben Verletzungen, haben Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte körperliche und psychische Schäden. Die Erkenntnis, dass Frauen körperlich anders sind, hat sich aber nicht in allen Köpfen durchgesetzt.

■ SPOTT STATT GESPRÄCH

Genau dies hat nachweisbar negative Folgen für Frauen. Just am Weltfrauentag 2001 fand in Berlin die öffentliche Anhörung zu den Anträgen rund um „Frauenspezifischen Gesundheitsversorgung“ des Bundestagsausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend statt. Wer sich danach ein wenig in gesundheitspolitischen Kreisen umgehört hat, konnte den Spott vieler Männer über diese Veranstaltung miterleben. Man machte sich über die Anhörung und die teilnehmenden Expertinnen lustig, und deren Forderungen wurden als albern abgetan. Niemand würde sich öffentlich in dieser Form äußern, aber zwischen den Zeilen schimmerte diese Haltung durch.

Es war nicht möglich, mit diesen Männern über die Relevanz der Themen zu spre-

chen. Und dies galt nicht nur für Männer, sondern auch für jene Frauen, die es den Männern gleich tun wollen und sich um deren Akzeptanz bemühen. Das Thema „Frauengesundheit“ war nach der Anhörung als „Spielwiese wirklichkeitsfremder Menstruationszirkel-Emanzen“ abgestempelt.

Andere Gesundheitspolitiker haben die Anhörung erst gar nicht zur Kenntnis genommen, weil sie im „falschen“ Ausschuss stattfand. Gewiss haben an der Anhörung

einige altmütterlich frauenbewegte Expertinnen teilgenommen, die mit ihren lila Tüchern fast ein bisschen wehmütig an die guten alten Tage der Frauenbewegung der späten Sechziger erinnern, aber das Thema ist brandaktuell (siehe Kasten).

Die offenkundigen Missstände haben die Grenze zum Skandalösen überschritten. Und dies ist nur ein kleiner Ausschnitt der gravierenden Mängel in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen. Deutschland

ZUR SACHE

FRAUEN IM GESUNDHEITSWESEN BENACHTEILIGT

Frauen sind von **Über-, Unter und Fehlversorgung** überdurchschnittlich betroffen. Nach Untersuchungen werden etwa 35.000 unnötige Eileitungs-Operationen in Deutschland durchgeführt.

Lehrstühle - auch die der Frauenheilkunde - werden von Männern mit Männern besetzt (inzwischen ein Lehrstuhl der Frauenheilkunde mit einer Frau)

Frauenspezifische **Gesundheitsforschung** findet nicht statt. So gibt Beispiel kaum Datenmaterial über Ess-Störungen, eine der häufigsten Erkrankungen bei jungen Frauen (Verhältnis Männer-Frauen 1:2). Die Rate der Neu-Erkrankungen hat sich seit den 1960-er Jahren verdreifacht.

Die Gefahr für Frauen, an einer **Bypass-Operation** zu sterben, ist um 87 Prozent höher als für Männer, ohne dass entsprechende Forschungen eingeleitet wurden.

Frauen sind nachweisbar in der **gesundheitspolitischen Versorgung** benachteiligt. Bei einem Verhältnis von drei Männern zu einer Frau mit akutem Herzinfarkt liegt das Verhältnis in den Reha-Maßnahmen bei 7:1.

Frauen-Erkrankungen wie Osteoporose werden an deutschen **Hochschul-Krankenhäusern** nicht ernst genommen. Sie werden in ihren Auswirkungen immer noch bagatellisiert (1,7 Mio. Frauen mit Wirbelkörperbrüchen und 87.000 Oberschenkelhals-Frakturen aufgrund von Osteoporose). Nur bei 20 Prozent der Betroffenen wird Osteoporose überhaupt behandelt. Die Osteodensitometrie, einzig international anerkannte Methode der Frühdiagnose, wird nur noch nach den ersten Knochenbrüchen von der Krankenkasse übernommen - eine Entscheidung des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen.

Spezifisch weibliche Erkrankungen wie Brust- und Unterleibskrebs, ihre Früherkennung und Behandlung, werden in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern vernachlässigt. Es fehlen Behandlungsleitlinien und Evaluierungen, die Geräte sind veraltet. Mindestens 30 Prozent aller Mammographien ergeben einen - falschen - Positiv-Befund (in den Niederlanden nur 1 Prozent) mit allen Folgebehandlungen - jährlich 50.000 Neuerkrankungen, 19.000 Todesfälle pro Jahr durch Mammakarzinom, 3.000 bis 4.000 Todesfälle gelten als vermeidbar.

Symptomatik: Noch immer weiß die Bevölkerung - und auch viele Mediziner - nicht, dass sich bestimmte Erkrankungen bei Frauen anders darstellen als bei Männern. So zeigt sich Herzinfarkt - Todesursache Nummer 1 bei Frauen - bei Frauen häufiger durch plötzliche Übelkeit, Erbrechen und Ausstrahlung von Schmerzen in den Rücken.

Hauptursache für **Suizide** ist die Depression (60 Prozent, im Alter 90 Prozent). Frauen sind davon zwei bis drei Mal häufiger betroffen als Männer. Eindeutige Studien über geschlechtsspezifische Ursachen liegen nicht vor.

Die gesundheitlichen Folgen von **Gewalt gegen Frauen** - körperlich und psychisch - sind erheblich. Dieses Thema wird immer noch verdrängt. Entsprechend schlecht ist die spezifische gesundheitliche Versorgung der betroffenen Frauen.

Die **Arzneimittelforschung** testet Präparate nach wie vor weitgehend an Männern (zwei Drittel der Fälle), geschlechtsspezifische Unterschiede werden ignoriert. Frauen erhalten mehr Medikamente als Männer, doch eher veraltete und billige.

ZENTRUM FÜR FRAUENGESUNDHEIT

Seit Mitte Mai 2001 unterhält die Frauenklinik der Universität zu Köln ein „Zentrum für Frauengesundheit“. Dort sollen Möglichkeiten geboten werden, die Entstehung von Krankheiten frühzeitig zu verhindern. Gedacht ist an medizinische, soziale und psychologische Prävention. Das Angebot ist breit gefächert: von Sprechstunden für Jugendliche über Beratung in allen Fragen der Sexualität und Vorbeugung bei sexuell übertragbaren Erkrankungen bis hin zur Trauerbegleitung von Frauen, die ein Kind verloren haben.

gibt nach den USA im Vergleich zum Brutto-Inlandsprodukt am meisten Geld für das Gesundheitssystem aus. Die Ergebnisse stehen in keinem adäquaten Verhältnis zum Aufwand. Und Frauen sind davon überdurchschnittlich betroffen.

Der Handlungsbedarf ist offensichtlich. Dies kann auch nicht mit Spott über Frauen abgetan werden, die auf eine schlechtere gesundheitliche Versorgung von 53 Prozent der Bevölkerung hinweisen. Mit der demographischen Entwicklung – die Menschen leben länger, Frauen werden älter als Männer – werden sich diese Probleme noch verschärfen.

VORSCHLÄGE UND FORDERUNGEN

Grundsätzlich wird eine höhere Qualität der allgemeinen medizinischen Versorgung auch zu einer besseren Versorgung der Frauen führen. Entsprechende Qualitäts-Sicherungsprogramme werden zur Zeit von vie-

len Seiten ausgearbeitet. Sie sollten um den Aspekt der frauenspezifischen Diagnostik und Behandlung ausgeweitet werden.

Dies allein reicht nicht aus. Notwendig ist eine geschlechtsspezifische medizinische und pharmakologische Forschung, um Grundlagen für eine adäquate Diagnostik und Behandlung von Frauen zu schaffen. Forschung sollte nur dann förderungswürdig sein, wenn sie den frauenspezifischen Aspekt berücksichtigt.

Aus der Erfahrung in anderen Gebieten ist bekannt, dass sich erst dann an der Forschungslage etwas ändert, wenn mehr Frauen in der Forschung in leitender Position tätig sind. Deshalb ist eine besondere Frauenförderung im Bereich medizinischer und pharmakologischer Forschung vonnöten. Dies gilt auch für die - weitgehend von Männern besetzten - Gremien des Gesundheitswesens.

Frauenspezifische Erkrankungen müssen - in einer Art positiver Diskriminierung - für eine bestimmte Zeit in den Mittelpunkt des Interesses gestellt werden, bis die Unterschiede ausgeglichen sind. Im Rahmen der Gesundheitsziele muss die Verbesserung der Frauengesundheit hohe Priorität haben. Frauenspezifische Erkrankungen sollten vorrangig in den Disease-Management-Programmen Berücksichtigung finden.

Da Frauen Präventionsangebote bereitwilliger annehmen als Männer, sollten weit aus mehr frauenspezifische Präventionsmaßnahmen angeboten werden. Dies gilt auch für die Primärprävention in der Schule. Darüber hinaus ist eine medizinische Versorgung für Opfer sexueller Gewaltverbrechen aufzubauen.

ANDERE LÄNDER VORBILD

Man könnte eine lange Liste notwendiger Maßnahmen aufzählen. Vieles muss nicht neu erfunden werden - die Nachbarländer sind in etlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung von Frauen erfolgreicher. Sie haben Organisationsformen, Diagnostik und Behandlungsmethoden entwickelt, die eindeutig bessere Ergebnisse hervorbringen. Man muss dies nur auf Deutschland übertragen.

Um zu überprüfen, welche Maßnahmen erfolgreich gewesen sind, sollte ein jährlich



Foto: Landessportbund NRW

Frauen, die bis ins Alter sportlich aktiv sind, benötigen spezielle medizinische Angebote

vorzulegender Frauengesundheitsbericht im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gesetzlich verankert werden. Der



Deutsche Bundestag könnte jedes gesundheitspolitische Gesetz als Artikelgesetz gestalten und einen Artikel über einen jährlichen Frauengesundheitsbericht anhängen. Diese Forderung entspricht auch dem Gender Mainstreaming-Konzept des Europarates von 1998, das die Geschlechterperspektive in alle Politikbereiche tragen will. Medizin und gesundheitliche

Versorgung sind darin ausdrücklich erwähnt.

Der zu erwartende Frauengesundheitsbericht im Auftrag des Bundesfrauenministeriums wird allein durch die Ressortzuteilung in der gesundheitspolitischen Szene nur wenig wahrgenommen werden - allein, weil er dort nicht hingehört. In Zeiten knapper Kassen stoßen zusätzliche Programme und neue gesundheitspolitische Aspekte sicher nicht auf Gegenliebe. Jeder Gesundheits-Ökonom wird vorrechnen können, dass eine Reform im Sinne der Frauen mehr Kosten verursacht als das Ignorieren der Probleme. Freilich gibt es in einigen Bereichen eine Über- und Fehlversorgung, die beseitigt und zu Einspar-Effekten genutzt werden kann.



Um dem Informationsbedürfnis der Frauen in Gesundheitsfragen Rechnung zu tragen, gibt das NRW-Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit regelmäßig Broschüren und Faltblätter heraus



◀ Umdenken nötig: Frauen haben als Patientinnen andere Ansprüche und Bedürfnisse

sonderen Bedürfnissen und Belangen beider Geschlechter gezielter Rechnung zu tragen?“

■ GRUNDLAGE FÜR ENTSCHEIDUNGEN

In diesem Zusammenhang kommt der Gesundheits-Berichterstattung wesentliche Bedeutung zu. Sie bildet die Grundlage für gesundheitspolitische Planungs- und Entscheidungsprozesse. Aus Erkenntnissen der Gesundheits-Berichterstattung leitet sich zielgerichtetes Handeln ab, dessen Ergebnisse wiederum auszuwerten sind.

Mit dem „Bericht zur Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen“, den das Gesundheitsministerium im vergangenen Jahr vorgelegt hat, wurde erstmals in einem Bundesland - und wohl generell in Deutschland - die gesundheitliche Lage, Gesundheitsrisiken und das Gesundheitsverhalten sowie die gesundheitliche Versorgung von Frauen und Männern gesondert betrachtet. Wo sinnvoll und möglich wurde dies auch vergleichend dargestellt.

Darin werden Unterschiede zwischen Frauen und Männern aufgezeigt und in ihrer Relevanz für die gesundheitliche Lage und Versorgung bewertet. „Geschlecht“ wird nicht nur biologisch betrachtet, sondern auch unter dem Aspekt psychischer Charakteristika und sozialer Rollen. Der Bericht bezieht folgende Bereiche ein:

- soziodemographische Situation
- gesundheitliche Lage
- Gesundheitsrisiken
- besondere Zielgruppen
- Darstellung ausgewählter häufiger Erkrankungen und ihrer Versorgung
- Frauen und Männer in Gesundheitsberufen

Erstmals den Unterschied benannt

Foto: Fiegel

Mit dem „Bericht zur Gesundheit von Frauen und Männern in NRW“ hat das NRW-Gesundheitsministerium Neuland betreten

Eine verstärkt nach Geschlecht differenzierende Betrachtungsweise im Sinne des Gender Mainstreaming wird in den Gesundheitswissenschaften

(Public Health), aber auch seitens der Frauen- und Gesundheitspolitik zunehmend diskutiert. Auch in Nordrhein-Westfalen steht das Thema weit oben

auf der politischen Agenda. Den unterschiedlichen Bedürfnissen von Frauen und Männern im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit soll stärker als bisher Rechnung getragen werden.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der gesundheitlichen Situation von Frauen und Männern betreffen nicht nur die Le-

benserwartung, das Auftreten und den Verlauf von Erkrankungen, sondern auch Verhaltensweisen, die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems und das Bewusstsein im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit.

Expertinnen wie die Politik beschäftigen heute Fragen wie „Welche Erkenntnisse haben wir über die gesundheitliche Situation von Frauen und Männern? Inwieweit sind Frauen anders krank oder anders gesund? Welche Unterschiede bei den Gesundheitsrisiken gibt es?“ und vor allem „Was können und müssen die Politik und alle Beteiligten des Gesundheitswesens tun, um den be-

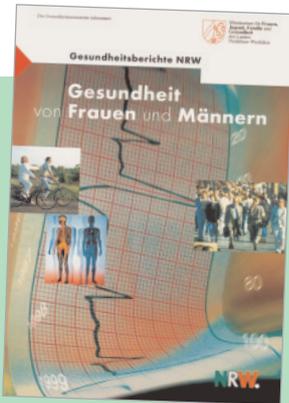
DIE AUTORIN

Dr. Birgit Weihrauch ist Gruppenleiterin für Gesundheitspolitik und Gesundheitsschutz im NRW-Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit

Gleichstellung von Staats wegen: Auf Mauritius (Ost-Afrika) kümmert sich ein Ministerium ausschließlich um die Rechte der Frauen



Foto: Wohland



Der Bericht „Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen“ kann über das Öffentlichkeitsreferat des Ministeriums (MFJFG, Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf, Fax 0211/855-3211) angefordert werden. Die Entschließung der Landesgesundheitskonferenz 2001 „Soziale Lage und Gesundheit“ befindet sich derzeit im Druck. Der Text ist aber auch im Internet unter www.mfjfg.nrw.de abzurufen.

WEITERENTWICKLUNG GEPLANT

Der Bericht bedeutet den Einstieg in eine verstärkt geschlechtsspezifische Gesundheits-Berichterstattung, die auch zu weiteren Themen fortgeführt werden soll. Das NRW-Gesundheitsministerium hat den Gesundheitsbericht und die dabei gewonnenen Erkenntnisse mit den Beteiligten des Gesundheitswesens intensiv diskutiert und erste konkrete Schritte für Weiterentwicklung eingeleitet.

Bei der Entschließung der 10. Landesgesundheitskonferenz 2001 zur „Sozialen Lage und Gesundheit“ hat das Werk wertvolle Hilfestellung geleistet. Die Entschließung beleuchtet neben schichtenspezifischen Fragen der Gesundheit und dem Bereich „Migration und Gesundheit“ auch Aspekte der geschlechtsspezifischen Gesundheitspolitik und gibt dazu konkrete Empfehlungen.

Der Gesundheitsbericht soll aber auch Anregungen geben für die kommunale Gesundheits-Berichterstattung und für kommunalpolitische Initiativen. Einige Kapitel beziehen bereits jetzt Aussagen zu den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen ein. Der Bericht war außerdem Grundlage einer Anhörung von Expertinnen und Experten im Mai dieses Jahres im Landtag, die auf einen Antrag von SPD und Bündnis 90/Die Grünen „Frauengerechte Gesundheitsversorgung“ zurückging. ●

Wer's nicht glaubt, soll Zahlen lesen

Die Gesundheit-Statistik des NRW-Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik und der Diagnose-Atlas geben Aufschluss über den speziellen Gesundheitszustand von Frauen, auch wenn manche Daten nicht zur Verfügung stehen

Die amtliche Gesundheit-Statistik der Bundesrepublik Deutschland verfügt mit der Todesursachen-Statistik über eine lange Zeitreihe mit vollständigen Angaben zur Mortalität (Sterblichkeit) und deren Ursachen. Entsprechende Daten zur Morbidität - sprich: zum Gesundheitszustand der Bevölkerung - liegen dagegen erst seit wenigen Jahren vor.

Angesichts der leeren öffentlichen Kassen und der schlechten Finanzlage der Krankenkassen findet eine Diskussion hauptsächlich zu „Kosten des Gesundheitswesens“ statt. Unter dem Eindruck des gegenwärtigen Bevölkerungsrückgangs wäre aber eine umfassende amtliche Erhebung von Gesundheitsdaten wünschenswert.

Auch der gesellschaftliche Wandel, der sich beispielsweise in verstärkter Berufstätigkeit von Frauen, in der zunehmenden Anzahl allein erziehender Mütter und in der abnehmenden Familienbindung ausdrückt, wird Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung, insbesondere aber auf den von Frauen haben. Aus Kostengründen sieht die amtliche Statistik freilich nur Erhebungen in wenigen Gesundheitsfeldern vor, die als Indikatoren dienen.

DIAGNOSE-STATISTIK

Wichtigste Quelle der Information über den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist die Diagnose-Statistik als Teil der Kran-

kenhaus-Statistik. Sie umfasst allein in Nordrhein-Westfalen Daten von rund 3,9 Millionen PatientInnen, die jährlich in Krankenhäusern behandelt werden. Dies betrifft Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter, Aufenthaltsdauer, Fachabteilung, Operationen, Wohn- oder Behandlungsort sowie Information darüber, ob die PatientInnen nach der Behandlung gestorben sind.

Ihren besonderen Wert - auch in Bezug auch auf internationale Vergleichbarkeit - erhält diese Statistik durch Verwendung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD). Dabei wird die zum Zeitpunkt der Entlassung bekannte Diagnose angegeben, die hauptsächlich die Dauer

der vollstationären Behandlung beeinflusst oder den größten Teil an medizinischen Leistungen verursacht hat. Sie ist bis 1999 in einer dreistelligen (ICD-9) und ab 2000 in einer vierstelligen (ICD 10) - wesentlich differenzierteren - ICD-Klassifikation abgefasst.

Wegen ihrer Bedeutung wird sie ab 2003 auch auf Rehabilitations-Kliniken mit mehr als 100 Betten ausge-

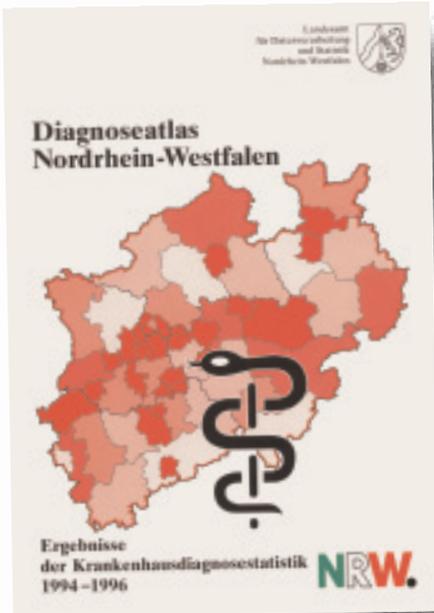
dehnt. Als Beispiel für Auswertungsmöglichkeiten seien die zehn häufigsten Krankenhausdiagnosen bei Frauen und Männern (siehe Tabellen) sowie die Hauptdiagnosen "Herzinsuffizienz" und "Grauer Star" (siehe Schaubilder) angeführt, die auch für einzelne Regionen erstellt werden können.

Die Entwicklung der Diagnose "Herzinsuffizienz" zeigt, dass von dieser Erkrankung Frauen inzwischen nahezu gleich stark wie Männer betroffen sind. Die abnehmende Zahl der Krankenhaufälle bei Grauem Star deutet aber nicht auf eine Besserung der Augengesundheit, sondern auf vermehrte Behandlung in ambulanten augenärztli-

DER AUTOR

Uwe Lammers ist Dezernent für Gesundheit und Verwaltungsverfahren im Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW





Die Diagnose-Statistik NRW umfasst Daten von rund 3,9 Millionen Menschen, die jährlich in Krankenhäusern behandelt werden

chen Praxen hin. Daran wird deutlich, dass die amtliche Statistik nur Auffälligkeiten beschreiben kann, für ihre Begründung aber weitere zusätzliche Untersuchungen und Informationen notwendig sind.

■ DIAGNOSE-ATLAS FÜR NRW

Der im März 2000 herausgekommene Diagnoseatlas des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik (LDS NRW) stellt regionale Unterschiede von Behandlungshäufigkeit in Form thematischer Karten, ergänzt durch entsprechende Tabellen, Grafiken und textliche Erläuterungen, dar. Weitere Indikatoren für die Gesundheit der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen enthalten die Ergebnisse der 1999 bundesweit neu eingeführten Pflegestatistik. Damit wurde erstmals eine amtliche Statistik über Pflegebedürftige, die in ambulanten oder stationären Einrichtungen betreut werden, sowie über Pflegegeld-EmpfängerInnen im Rahmen der Pflegeversicherung erstellt.

Ziel dieser Erhebungen ist es, eine aussagekräftige Datenbasis zu schaffen, um Entwicklungen in der pflegerischen Versorgung und in der Nachfrage nach pflegerischen Angeboten rechtzeitig zu erkennen und darauf angemessen reagieren zu können. Die Angaben werden ferner für die

Fortentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes genutzt.

Aus rechtlichen Gründen sind die Daten der Pflegestatistik nur beschränkt weiterzugeben. Somit können Städte und Landkreise dieses Material nur teilweise für die kommunale Pflegeplanung nutzen. Von dem Recht, im Rahmen eines Verzeichnisses - mit Zustimmung der Betroffenen - Name, Anschrift, Träger und Art der Pflegeeinrichtung, bei stationären Pflegeeinrichtungen zusätzlich Zahl und Art der Pflegeplätze zu veröffentlichen, wird das LDS NRW in Kürze Gebrauch machen.

■ NEUE PFLEGESTATISTIK

Bei der ersten Pflegestatistik - erhoben zum Stichtag 15. Dezember 1999 als weiterem Baustein der Gesundheitsstatistik -

wurden in Nordrhein-Westfalen insgesamt 465.850 Personen als pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes gemeldet. Davon waren 69,3 Prozent - und damit die große Mehrheit - Frauen. Der Pflegestufe I waren 214.199 (147.372 weiblich), der Pflegestufe II 181.885 (124.317 weiblich) und der Pflegestufe III (einschließlich Härtefälle) 65.321 (45.703 weiblich) zugewiesen.

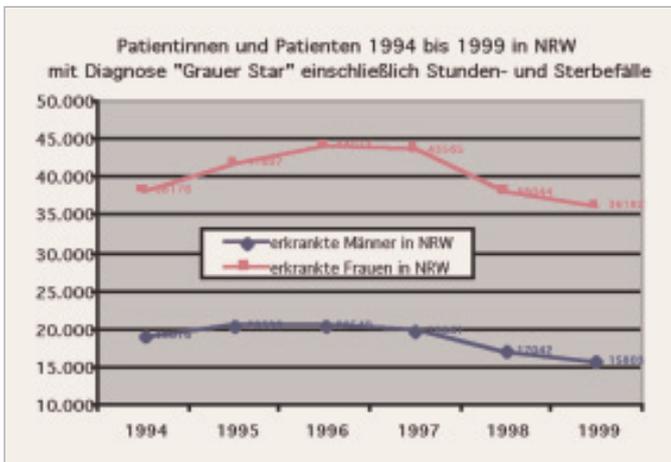
Bezogen auf die Gesamtbevölkerung von knapp 18 Millionen (Stand: 31.12.1999) machten die Pflegebedürftigen 2,6 Prozent aus. Unter 1.000 weiblichen Einwohnern in NRW erhielten 35 Frauen, unter 1000 männlichen Einwohnern aber nur 16 Männer Betreuung- oder Geldleistungen aus der Pflegeversicherung.

Betrachtet man den Anteil der Pflegebedürftigen an der altersgleichen Bevölkerung,

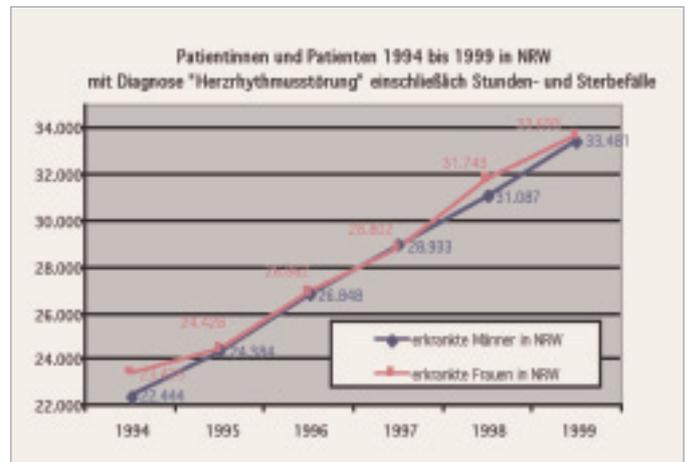
PATIENTINNEN 1999 IN NRW NACH DEN ZEHN HÄUFIGSTEN DIAGNOSEN (einschl. Stunden- und Sterbefälle)				
Rangziffer	ICD-Code	Diagnose	Anzahl	pro 1.000 Einw.
1	650	Normale Entbindung	111.136	11,6
2	174	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Brustkrebs)	58.501	6,1
3	414	Sonstige Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten	49.706	5,2
4	715	Osteoarthritis und entsprechende Affektionen	39.009	4,1
5	366	Katarakt (Grauer Star)	36.192	3,8
6	474	Chronische Affektionen der Tonsillen und des adenoiden Gewebes	34.393	3,6
7	427	Herzrhythmusstörungen	33.693	3,5
8	428	Herzinsuffizienz	32.478	3,4
9	574	Cholelithiasis (Gallensteinleiden)	29.934	3,1
10	780	Allgemeine Symptome (Schwindel, Schlafstörungen)	29.310	3,0

MÄNNLICHE PATIENTEN 1999 IN NRW NACH DEN ZEHN HÄUFIGSTEN DIAGNOSEN (einschl. Stunden- und Sterbefälle)				
Rangziffer	ICD-Code	Diagnose	Anzahl	pro 1.000 Einw.
1	414	Sonstige Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten	101.968	11,7
2	780	Allgemeine Symptome (Schwindel, Schlafstörungen)	42.063	4,8
3	550	Leistenbruch	37.292	4,3
4	474	Chronische Affektionen der Tonsillen und des adenoiden Gewebes	33.764	3,9
5	427	Herzrhythmusstörungen	33.481	3,8
6	303	Alkoholabhängigkeit	31.210	3,6
7	162	Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge (Lungenkrebs)	30.773	3,5
8	717	Innere Kniegelenksschäden (Meniskusschädigung)	24.368	2,8
9	428	Herzinsuffizienz	24.249	2,8
10	592	Nieren- und Harnleitersteine	24.078	2,8

Krankheit-Statistik NRW: Während Frauen (oben) vorwiegend zur Geburt eines Kindes das Krankenhaus aufsuchen, zwingen bei Männern (unten) hauptsächlich Herzkrankheiten zur stationären Behandlung (Quelle: LDS NRW)



Von Grauem Star sind in NRW weit mehr Frauen als Männer betroffen



An Herzbeschwerden leiden - bei steigender Tendenz - inzwischen nahezu gleich viele Männer wie Frauen in NRW

Schaubilder: LDS NRW

ergibt sich folgendes Bild: Die weiblichen Pflegebedürftigen machten in der Altersgruppe bis 65 Jahre nur 0,6 Prozent aus, in der Altersgruppe ab 65 Jahren dagegen 12,7 Prozent. Von den 322.668 als pflegebedürftig anerkannten weiblichen Personen bezogen 173.312 Sachleistungen in Form von ambulanter (20,5 Prozent) oder stationärer (33,2 Prozent) Pflege und 149.356 Pflegebedürftige (46,3 Prozent) Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen.

■ SCHWERBEHINDERTEN-STATISTIK

Als weiterer Indikator für die Gesundheit der Bevölkerung dient die Schwerbehinderten-Statistik, die seit 1979 alle zwei Jahre erhoben wird. Sie gibt Auskunft über Personen, die mit einer Behinderung von wenigstens 50 Prozent anerkannt sind. Neben wichtigen persönlichen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Wohnort werden dabei Art, Ursache und der Grad der Behinderung (GdB) erfasst.

Die Art der Behinderung wird anhand von 55 Kategorien untersucht, wobei sich die Einteilung nicht primär an der Krankheitsdiagnose - etwa Multiple Sklerose -, sondern an der Erscheinungsform der Behinderung und der durch sie bestimmten Funktionseinschränkungen - beispielsweise funktionelle Veränderung an den Gliedmaßen - orientiert.

Bei der jüngsten Erhebung am 31.12.1999 waren in Nordrhein-Westfalen 1.736.513 Personen als Schwerbehinderte gemeldet. Darunter waren 830.276 Frauen. Detaillierte Angaben enthalten die alle zwei Jahre herausgegebenen statistischen Berichte des LDS NRW.

Neben den genannten Quellen verfügen inzwischen auch andere Institutionen - etwa Krankenkassen - über umfangreiche Informationen zu Erkrankungen der Bevölkerung - teilweise sogar in elektronischer Form. Die-

se stehen der amtlichen Statistik aus Kostengründen, aber auch aus rechtlichen Erwägungen, nicht zur Verfügung.

Info: www.lids.nrw.de

BESUCHERINNEN-REKORD BEIM „BLÜTENZAUBER“

So viele BesucherInnen hat noch keine Gartenschau in Nordrhein-Westfalen gesehen. Insgesamt 2,23 Millionen Menschen kamen zwischen April und Oktober nach Oelde. Die **Landesgartenschau 2001** (Foto) stand unter dem Motto „Blütenzauber & Kinderträume“. Damit war Oelde die erfolgreichste Präsentation in der 17-jährigen Geschichte der NRW-Gartenschauen. Auch die Einnahmen an den 163 Öffnungstagen lagen mit 9,5 Mio. DM um vier Millionen DM über den Erwartungen. Somit konnte ein Teil der kommunalen Zuschüsse von 7,4 Mio. DM an die Stadt Oelde zurückgezahlt werden. Angesichts dieses Erfolges setzt sich der Städte- und Gemeindebund NRW dafür ein, dass die Landesregierung die Gartenschauen auch über das Jahr 2007 hinaus finanziell unterstützt.



Foto: Renk / Landesgartenschau Oelde 2001 GmbH



Fotos: Voss / VGS Neuss

Fitness abseits der Rekorde

Wenn Frauen Sport treiben, geht es nicht nur um Punkte und Tore, sondern auch um Gesundheit und Wohlbefinden, Ausdauer, Geselligkeit sowie ästhetischen Genuss

In einer Zeit, da die Modellierung des Körpers um fast jeden Preis angestrebt wird, haben neben Schönheitsoperationen, Diäten und diversen „Fit-for-Fun“-Programmen

Gesundheit und Fitness gesellschaftlich wie individuell Hochkonjunktur. Gesundheits- und Fitness- Aktivitäten erleben einen Boom: Von der Step-Aerobic, Fatburning und „BOP“-Übungen über Power-Stretch, Walking, Aqua-Fit, bis hin zum Body-Shaping.

Auch die Zahl der „Rücken-Fit“-Gruppen, Herz-Sportgruppen und sonstiger Reha-Sport-Angebote nimmt ständig zu. Gesundheit und Sport sind unmittelbar miteinander verbunden, die Ziele jedoch so vielfältig wie die Inhalte.

Die Sportwissenschaft diskutiert Gesundheit oder Krankheit aus unterschiedlichen

Perspektiven. So legt die Sportmedizin ein naturwissenschaftlich-medizinisches Verständnis von „Körper“ und „Bewegung“ zugrunde. Sie orientiert sich an den traditionellen Trainings- und Bewegungswissenschaften und reduziert Sport auf die anatomischen und physiologischen Aspekte, wenn sie den „Gesundheitszweck“ von Sport hervorhebt.

Eine zweite Perspektive blickt aus sportpsychologischer Sicht auf das Phänomen „Gesundheit“. Im Mittelpunkt stehen der Einfluss sportlicher Aktivität auf psychische Eigenschaften, welche das Auftreten einer Erkrankung verhindern, und die Bewältigung externer und interner Faktoren. Es geht um Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und psychischen Gesundheitsvariablen wie Angst, Spannungszustände, Stimmung oder Körperkonzept.

Eine dritte, sportsoziologische Perspektive fragt nach komplexen gesellschaftlichen Zusammenhängen und nach der Gesundheit der Gesamtbevölkerung. Konkret geht es um soziale sportliche Netzwerke wie Sportvereine oder Fitness-Studios. Außer-

dem geht es um eine subjektive Einschätzung von Gesundheit.

dem geht es um eine subjektive Einschätzung von Gesundheit.

MODELLE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

In neueren Ansätzen verschmelzen die Positionen des medizinischen, psychologischen und soziologischen Gesundheitsverständnisses zu einem „integrativen Verständnis von Gesundheit“ (Hurrelmann 1994). Gesundheitssport oder Gesundheitsförderung durch Sport zielt auf möglichst umfassende Gesundheitswirkungen (Brehm 1998). Dies bedeutet „eine gezielte Stärkung der Gesundheitsressourcen (Salutogenesemodell), verbunden mit einer gezielten Meidung und Minderung von Risikofaktoren (Risikofaktorenmodell) sowie mit einer möglichst effektiven Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden (Bewältigungsmodell)“ (siehe Kasten rechts).

Es herrscht inzwischen Konsens, dass sportliche Aktivität entscheidend zur Stärkung der Gesundheitsressourcen beiträgt. Denn über eine systematische Aktivierung des Muskelsystems, welches das größte menschliche Organ darstellt, werden komplexe Anpassungsprozesse im gesamten Organismus angestoßen.

Zudem herrscht in der Trainingslehre

Übereinstimmung, dass eine solche muskuläre Aktivierung mit fünffacher Perspektive erfolgen sollte. Ausdauer-, Kraft-, Dehn-, Koordinations- sowie Entspannungsfähigkeit sollten systematisch gestärkt werden (Bös et al. 1992; Brehm 1998).

MEHR FRAUEN AKTIV

Die Bedeutung des Frauensports lässt sich an den steigenden Mitgliederzahlen des Deutschen Sportbundes (DSB) festmachen. Mit 10,3 Millionen stellen Mädchen und Frauen einen Anteil von 38,6 Prozent der DSB-Mitglieder. 1999 lag der Zuwachs an weiblichen Mitgliedern mit 1,4 Prozent deutlich über dem der Männer mit 0,3 Prozent.

Sieben der 55 DSB-Spitzenverbände zählen mehr weibliche als männliche Mit-



DIE DREI SÄULEN DER GESUNDHEIT

Stärkung der Gesundheitsressourcen

Grundlage des Salutogenese-Modells ist die These des Medizin-Soziologen Antonovsky (1993), dass der Mensch meist weder vollkommen gesund noch dauerhaft krank sei. Er geht davon aus, dass es zwischen Gesundheit und Krankheit fließende Übergänge gibt und dass Gesundheit und Krankheit als Prozess zu begreifen sind. Gesundheit ist hier die dynamische Balance zwischen Belastungen und Risikofaktoren einerseits sowie Schutzfaktoren oder Widerstandspotenzial andererseits.

Unter Schutzfaktoren sind körperliche Fitness oder soziale Unterstützung zu verstehen, auf die der Mensch zur Verarbeitung von Belastungen zurückgreifen kann. Menschen verfügen hier über das Vertrauen (Kohärenz-sinn), dass Belastungen erklärbar und Anforderungen erfüllbar sind und dass es Sinn gibt, sich Herausforderungen zu stellen.

Minderung von Risikofaktoren

Das Risikofaktoren-Modell geht davon aus, dass Erkrankungen und Beschwerden häufig an den körperlichen Zustand oder die Lebenssituation einer Person geknüpft sind und dass Intervention bei diesen ungünstigen Bedingungen (Risikofaktoren) ansetzen sollte. Bewegungsmangel ist ein Risikofaktor, der freilich als Auslöser für zahlreiche andere Risikofaktoren zu sehen ist - etwa Übergewicht, Hypertonie, Hypercholesterinämie oder muskuläre Dysbalancen. So hat sich gezeigt, dass regelmäßiges Ausdauertraining positiv auf das Herz-Kreislauf-System einwirkt und auch andere Risikofaktoren wie Hypertonie reduziert.

Bewältigung von Beschwerden

Nach dem Bewältigungs-Modell geht es um eine Verminderung von physischen oder psychischen Gesundheitsproblemen. So trägt eine Rückenschule bereits dann zur Bewältigung von Rückenschmerzen bei, wenn diese Schmerzen reduziert werden können. Außerdem kann durch besänftigendes Einwirken die Wahrnehmung einer problematischen Gesundheits-Situation zum Positiven hin verändert werden.

glieder in den ihnen angeschlossenen Vereinen und Gemeinschaften. Das sind Turnen, Volleyball, Sport-Akrobatik, Schwimmen, Reiten und Moderner Fünfkampf. Deutlich unterrepräsentiert sind Frauen in Sportarten wie Boxen, Gewichtheben, Motorsport, Ringen oder Rugby. Bei nicht vereinsgebundenen Sportarten geben Frauen das Schwimmen, Gymnastik und Rad fahren an, während bei Männern nach wie vor Fußball dominiert.

Auch die Zahl der sportlich aktiven Seniorinnen über 60 Jahre stieg mit 8,4 Prozent in den letzten Jahren deutlicher als die der Senioren (5,4 Prozent). Im Vergleich zur Mitglieder-Entwicklung sieht die Präsenz von Frauen in Führungsgremien der Sport-Organisationen nicht so rosig aus. So beträgt deren Anteil in den Präsidien der 16 Landes-sportbünde (LSB) nur 17,2 Prozent. Im Präsidium des DSB liegt der Frauenanteil bei 24 Prozent.

■ GROSSES GESUNDHEITSINTERESSE

Frauen bevorzugen mehrheitlich Sportarten mit einer ästhetisch-gesundheitlichen Ausrichtung, bei denen aggressiver Körpereinsatz und direkter Körperkontakt eine untergeordnete Rolle spielen. Bei den Motiven der Frauen für sportliche Betätigung dominieren Spaß, Gesundheit und Geselligkeit (Knoll 1996).

Die spezifischen Interessen von Mädchen und Frauen am Sport sind nicht unbeeinflusst von gesellschaftlichen Sozialisationsprozessen. Die im Sport geltenden Normen von Leistung, Wettbewerb und Risiko entsprechen eher den Vorstellungen von Männlichkeit. Die nach Ge-

schlechtern verschiedene Sport- und Bewegungskarriere ist Bestandteil der Sozialisation, die bereits im frühen Kindesalter beginnt und die Menschen ein Leben lang begleitet.

Spezifisch weibliches Gesundheitsverhalten besteht darin, dass Frauen sich mehr als Männer mit Gesundheit auseinandersetzen. Sie zeigen größeres Interesse an Information über Gesundheit (Pfister 1996). Auch das Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit unterscheidet sich. Frauen nennen häufiger Wohlbefinden als Zeichen von Gesundheit, während Männer in Anlehnung an das funktionalistische Risikofaktoren-Modell eher die Abwesenheit von Krankheit betonen.

■ INTERESSE AN PRÄVENTION

Die Praxis in einem Neusser Verein für Gesundheitssport und Sporttherapie bestätigt diese Aussage sehr deutlich. So finden sich in den reinen Präventions-Angeboten wie der Rückenschule und der Wirbelsäulen-Gymnastik 85 Prozent Frauen. An den Entspannungskursen und den „weichen“ Ausdauer-Sportarten wie Walking nehmen fast ausschließlich Frauen teil. Auch in den Fitness-Kursen überwiegt die Gruppe der Frauen, und Männer stellen nur rund 30 Prozent der Aktiven.

Hier steht auch die allgemeine körperliche Fitness im Sinne einer körperlichen Leistungsfähigkeit im Mittelpunkt. Die Beteiligung am Rehabilitationssport variiert je nach Angebot. Während in der Krebs-Nachsorgegruppe ausschließlich Frauen sind, nehmen an den ambulanten Herz-Sportgruppen fast nur Männer teil. Die wenigen



Störungen in der Motorik bei Jungen und Mädchen können durch Sport behandelt werden

Frauen sind zudem häufig „Begleitperson“ der Betroffenen.

Bei Kindern zeigt sich etwa in der Psychomotorik ebenfalls eine geschlechtstypische Aufteilung. So finden sich in den Psychomotorik-Gruppen rund 75 Prozent Jungen. Diese kommen häufig aufgrund der Diagnose „Hyperaktivität“ und „Grob- oder Feinmotorische Koordinationsschwierigkeiten“, Mädchen häufig aufgrund von „Bewegungsangst“.

Gesundheitsförderung für Mädchen und Frauen bedeutet, „das Selbstwertgefühl der Frauen zu stärken und sie damit in die Lage zu versetzen, eine selbstbewusste Identität zu gewinnen, aus der heraus sie eigene Interessen und Bedürfnisse artikulieren, sich Hilfe und Unterstützung holen

und somit für sich selbst Veränderungen durchsetzen können“ (Pfister 1996). Doch nicht jeder Sport ist per se gesund, und nicht jede gesundheitsrelevante Sportart ist für jede Frau gleichermaßen geeignet (Knoll 1996). So kommt es auf die Sportart, den Umfang, die Intensität und die äußeren Bedingungen der sportlichen Aktivitäten

ebenso wie auf die individuellen Voraussetzungen an.

REHABILITATION DURCH SPORT

Im Rahmen des Aktionsprogramms Breitensport der NRW-Landesregierung sind gesundheitliche Präventions- und Rehabilitations-Programme entwickelt worden, die sich schwerpunktmäßig an Frauen richten. Diese haben zum Ziel, die Rehabilitation speziell bei Frauen mit bestimmtem Krankheitsbild durch gezielte sportliche Aktivität zu unterstützen oder durch Prävention das Entstehen von Krankheiten zu verhindern.

Im Rahmen des Projekts „Sport in der Krebsnachsorge“ sind in Nordrhein-Westfalen

inzwischen 219 Gruppen eingerichtet worden. Diese bemühen sich hauptsächlich um die Rehabilitation von an Brustkrebs erkrankten Frauen. Das Projekt wird in Kooperation von Landessportbund (LSB) und dem NRW-Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport durchgeführt.



Die Federführung liegt bei einem Arbeitskreis des LSB. Das Land fördert die Einrichtung neuer Gruppen durch eine Starthilfe sowie durch zentrale Gesprächskreise und Jahrestagungen. Der LSB betreut die Gruppen fachlich und kümmert sich um die Qualifizierung von ÜbungsleiterInnen.

Zu den profiliertesten Programmen gehört das Projekt „Sport in Herzgruppen“. In NRW gibt es inzwischen 1.160 solcher Gruppen. In den zurückliegenden Jahren waren zunehmend auch Frauen von Herzerkrankungen betroffen. Da die traditionellen Herz-Sportgruppen auf männliche Teilnehmer zugeschnitten sind, hat der Essener Sportbund im Auftrag des NRW-Sportministeriums ein Pilotprojekt „Ambulante Herz-Sportgruppen für Frauen“ durchgeführt und dafür eine Konzeption entwickelt.

Inzwischen gibt es in NRW fünf Herzsportgruppen für Frauen. Auch diese werden vom LSB mit einer Starthilfe bezuschusst. Neben diesen Angeboten werden in Projekten wie „Sport bei Diabetes“ oder „Gesundheitsorientierte Angebote in Sportvereinen“ die Interessen von Frauen stark berücksichtigt, da diese entweder zu den Betroffenen gehören oder mehrheitlich die Teilnehmerinnen stellen. ●

www.frauen nrw.de

INTERNET-PORTAL FÜR FRAUEN

Das kaum noch überschaubare Wissen zu bündeln und über eine zentrale Seite zugänglich zu machen, ist derzeit der Trend im Internet. Davon profitieren jetzt auch Frauen. Per Mausclick können sie sich Informationen über frauenspezifische Einrichtungen, Projekte und Veranstaltungen in NRW auf den Bildschirm holen. Unter www.frauen nrw.de stellen sich zahlreiche frauenpolitische Einrichtungen vor. Ein Wegweiser führt zu weiteren Internet-Adressen in Deutschland und Europa. Frauenpolitische Nachrichten aus NRW sind unter „Aktuelles“ abzurufen. Internet-Neulinge können sich über „Guided Tours“ mit den Möglichkeiten des Portals vertraut machen und finden unter der Rubrik „FAQ“ (häufig gestellte Fragen) sowie im „Lexikon“ Wissenswertes rund um die Internet-Nutzung.



ANTONOVSKY, A. 1993: Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: FRANKE, A./ BRODA, M.: Psychosomatische Gesundheit. Tübingen. S.3-14.

BREHM, W./BÖS, K. 1998: Zur Konzeption des Handbuchs: Zugänge zum „Gesundheitssport“. In: ebd. (Hrsg.): Gesundheitssport. Ein Handbuch. S. 7-14.

BREHM, W. 1998: Sportliche Aktivität und psychische Gesundheit. In: BREHM, W./BÖS, K. (Hrsg.): Gesundheitssport. Ein Handbuch. S. 33-43.

BÖS, K./Wydra, G./Karisch, G. 1992: Gesundheitsförderung durch Bewegung, Spiel und Sport. Ziele und Methoden des Gesundheitssports in der Klinik. Beiträge zur Sportmedizin. Bd.38. Erlangen.

HURRELMANN, K. 1994: Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim, München.

KNOLL, M. 1996: Auf dem Prüfstand: Welche Sportart ist für mich richtig? In: PFISTER, G. (Hrsg.): Fit und gesund mit Sport. Berlin. S. 99-111.

PAHMEIER, I. 1996: Gesundheit beginnt im Kopf. Sport und Psyche. In: PFISTER, G. (Hrsg.): Fit und gesund mit Sport. Berlin. S. 68-82.

PFISTER, G. 1996: Was ist Gesundheit? Frauen, Sport und Gesundheit aus sozialwissenschaftlicher Perspektive. In: PFISTER, G. (Hrsg.): Fit und gesund mit Sport. Berlin. S. 49-67.

SPORTJUGEND NW (Hrsg.) 1997: Grundlagenkonzeption „Mädchen und junge Frauen im Sport“.

Modell für das In- und Ausland

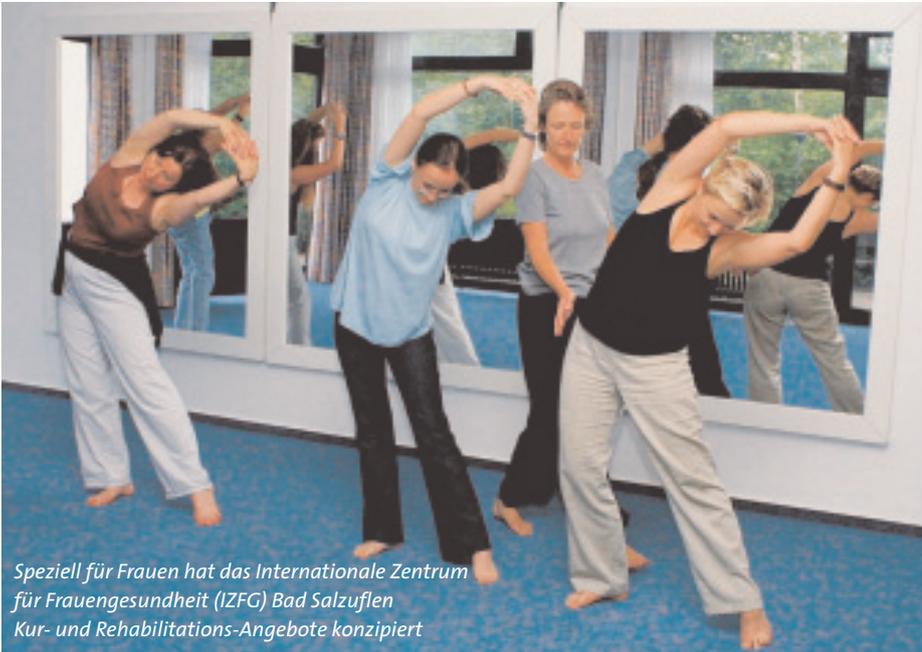


Foto: Kess / IZFG gGmbH

Speziell für Frauen hat das Internationale Zentrum für Frauengesundheit (IZFG) Bad Salzflun Kur- und Rehabilitations-Angebote konzipiert



müssen in der Entwicklung frauengerechter Angebote berücksichtigt werden. Hier knüpft das IZFG mit seiner konkreten Arbeit an.

Vordringliches Ziel des IZFG Bad Salzflun ist es, vorhandenes Wissen und Kompetenz im Bereich Frauengesundheit zu bündeln, weiter zu entwickeln und möglichst vielen Frauen zugänglich zu machen. Innovative Modelle für die Gesundheit von Frauen sollen erprobt werden, um sie in die Regel-Angebote des deutschen Gesundheitssystems integrieren zu können.

Darüber hinaus soll die Region Ostwestfalen-Lippe zu einer Modellregion für Frauengesundheit entwickelt werden - mit Beispielcharakter und Ausstrahlung auf andere Regionen im In- und Ausland. Dazu sind neueste Erkenntnisse aus der geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung in die Arbeit einzubeziehen.

■ ZAHLREICHE PROJEKTE

In der Region, aber auch im In- und Ausland, hat das IZFG Bad Salzflun eine Reihe von Projekten aufgelegt und zum Erfolg geführt. So fand im EXPO-Jahr 2000 eine internationale Konferenz „Frauenalltag und Gesundheit in Europa – ein Dialog über Grenzen“ in Bad Salzflun statt. Speziell für Frauen wurden Kur- und Rehabilitations-Angebote konzipiert - etwa die „FrauenBewegungskur“ (siehe Bild). Für 2002 ist eine Reha-Kompaktkur für Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind, geplant. Darüber hinaus

Unter www.frauenbewegungskur.de können sich Frauen über das Gesundheitsprogramm des IZFG informieren



Das Internationale Zentrum für Frauengesundheit (IZFG) in Bad Salzflun bündelt Wissen und Kompetenz im Bereich der Frauengesundheit und entwickelt frauengerechte Angebote

Initiiert wurde das Internationale Zentrum für Frauengesundheit (IZFG) in Bad Salzflun von einer Gruppe engagierter Expertinnen aus den Bereichen Frauengesundheit, Struktur- und Frauenpolitik in Zusammenarbeit mit den Gleichstellungsbeauftragten in Ostwestfalen-Lippe. Das IZFG ist ein anerkanntes Regionales Projekt der EXPO INITIATIVE Ostwestfalen-Lippe und seit Januar 2000 eine gemeinnützige GmbH.

Gesellschafter sind die Stadt Bad Salzflun, das Staatsbad Salzflun sowie die Kliniken am Burggraben der Median Klinikgruppe. Im IZFG arbeitet ein interdisziplinäres Team aus Medizinerinnen sowie Sozial-, Natur- und Gesundheitswissenschaftlerinnen.

„Der Gesundheit von Frauen muss ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden“, erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1992. Zwei Jahre später initiierte das WHO-Region-

nalbüro Europa das „Politische Bekenntnis zur Frauengesundheitspolitik“. Beispielhafte Forderungen sind:

- frauenfreundliche und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung
- geschlechtsdifferenzierte Gesundheits-Berichterstattung
- Frauen in führende Funktionen in der Gesundheitspolitik
- Frauengesundheitsforschung

Impulse aus der Frauengesundheitsbewegung haben auch in Deutschland den Blick auf Mängel in der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Frauen gelenkt. Es wird zu wenig beachtet, dass Frauen und Männer sich hinsichtlich der biologischen Voraussetzungen, der Risikoprofile und in ihrem Gesundheitsbewusstsein sowie ihrer Gesundheitspraxis erheblich unterscheiden.

■ LEBENSWELTEN VERSCHIEDEN

Die gesundheitsrelevanten Besonderheiten von Frauen, ihre unterschiedlichen Lebenswelten, ihre zyklischen Lebensverläufe und ihre spezifischen Alltagserfahrungen

Dokumentation der Auftaktveranstaltung „Frauen brauchen eine andere Medizin“ April 1998 in Bad Salzuflen (10,- DM incl. Versand)

Dokumentation der Veranstaltungsreihe „Aspekte kommunaler und regionaler Frauen-Gesundheitsförderung“ 1998–1999 in OWL
Band A Vorträge / Band B Erfahrungsbericht u. Arbeitsmaterialien (je 10,- DM incl. Versand)

Dokumentation der Tagung „Frauenalltag und Gesundheit in Europa – ein Dialog über Grenzen“ Sept./Okt. 2000 (10,- DM incl. Versand)

bietet das IZFG Patientinnen die so genannte Second-Opinion-Praxis in gynäkologischen Fragen an. Dies bedeutet, dass eine Ärztin das Krankheitsbild beurteilt, ohne in die Behandlung eingebunden zu sein. Dieses zweite - unabhängige - Gutachten fördert die Informiertheit der Patientin und kann bei schweren Krankheiten Ängste abbauen helfen. Beratung von Altenpflege-Einrichtungen unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten zählt das IZFG ebenfalls zu seinen Aufgaben.

Für ganz Nordrhein-Westfalen betreibt das IZFG eine Koordinationsstelle „Frauen und Gesundheit“. Dies geschieht gemeinsam mit dem Feministischen Frauengesundheitszentrum FFGZ Hagazussa in Köln. Vorgesehen ist der Aufbau eines NRW-weiten Netzwerkes.

In der Region OWL und speziell im Kreis Lippe hat sich das IZFG vorgenommen, frauengerechte Beratungsangebote mit dem Ziel „Die informierte Patientin“ zu entwickeln. Öffentlichkeitsarbeit und Mitwirkung in den Gremien soll regional vernetzt werden. Darüber hinaus organisiert das IZFG zahlreiche Seminare, Workshops, und Vorträge in Zusammenarbeit mit Bildungsstätten und Einrichtungen des Gesundheitswesens. ●

Internationales Zentrum für Frauengesundheit (IZFG) gGmbH
Alte Vlothoer Str. 47-49
32105 Bad Salzuflen
Tel. 05222-63 62 96
Fax 05222-63 62 97
E-Mail: izfgmail@t-online.de

Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW
Tel. 05222-63 62 94/95
E-Mail: koordinationsstelle@frauengesundheit-nrw.de
Internet: www.frauengesundheit-nrw.de

Mehr frisches Obst, aber auch mehr Diät



Der Umgang mit dem eigenen Körper und Einstellungen zur Gesundheit werden in der Kindheit erlernt

Foto: Europäische Kommission

Während Mädchen den Jungen beim Rauchen nicht nachstehen, sind sie vorsichtiger beim Alkoholkonsum und ernähren sich vernünftiger - abgesehen vom Schlankheitskult

Das Jugendalter gilt als Lebensphase, in der sich Stile im Umgang mit dem Körper herausbilden und festigen. Erste Erfahrungen mit Tabak und Alkohol, manchmal auch mit Drogen, werden gesammelt. Jugendliche entscheiden sich für oder gegen regelmäßigen Sport, und sie unternehmen erste Versuche, ihren Körper zu formen. In dieser Lebensphase werden die Weichen dafür gestellt, ob sich jemand im Erwachsenenalter gesund hält oder eher nachlässig mit dem eigenen Körper umgeht.

Diese Erprobung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen geschieht nicht im luftleeren Raum, sondern ist eingebettet in die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben. Jugendliche müssen sich von den Eltern lösen, sie müssen sich in die Gruppe der Gleichaltrigen integrieren, Zukunftspläne entwickeln und sich auf das Leben als Erwachsene vorbereiten.

Gesundheitliches Risikoverhalten hilft durchaus bei der Lösung dieser Entwicklungsaufgaben - etwa wenn über provozierenden Nikotin-Konsum ein Verstoß gegen elterliche Regeln und damit eine Abgrenzung von den Erwachsenen vollzogen wird. Zum anderen ist auch das Lernen eines gesunden Umgangs mit dem Körper eine Entwicklungsaufgabe. So müssen Jugendliche die Regeln des sozial akzeptierten Alkoholkonsums lernen, und sie müssen Werte und Normen im Umgang mit dem eigenen Körper verinnerlichen. Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass Jungen und Mädchen sich im gesundheitsrelevanten Verhalten mehr oder weniger deutlich unterscheiden.

DIE AUTORIN

Dr. Petra Kolip ist Professorin für Sozial-Epidemiologie mit Schwerpunkt „Frauen und Gesundheit“ an der Universität Bremen

■ ZIGARETTENKONSUM ÄHNLICH

Beim Nikotinkonsum haben sich Mädchen und Jungen stark angeglichen. Anders als in ost- und mitteleuropäischen Staaten, wo das Rauchen noch immer als männlich gilt und mehr Jungen als Mädchen rauchen, gibt es in Deutschland

auf den ersten Blick kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern. In der Altersgruppe zwischen 12 und 17 Jahren geben in einer Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ähnlich viele Mädchen (28 Prozent) wie Jungen (27 Prozent) an, Zigaretten zu konsumieren.

Auch beim Einstiegsalter unterscheiden sich Mädchen und Jungen nicht. Im Durchschnitt mit 13½ Jahren rauchen Mädchen und Jungen ihre erste Zigarette. Die Geschlechter haben sich damit in den vergangenen Jahren weiter angeglichen.

Auf den zweiten Blick lassen sich dennoch Unterschiede feststellen. So ist der Anteil der täglichen Raucher bei den Jungen höher. Diese rauchen in der Regel mehr Zigaretten und sie konsumieren häufiger „harte“ Tabakprodukte wie filterlose Zigaretten oder Zigaretten mit hohem Teer- und Kondensat-Gehalt.

■ JUNGEN TRINKEN MEHR

Hinsichtlich des Probierkonsums finden sich kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Für Mädchen wie Jungen gehören erste Erfahrungen mit Alkohol zum Jugendalter dazu. Deutliche Unterschiede zeigen sich aber bei den Konsumgewohnheiten. Jungen trinken häufiger soviel Alkohol, dass sie betrunken sind. Ebenso ziehen sie im Vergleich zu Mädchen andere alkoholische Getränke vor (höherer Bierkonsum) und trinken bei anderen Gelegenheiten.

Während Mädchen den Alkoholkonsum häufig auf Feste beschränken, schaffen sich

Jungen weitaus mehr Anlässe zum Trinken. Mit dem Alkoholkonsum ist weiteres Risikoverhalten verbunden. Junge Männer sind eher bereit, in alkoholisiertem Zustand Auto zu fahren.

Die berüchtigten „Disco-Unfälle“ - Unfälle in der Nacht von Freitag auf Samstag oder von Samstag auf Sonntag auf dem Weg von oder zur Discothek - gehen überwiegend auf das Konto männlicher alkoholisierter Fahrer. Junge Männer scheinen in alkoholisiertem

Zustand mit einer gewissen Selbstüberschätzung eher selbst das Auto lenken und die Clique nach Hause fahren zu wollen, als einer Freundin den Autoschlüssel zu überlassen.

■ MÄDCHEN MACHEN DIÄT

Während beim Alkoholkonsum die Jungen mehr Risiko-Bereitschaft zeigen, setzen in Bezug auf die Ernährung eher die Mädchen ihre Gesundheit aufs Spiel. Zwar ernähren sich Mädchen gesünder - bezogen auf das, was sie zu sich nehmen. Sie essen mehr Obst und Gemüse als Jungen, aber sie machen auch häufiger Diät. Mehr als ein Viertel der Mädchen räumt ein, bereits im Alter von zwölf Jahren schon einmal mit einer Diät das Gewicht reduziert zu haben.

Dies gilt selbst für untergewichtige Mädchen. Anders als Jungen sind Mädchen wesentlich häufiger unzufrieden mit ihrem Körper und ihrer Figur und fühlen sich zu dick, selbst wenn sie Untergewicht haben. Mädchen schränken dann ihre Ernährung ein oder machen sogar eine „richtige“ Diät - häufig sogar gemeinsam mit der Mutter.

Problematisch ist vor allem, dass häufige Diät und restriktives Ernährungsverhalten zu gravierenden Ess-Störungen führen können. Mädchen sind hier weitaus mehr gefährdet als Jungen, wie die epidemiologischen Daten zur Verbeitung von Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimie zeigen.

Neben diesen Unterschieden im gesundheitsrelevanten Verhalten lassen sich weitere Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen ausmachen. Von der Pubertät an sind Mädchen eher unzufrieden mit ihrem Gesundheitszustand. Sie leiden häufiger als Jungen unter psychosomatischen Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen

(Kopfschmerzen oder Rückenschmerzen), sie sind häufiger von sexueller Gewalt betroffen und ihr Selbstwertgefühl nimmt in der Pubertät rapide ab.

■ SPORT EHER SELTEN

Dies kommt nicht zuletzt daher, dass bei Mädchen das Selbstwertgefühl stärker an das Äußere, an Schönheit und Attraktivität gebunden ist. Zudem stellen Mädchen in der Pubertät ihr Bewegungsverhalten um. Sie treiben seltener Sport als Jungen. Diese und andere Befunde weisen darauf hin, dass der Umgang mit dem eigenen Körper geschlechtsspezifisch geprägt ist.

Ebenso tragen bei Mädchen und Jungen unterschiedliche Faktoren zu Gesundheit und Wohlbefinden bei. Deshalb werden zunehmend Programme zur Prävention und



Foto: Jendrejewski

Sport hat für junge Frauen und Mädchen nicht den Stellenwert wie für ihre Altersgenossen

Gesundheitsförderung entwickelt, die sich gezielt an Mädchen oder an Jungen richtet. Damit soll sichergestellt werden, dass Angebote der Gesundheitsförderung auch diejenigen erreichen, für die sie gedacht sind.

Die EntwicklerInnen solcher Angebote können viel von der Mädchenarbeit lernen. Hier gibt es seit langem Angebote, die das Selbstwertgefühl von Mädchen steigern und ihr Körpergefühl erhöhen, etwa in Selbstverteidigungskursen oder bei Abenteurer-Wochenenden. ●

KONTAKT Prof. Dr. Petra Kolip
Fachbereich 11 Human- und
Gesundheitswissenschaften
Universität Bremen
Postfach 330440
28334 Bremen
E-Mail: kolip@bips.uni-bremen.de



GEZIELTES ENGAGEMENT

Sowohl in der Jugendarbeit als auch in der Präventionsarbeit sollte stärker darauf geachtet werden, ob die Angebote für Mädchen und Jungen gleichermaßen passen oder ob nicht besser Maßnahmen für Mädchen oder Jungen zu entwickeln wären. Gesundheitsförderung nach dem „Gießkannenprinzip“ ist wenig effektiv. Die Gesundheit der nachwachsenden Generation verdient jedoch ein gezieltes Engagement.

Listen-Abgleich soll Kosten sparen



Foto: Stadt Paderborn

In Paderborn und in 35 weiteren NRW-Kommunen wird Anfang Dezember ein neues Verfahren für die nächste Volkszählung getestet: der „register-gestützte Zensus“

1997 empfahl die Europäische Kommission den EU-Mitgliedstaaten, in den Jahren 2000/2001 eine Volks- und Wohnungszählung zu organisieren. Bis auf Schweden und

DER AUTOR

Michael Wahl ist Statistiker bei der Stadt Paderborn

Deutschland haben alle diese Anregung umgesetzt. In Deutschland wurde rasch klar, dass man weder den Zeitrahmen

einhalten noch eine Volkszählung in der üblichen Weise durchführen könnte.

Zunächst einigten sich das Statistische Bundesamt und die statistischen Landesämter auf eine Änderung der Verfahrensweise. Statt einer vollständigen primärstatistischen Datenerhebung durch ZählerInnen, die jeden Haushalt persönlich befragen, soll sich das künftige Verfahren weitgehend auf vorhandene Verwaltungsregister - Melderegister, Register der Bundesanstalt für Arbeit und ähnliche - stützen. Interviews durch ZählerInnen wird es in

▲ Paderborn ist Pilotstadt für das neue Volkszählungsverfahren

diesem Zusammenhang nur zur Erfassung der in den Registern nicht erfassten Personen - etwa Selbstständige - geben. Dadurch lassen sich erhebliche Kosten sparen.

Da dieser Paradigmenwechsel von der Komplett-Erhebung durch Zähler zu einem registergestützten Zensus für Deutschland ein völlig neues Vorgehen bedeutet, hat man sich auf eingehende Tests verständigt. Diese führen die statistischen Landesämter noch 2001 und 2002 in ausgewählten deutschen Kommunen durch.

Dabei geht es um den Test der Verfahrensweise - Zusammenführung mehrerer Register über bestimmte Merkmale - wie auch um die Qualität der Register. Sofern diese Tests zufriedenstellend verlaufen, wird es die nächste Volkszählung in Deutschland wohl im Jahr 2006 geben. Die laufenden Tests werden gemeinhin als Zensus-Test 2001 bezeichnet.

■ DREI DIENSTSTELLEN BETEILIGT

In der Stadt Paderborn - eine der Pilotkommunen in Nordrhein-Westfalen - sind

vor allem drei Dienststellen in die Tests involviert. Die Statistik-Stelle koordiniert das Verfahren und ist für das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS NRW) Ansprechpartner im Rahmen des Zensus-Tests. Das Einwohneramt, welches das Melderegister führt, ist das beteiligte Fachamt und hilft dem LDS bei Unklarheiten in den übermittelten Daten. Dritter Beteiligter ist das Gebiets-Rechenzentrum, die Gemeinschaft für Kommunikationstechnik Informations- und Datenverarbeitung (GKD). Bei dieser liegt die eigentliche Arbeit: das Herausfiltern der für die Tests benötigten Daten.

Zum Stichtag 05.12.2001 sind mehrere Datensätze zu liefern. Die Stadt Paderborn hat - wie alle nordrhein-westfälischen Kommunen - die Datensätze aller EinwohnerInnen mit den Geburtstagen 01.01., 15.05. und 01.09. oder mit unvollständigem Geburtsdatum an das LDS zu übermitteln. Anhand dieser Datensätze sollen eventuelle Mehrfachfälle - sprich: Personen, die in mehreren Melderegistern mit Hauptwohnung verzeichnet sind - festgestellt werden.

Des Weiteren ist die Stadt Paderborn in einer Stichprobe von 555 deutschen Kommunen - darunter 36 in NRW - vertreten, bei denen die Genauigkeit der Erfassung in den Melderegistern überprüft werden soll. Dabei werden in willkürlich ausgewählten Gebäuden - bundesweit rund 38.000, landesweit rund 4.100 und in Paderborn 160 - alle BewohnerInnen von Erhebungs-Beauftragten der Statistischen Landesämter erfasst.

Ein Vergleich mit den Melderegister-Daten für die jeweiligen Gebäude beim Landesamt erlaubt Aussagen zur Vollständigkeit der Melderegister. Hier hat die Stadt Paderborn die entsprechenden Datensätze aus dem Melderegister zu liefern.

■ UMFRAGE BEI HAUSBESITZERN

In einem dritten Test-Schritt werden in gut der Hälfte der Kommunen aus der Stichprobe - 222 bundesweit, 18 in NRW - die Gebäude- und Wohnungseigentümer angeschrieben und zu Gebäuden und Besitzverhältnissen befragt. Auch diese Daten werden mit dem Melderegister abgeglichen.

Daraus werden testweise Haushalte konstruiert, welche sich allein aus dem Melderegister nicht ermitteln lassen. Die Erfassungseinheit „Haushalt“ ist für eine Volks-



Seit der letzten Volkszählung 1987 hat sich eine Differenz von gut 2.400 EinwohnerInnen zwischen dem Paderborner Melderegister und den Zahlen des NRW-Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik ergeben

führt wird. Dann werden die Kommunen den Statistischen Landesämtern erhebliche Zuarbeit leisten müssen. Wahrscheinlich wird der Kostenrahmen aber deutlich unter dem für primär-statistische Erhebungen liegen.

Freilich muss die Stadt Paderborn damit rechnen, dass Finanz-Zuweisungen, die nach Einwohnerzahl vergeben werden, ab 2006 geringer ausfallen. Denn bisher liegt die amtliche, vom LDS ermittelte Einwohnerzahl um rund 2.400 (1,7 Prozent) über der im städtischen Melderegister verzeichneten Einwohnerzahl (siehe Schaubild). Da bei der letzten Volkszählung 1987 die amtliche und die im Melderegister verzeichnete Bevölkerungszahl in Paderborn fast identisch waren und sich der Abstand in 13 Jahren stetig erhöht hat, ist davon auszugehen, dass sich die Schere bis 2006 noch weiter öffnet. ●

zählung enorm wichtig. Die Stadt Paderborn ist ebenfalls in dieser Teil-Stichprobe vertreten und hat dem LDS Anschriften der Gebäude- und WohnungseigentümerInnen zu übermitteln.

Insgesamt beschränkt sich der Aufwand also auf die Stichtag-bezogene Übermittlung ausgewählter Datensätze aus dem Melderegister sowie ausgewählter EigentümerInnen-Anschriften aus der Grundsteuer-Kartei. Nicht betroffen sind die Kommunen von der Zusammenführung der Melderegister-Daten mit Informationen anderer Register, etwa der Bundesanstalt für Arbeit.

Das LDS und die Stadt Paderborn arbeiten in diesem Projekt gut zusammen. Insbesondere gegenüber den 36 Kommunen der Stichprobe hat sich das LDS stets auskunftsfreudig gezeigt. In einer Veranstaltung im Mai diesen Jahres wurden deren MitarbeiterInnen eingehend über Vorgehen und Zeitplan unterrichtet. Auch die Informationen im Internet beim Landesamt (www.lids.nrw.de) und bei DESTATIS (ehemals Statistisches Bundesamt, www.destatis.de) - jeweils unter dem Stichwort "Zensus-test" - sind eine ergiebige Quelle.

■ RECHTSÄNDERUNGEN MÖGLICH

Aus dem Zensus-Test ergeben sich für die Stadt Paderborn keine direkten Konsequenzen. Eine Übermittlung der Ergebnisse für die jeweils betroffenen Kommunen ist nicht vorgesehen. Lediglich allgemeine Aussagen zu den Ursachen von Abweichungen und eventueller Abhilfe sind vom LDS zu erwarten. Offen ist, ob die Testergebnisse zu Änderungen des Melderechtes führen werden, welche die Qualität der Melderegister - sofern möglich - verbessern könnten.

Auch die Mehrbelastung personeller und finanzieller Art hält sich beim Zensus-test in Grenzen. Anders wird dies 2006 sein, wenn tatsächlich eine Volks- und Wohnungszählung nach dem neuen Verfahren durchge-



NUSSEBANK

Bänke fürs Leben

Landeszentralbank



Man findet sie oft in öffentlichen Gebäuden – vermutlich wegen ihres diskreten Charmes! Die Bank Wolfsburg gibt es in vielen verschiedenen Kombinationen – jeweils freistehend. Ein echtes Edel-Metall...

www.gartenbank.de

Fordern Sie unseren Katalog an:

JWS Nusser GmbH & Co. KG
 Postfach 340, 71351 Winnenden
 Tel.: 07195/693-113
 Fax: 07195/693-177

www.nusser.de verkauf@gartenbank.de

Behindertenrecht auf Vordermann gebracht

Das neue Sozialgesetzbuch IX soll Behinderten die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sichern, doch die Kostenfrage für zusätzliche Leistungen ist noch nicht geklärt

Nach langjährigen Bemühungen ist am 01. Juli 2001 das neue SGB IX (Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – Rehabilitation und Teil-

habe behinderter Menschen“; BGBl. 2001 I, 1046) in Kraft getreten. Das Gesetz stellt eine Zusammenfassung des Schwerbehinderten- und des

Rehabilitationsangleichungsgesetzes dar, die beide zum 01. Juli 2001 aufgehoben wurden.

Das SGB IX gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil (§§ 1-67) befasst sich mit dem früher im Rehabilitationsangleichungsgesetz geregelten allgemeinen Rehabilitationsrecht. Der zweite Teil (§§ 68-160) ist das im Wesentlichen unveränderte Schwerbehindertengesetz. Daneben wurden mehr als 60 Gesetze und Verordnungen angepasst, da das SGB IX übergreifende Rehabilita-

tions-Regelungen enthält, die zur Streichung paralleler Vorschriften in den Spezialgesetzen geführt haben. Anlass zur Schaffung des neuen SGB IX gaben folgende Punkte:

- Divergenz und Unübersichtlichkeit des bestehenden Rehabilitationsrechts
- fehlende Abgrenzung der verschiedenen Leistungsbereiche und -zuständigkeiten
- Probleme beim Zugang zu Sozialleistungen
- Zersplitterung der Rechtsvorschriften mit der Folge, dass oft nur Teillösungen erreicht wurden
- Veränderungen des Selbstverständnisses behinderter Menschen

Ziel des neuen Gesetzes ist die selbstbestimmte Teilhabe behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung von Hindernissen, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen. Damit soll dem Verfassungsauftrag des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz (GG) entsprochen werden. Durch Harmonisierung der Vorschriften sollen wirkungsvolle Möglichkeiten zur Eingliederung behinderter Menschen geschaffen und ganzheitliche Problemlösungen entwickelt werden.

Allerdings beschränken sich diese Neuerungen auf das Bundesrecht. Die einschlä-

gigen Landesgesetze - etwa das Landesblindengesetz, das Ausführungsgesetz zum BSHG, die Bauordnung sowie das Straßen- und Wegegesetz NRW - konnten mangels Gesetzgebungskompetenz nicht berücksichtigt werden.

■ ZIEL: BESSERE KOOPERATION

Inhaltliche Schwerpunkte des neuen SGB IX sind die Einbeziehung der Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger. Dadurch sollte klargestellt werden, dass zu einer vollen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft neben medizinischen und beruflichen Leistungen zur Rehabilitation in vielen Fällen weitere Leistungen gehören. Insbesondere die Einbeziehung in das Abstimmungsverfahren soll eine engere Zusammenarbeit aller Träger im Interesse der behinderten Menschen bewirken. Bessere Kooperation der Leistungsträger ist Hauptanliegen des Gesetzes.

Des Weiteren wurde ein neues Verfahren eingeführt, um zu einer raschen Klärung der Zuständigkeit zu gelangen. Durch Einrichtung von Servicestellen soll ein bürger-naher Zugang zu den erforderlichen Sozialleistungen möglich werden. Auch die Wunsch- und Wahlrechte der Behinderten wurden erweitert. Bei Entscheidungen über Leistungen ist nun den berechtigten Wünschen der Betroffenen zu entsprechen. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger zu einer gemeinsamen Qualitätssicherung verpflichtet, die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vorbereitet werden soll.

Der Städte- und Gemeindebund NRW hatte bereits im Vorfeld die Zielsetzung des neuen Gesetzes begrüßt. Allerdings gaben bestimmte Neuerungen Anlass zu Kritik. Aus kommunaler Sicht haben vor allem die Änderungen des SGB VIII und des BSHG erhebliche Auswirkungen auf die derzeitige Praxis.

■ Neuer Behindertenbegriff

In § 2 SGB IX wurde eine Definition des Behindertenbegriffs eingeführt. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher eine Teilhabe am ge-

DIE AUTOREN

Horst-Heinrich Gerbrand ist Hauptreferent für Jugend, Soziales und Gesundheit beim Städte- und Gemeindebund NRW, **Verena Weyrauch** ist dort Rechtsreferendarin



Neues SGB IX: Chancengleichheit bedeutet auch den freien Zugang Behindertener zu moderner Kommunikationstechnik

Foto: LWL

sellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist. Sie sind von einer Behinderung bedroht, wenn diese Beeinträchtigung nach fachlicher Erkenntnis zu erwarten ist.

Diese Definition ist eine Antwort auf die - innerhalb der Weltgesundheitsorganisation geführte - Diskussion um eine Weiterentwicklung der internationalen Klassifikation. Diese soll das Ziel der Teilnahme an der Gesellschaft in den Vordergrund rücken. Unter dem für „das jeweilige Lebensalter untypischen Zustand“ ist der

Verlust oder die Beeinträchtigung von - normalerweise vorhandenen - körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder seelischer Gesundheit zu verstehen.

Die Übernahme dieser neuen Definition im SGB VIII und im BSHG (§ 35a SGB VIII; § 39 BSHG), die allein schon ein „Abweichen vom für das Lebensalter typischen Zustand“ zur Bedingung von Behinderung macht, ist aus kommunaler Sicht problematisch. Sie könnte zu einer unkalkulierbaren - und nicht sachgerechten - Ausweitung der Zahl der als behindert geltenden Menschen im Bereich der Sozial- und Jugendhilfe führen.

Mehr Rehabilitationsträger

Eine wesentliche und äußerst umstrittene Änderung stellt die Einbeziehung der Sozialhilfeträger und der Träger der Jugendhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger dar. Diese Vorschrift ist in die Kritik geraten, da die Träger der Sozial- und Jugendhilfe ihre Leistungen im Gegensatz zu den übrigen Rehabilitationsträgern nicht nach Versicherungs-, sondern nach Fürsorgeprinzipien erbringen: individuell, bedarfsgerecht, nachrangig und unter Berücksichtigung der Bedürftigkeit. Auf besondere Bedenken bei den Kommunen stößt zudem die Gewährung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsleistungen einschließlich des Besuchs von Werkstätten für Behinderte - unabhängig von der Bedürftigkeit.

Nach § 7 SGB IX richten sich Zuständigkeit und Leistungsvoraussetzungen auch künftig nach den speziellen Rechtsvorschriften des jeweiligen Rehabilitationsträgers. Art, Umfang und Ausführung der Leistung sind nun jedoch für alle Rehabilitationsträger einheitlich im SGB IX geregelt - es sei denn, in den Spezialgesetzen sind abweichende Regelungen getroffen. Das bedeutet für die Träger der Sozialhilfe, dass das BSHG Vorrang vor dem SGB IX hat.

Dies wirkt sich zum einen auf das

Gehörlose werden mit der Hilfe von Gebärdensprach-Dolmetschern in das Arbeitsleben integriert



Foto: LWL

Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen aus. Zum anderen gilt damit auch weiterhin der Nachrang-Grundsatz der Sozialhilfe, der in §§ 2, 39 V BSHG seinen Niederschlag gefunden hat. Träger der Sozialhilfe müssen keine Eingliederungshilfe erbringen, wenn gegenüber einem anderen Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX Anspruch auf die gleiche Leistung besteht.

Gemeinsame Service-Stellen

Nach §§ 22 ff SGB IX sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte gemeinsame Servicestellen einzurichten, welche behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Menschen als Anlaufstelle dienen. Diese sind barrierefrei zu gestalten sowie mit qualifiziertem Personal und ausreichend Sachmitteln auszustatten, damit Wartezeiten in der Regel vermieden werden. Die Servicestellen sollen die Leistungsberechtigten sowie ihre Betreuer oder Vertrauenspersonen umfassend beraten und unterstützen.

Aufgabe der Servicestellen ist es somit, Informationen über Leistungen und deren Voraussetzungen weiterzugeben, den zuständigen Rehabilitationsträger zu ermitteln sowie Bedarf, Mitwirkungspflichten oder die Notwendigkeit von Gutachten zu klären. Des Weiteren haben sie Hilfe bei der Antragstellung zu leisten, begleiten die Betroffenen während des Verfahrens bis zur Entscheidung und sind Ansprechpartner während der Leistungsphase. Eine Entscheidungskompetenz besitzen sie nicht.

Für die Leistungsberechtigten und ihre Betreuer oder Angehörigen besteht keine Verpflichtung, die gemeinsamen Servicestellen in Anspruch zu nehmen. Sie können

sich auch weiterhin direkt an die - aus ihrer Sicht zuständigen - Rehabilitationsträger wenden. Da es sich bei den Servicestellen um neuartige Einrichtungen handelt, muss in regelmäßigen Abständen geprüft werden, ob sie den Anforderungen gerecht werden oder ob unter Umständen Verbesserungen vorzunehmen sind. Nach § 24 SGB IX muss daher jede Servicestelle alle drei Jahre einen umfassenden Bericht vorlegen.

Durch die Service- und Beratungsstellen sollen Kompetenz-Konflikte vermieden werden, was grundsätzlich zu begrüßen ist. Organisatorisch, personell und finanziell stellt sich ihre Errichtung jedoch als äußerst schwierig dar. Der Städte- und Gemeindebund NRW hat sich für eine zügige Einrichtung gemeinsamer Servicestellen ausgesprochen. Beim Aufbau einer Auskunft- und Beratungsstruktur sollen die Kommunen maßgeblich beteiligt werden. In einem Eckpunktepapier fordern die drei kommunalen Spitzenverbände und die beiden Landschaftsverbände in NRW:

- objektive und trägerübergreifende Beratung
- Durchführung von Modellprojekten sowie finanzielle und wissenschaftliche Begleitung durch das Land Nordrhein-Westfalen
- angemessene Beteiligung der Sozial- und Jugendhilfeträger beim Aufbau ortsnaher Servicestellen
- Nutzung bestehender Strukturen wie kommunale Bürgerbüros, Bürger-Serviczentren und ähnliches

Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen

Nach § 9 SGB IX haben die Leistungsberechtigten ein Wunsch- und Wahlrecht bei



Foto: Europäische Kommission

Besonders geistig behinderte Menschen benötigen passgenaue Hilfe und Förderung

der Ausführung der Leistungen. Die persönliche Situation des Betroffenen, seine Familie sowie seine religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse sollen stärker Berücksichtigung finden. Die Leistungsberechtigten können eine Sachleistung, wenn sie nicht in einer Rehabilitationseinrichtung ausgeführt werden kann, als Geldleistung in Anspruch nehmen. Bedingung ist, dass diese in der Wirksamkeit der Sachleistung entspricht und zumindest gleich wirtschaftlich ist.

Nach § 17 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 2 u. 3 SGB IX besteht die Möglichkeit, Teilhabe-Leistungen in Form eines persönlichen Budgets selbst einzukaufen. Da mit dieser Leistungsform noch keine Erfahrung besteht, sollen die Rehabilitationsträger dies in Modellvorhaben erproben.

Im Zusammenhang mit dem Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen wird die Vorrangfunktion des BSHG vor dem SGB IX deutlich. Nach dem SGB IX müssen die Wünsche lediglich berechtigt, nicht mehr angemessen sein. Allerdings steht nach § 3 BSHG das Wahlrecht des Betroffenen unter dem Vorbehalt, dass nicht unverhältnismäßige Mehrkosten entstehen dürfen.

Zuständigkeitsklärung und Fristen

Streitigkeiten über Zuständigkeit - einschließlich der vorläufigen Leistungserbringung bei ungeklärter Zuständigkeit oder bei Eilbedürftigkeit - sollen nicht mehr zu Lasten der behinderten Menschen, der Schnelligkeit oder Qualität der Leistungserbringung gehen. Daher enthält § 14 SGB IX eine neue Regelung. Der Rehabilitationsträger muss innerhalb von zwei Wochen feststellen, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist.

Hält der Rehabilitationsträger sich selbst für zuständig, entscheidet er unverzüglich über den Rehabilitationsbedarf. Dies muss in Fällen, in denen kein Gutachten erforderlich ist, innerhalb von drei Wochen geschehen. Ist für die Entscheidung ein Gutachten notwendig, muss der Rehabilitationsträger den AntragstellerInnen mindestens drei Sachverständige in der Nähe des Wohnorts nennen, bei denen keine Zugangs- und Kommunikationshemmnisse bestehen.

FAZIT

FERNZIEL GLEICHSTELLUNG

Da mit der Schaffung des SGB IX das Behinderetenrecht noch nicht abschließend geregelt ist, arbeitet die Bundesregierung derzeit an einem sogenannten Gleichstellungsgesetz für behinderte Menschen. Schwerpunkt soll die Herstellung barrierefrei gestalteter Lebensbereiche sein. Behinderten Menschen soll es möglich gemacht werden, bauliche Anlagen, Verkehrsmittel, Gebrauchsgegenstände oder Kommunikationseinrichtungen in der allgemein üblichen Weise - ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe - zu nutzen. Somit hätte dieses Gesetz auch Auswirkungen auf die durch das SGB IX bisher unangetasteten Landesgesetze. Die Zielsetzung des Gesetzes, allen Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen, ist uneingeschränkt zu begrüßen. Aus kommunaler Sicht muss allerdings sichergestellt werden, dass der Bund für Leistungsverbesserungen, die von den Kommunen auf der örtlichen Ebene umzusetzen sind, eine ausreichende Finanzierung gewährt.

Falls der Antragsteller oder die Antragstellerin einen Sachverständigen bevorzugt, ist diesem Wunsch zu entsprechen. Das Gutachten muss innerhalb von zwei Wochen erstellt werden, und der Rehabilitationsträger muss innerhalb von weiteren zwei Wochen eine Entscheidung treffen.

Falls der Rehabilitationsträger nicht zuständig ist, leitet er den Antrag an den - seiner Einschätzung nach zuständigen - Rehabilitationsträger weiter. Über das weitere Vorgehen enthält das Gesetz keine Regelung. Da im Sinne des Gesetzgebers ein Zuständigkeitsstreit zu Lasten der Betroffenen vermieden werden soll, ist eine Auslegung zwingend nötig - in dem Sinne, dass der als zweiter angesprochene Rehabilitationsträger nun eine Entscheidung fällen muss, auch wenn er sich für nicht zuständig hält. Er kann nur dann die Leistung verweigern, wenn kein Rehabilitationsträger die beantragte Leistung zu erbringen hat.

Gemeinsame Empfehlungen

Nach § 13 SGB IX vereinbaren die Rehabilitationsträger - mit Ausnahme der Träger der Sozial- und Jugendhilfe - gemeinsame Empfehlungen, mit denen etwa die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Rehabilitationsträger sichergestellt werden sollen. Diese Empfehlungen werden unter Beteiligung der Behinderten-, Selbsthilfe- und Wohlfahrtsverbände sowie der Spitzenverbände der Leistungserbringer erstellt. Ebenfalls sind die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Bundesarbeitsgemeinschaften der überörtlichen Sozialhilfeträger, der Landesjugendämter und der Integrationsämter daran beteiligt. Die Träger der Sozial- und Jugendhilfe orientieren sich an den Empfehlungen oder können diesen beitreten.

Verbandsklagerecht

Mit § 63 SGB IX wird ein Verbandsklagerecht der Selbsthilfe-Verbände eingeführt, falls behinderte Menschen in ihren Rechten aus SGB IX verletzt werden. Voraussetzung ist, dass mindestens ein behinderter Mensch in einem seiner Rechte aus dem SGB IX verletzt ist, dieser sich mit der Klage einverstanden erklärt und alle Voraussetzungen für ein Verfahren - wie bei einem Rechtsschutz-Ersuchen durch den behinderten Menschen selbst - vorliegen. ●

Streit um das passende Symbol

◀ Vor Ort akzeptiert, auswärts in der Kritik: das Stolberger Mahnmal für die Opfer des Nazi-Terrors 1933-45

mit zehnjähriger Verspätung in voller Größe gebaut werden sollte, brandete eine Welle des Gemeinsinns auf. BürgerInnen sammelten Geld, Firmen spendeten Material, selbst über den Standort - das nahe der Innenstadt gelegene Industriemuseum Zinkhütter Hof - war man sich rasch einig. Die feierliche Einweihung wurde auf den 20. Juli - Jahrestag des Aufstandes gegen das Hitler-Regime - gelegt.

mit zehnjähriger Verspätung in voller Größe gebaut werden sollte, brandete eine Welle des Gemeinsinns auf. BürgerInnen sammelten Geld, Firmen spendeten Material, selbst über den Standort - das nahe der Innenstadt gelegene Industriemuseum Zinkhütter Hof - war man sich rasch einig. Die feierliche Einweihung wurde auf den 20. Juli - Jahrestag des Aufstandes gegen das Hitler-Regime - gelegt.

■ KRITIK VOM ZENTRALVERBAND

Doch in diese Stunde des Gedenkens und Erinnerns platzte ein Missklang. Paul Spiegel, Vorsitzender des Zentralrates der Juden in Deutschland, kritisierte das Objekt als „Zumutung für alle Opfer des Holocaust und die Überlebenden“. Erfahren hatte er davon mehr durch Zufall. Eine Stolbergerin, früher Sachkundige Bürgerin in einem Ratsausschuss, hatte Spiegel die Hauspostille eines Stolberger Kaufhauses geschickt. Darin war ausgerechnet die Sammel-Aktion für

das Mahnmal als „Spende des Monats“ beschrieben worden.

Für die Aktiven in Stolberg kam diese Kritik völlig überraschend. Denn das Mahnmal war bereits an Pfingsten anlässlich des Internationalen Schmiede-Kongresses aufgestellt worden. „Da waren viele Teilnehmer aus Osteuropa, die haben keinen Anstoß daran genommen“, erinnert sich Bürgermeister Hans-Josef Sieberts. Auch die örtlichen Medien hätten den Prozess über die ganze Zeit positiv begleitet. Noch unmittelbar vor der Einweihung habe er dem Zentralrats-Präsidenten Spiegel einen „Dialog über die unterschiedlichen Interpretationen“ angeboten. Ein solches Gespräch sei aber erst Ende Juli vor Ort zustande gekommen.

Dass Spiegel an der Gestaltung des Mahnmals Anstoß nahm und den Standort monierte, können viele StolbergerInnen nicht nachvollziehen. Das Mahnmal, kaum mehr als zwei Meter hoch, steht auf einem Rasenplatz rechts vor der ehemaligen Direktorenvilla auf dem Gelände der Zinkhütte. Weder Position noch Größe im Verhältnis zu den umgebenden Bauten heben das Gebilde aus Eisenstangen besonders hervor. Auch - so macht Bürgermeister Siebertz geltend -, sei das eigentliche Hakenkreuz nur aus einer Richtung zu erkennen, und dies sei nicht die Hauptblickachse.

Das mit breiter Zustimmung der Bürgerschaft in Stolberg errichtete Mahnmal für die Opfer der Nazi-Herrschaft stieß beim Zentralverband der Juden in Deutschland auf Kritik - die Inschrift wurde daraufhin konkreter gefasst

Wer nach Stolberg kommt, bemerkt sofort: Hier lebt Metall. Fast an jeder Ecke steht eine alte Stanze oder ein Kunstwerk - die einen graugrün lackiert, die anderen maleirisch von Rost überzogen. Die 60.000-Einwohner-Stadt am Nordrand der Eifel ist durch Zink und Kupfer groß geworden und verfügt heute noch über mehrere Tausend Arbeitsplätze in Gießereien und Maschinenfabriken.

Wen wundert es, dass ein Stolberger Künstler zum Schweißbrenner greift, wenn eine besonders heikle Aufgabe ansteht: Ein Mahnmal für die Opfer des Nationalsozialismus zu schaffen. Die Idee liegt schon Jahre zurück. Bereits 1991 forderte der Hauptausschuss des Stolberger Rates einen Entwurf von dem ortsansässigen Kunstschmied Matthias Peters. Der wählte damals zwei Motive, die sich bei dem Gedanken an Nazi-Terror anbieten, wenn nicht gar aufdrängen: Hakenkreuz und Stacheldraht.

Als das kaum 20 Zentimeter hohe Modell

DURCHREISENDE AUFGEPASST

Warum soll ein suggestives Signet mit griffiger Botschaft zwischen Buchdeckeln versauern? Die Stadt Dinslaken schmückt damit sogar triste Hochhauswände. Wer mit der Bahn von Emmerich nach Duisburg reist, wird dieses weiß-rote Oval nicht übersehen. Wer dazuhin noch in Dinslaken Station macht, kann den Wahlspruch der Bergbaustadt am Niederrhein gleich auf seinen Wahrheitsgehalt überprüfen: „Dinslaken ... macht Laune“.



Foto: Lehrer

„Kritik nicht gerechtfertigt“

Über die Auseinandersetzung um das Stolberger Mahnmal für die Opfer der Nazi-Herrschaft 1933-45 sprach STÄDTE- UND GEMEINDERAT mit Bürgermeister Hans-Josef Siebertz

? *Städte- und Gemeinderat: Wie stehen Sie persönlich zu dem Mahnmal?*

Hans-Josef Siebertz: Ich stehe zu dem Mahnmal sehr positiv, weil es meines Erachtens ein Mahnmal ist, das auch in die Zukunft weist und den Menschen



Vielschichtiges Urteil: Bürgermeister Siebertz bei der Durchsicht der Zuschriften und Zeitungsnutzen

hier in Stolberg die Möglichkeit gibt, sich mit der Geschichte des Nationalsozialismus zu beschäftigen.

? *Die Stadt Stolberg und die Verantwortlichen sind wegen des Mahnmals heftig angegriffen worden - zu Recht?*

Siebertz: Ich halte die Kritik nicht für gerechtfertigt. Die Reaktionen haben uns gezeigt, dass vor allem in der näheren Region, aber auch über die Region hinaus, das Mahnmal in seiner Aussagekraft positiv bewertet wird.

? *Der Streit um das Mahnmal hat die Stadt Stolberg in die Schlagzeilen gebracht - mit welchen Folgen?*

Siebertz: Ich bin der Überzeugung, dass es überwiegend ein positiver Effekt ist. Ich habe Menschen hier getroffen in den letzten Monaten, die extra nach Stolberg gereist sind, um sich persönlich ein Bild von dem Mahnmal zu machen - und die Reaktionen waren positiv.

? *Was konnte die Stadt tun, um die Diskussion zu versachlichen?*

Siebertz: Wir haben immer wieder deutlich gemacht, dass dieses Mahnmal eine Geschichte hat, die Anfang der 1990-er Jahre begonnen hat. Dass es das Wirken und Wollen von Stolberger BürgerInnen war, eine ausdrucksstarke Form zu finden, um der Opfer der Gewalt zu gedenken, aber auf der anderen Seite zu mahnen, dass so etwas Schreckliches nie mehr passieren darf.

? *Gibt es angesichts der massiven Einwände einen Impuls, „So etwas machen wir nicht wieder“?*

Siebertz: Sicherlich war diese bundesweite Diskussion, ausgelöst durch die Kritik von Paul Spiegel, für uns überraschend. Aber es sollte uns nicht - und dafür haben wir gute Beispiele - davon abhalten, unsere Geschichte aufzuarbeiten.

? *Hat das Bürger-Engagement durch die Diskussion um das Mahnmal Schaden genommen?*

Siebertz: Ich bin der Überzeugung, dass das Bürger-Engagement keinen Schaden genommen hat. Eher geht es in die Richtung, dass man sich mehr mit der eigenen Geschichte beschäftigt - auch auf einen regionalen Raum wie Stolberg begrenzt. Wir wissen alle: Geschichte und Geschichtsbewusstsein beginnt vor Ort.

Die Fragen stellte Martin Lehrer

■ KÜNSTLERISCHE VORBILDER

Künstler Peters, Initiator Matthias Breuer und Bürgermeister Siebertz berufen sich zudem auf Vorbilder für diesen Entwurf. Breuer will beim Besuch der Holocaust-Gedenkstätte Yad Vaschem in Israel etwas Vergleichbares gesehen haben. Siebertz verweist auch auf einen Bericht von der Kunstschau documenta VII in Kassel 1982. Dort sei bereits ein „Hakenkreuz aus Cola-Dosen und Stacheldraht“ gezeigt worden.

Den Standort halten viele in Stolberg für symbolträchtig. Denn just an dieser Stelle



Vom Metall geprägt: Skulpturen und alte Maschinen finden sich vielerorts in der Stolberger Innenstadt

- unmittelbar auf dem Gelände der Zinkhütte - befand sich bis 1945 ein Zwangsarbeiter-Lager. Bis vor kurzem war das Wissen über dieses Kapitel der Nazi-Herrschaft in Stolberg äußerst lückenhaft. Doch nun sponsert ein örtliches Unternehmen eine Diplomarbeit zur Zwangsarbeit in Stolberg und will Überlebende zum Besuch einladen.

Die Auseinandersetzung um das Mahnmal hat der Stadt einen ganzen Ordner von Zuschriften beschert - „überwiegende positive“, wie Stadtoberhaupt Siebertz erleichtert feststellt. Dennoch bleibe ein „bitterer Nachgeschmack“. Viele Menschen, die sich mit hehren Absichten engagiert hätten, fragten sich nun: „Darf man denn gar nichts mehr machen?“

Für die von Paul Spiegel beanstandete Unbestimmtheit der Inschrift „Den Opfern der Gewalt 1933-1945“ sei inzwischen eine Lösung gefunden worden. So heißt es jetzt konkret „Den Opfern des Nazi-Terrors“. Zusätzlich werden nun auf einer separaten Tafel einzelne Gruppen von Opfern genannt: „Sozialdemokraten, Zwangsarbeiter, Sinti, Roma, Gewerkschafter, katholische Priester, Kommunisten, Juden, zivile Kriegstote, Opfer der Euthanasie“. (mle)

Kontrolle von Verkehrsschildern

Dem hinsichtlich eines Verkehrsschildes Verkehrssicherungspflichtigen obliegt gemäß § 836 Abs. 1 Satz 2 BGB der Nachweis, die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beachtet zu haben. Der Nachweis kann durch eine entsprechende Dokumentation der Kontrollen in einem Kontrollbuch erbracht werden.

Die Sichtkontrolle aus dem fahrenden Dienstwagen reicht nicht aus, wenn der Kontrolleur sich nicht sicher ist, ob das Schild aufgrund seines Erscheinungsbildes in Ordnung ist. Bei dem geringsten Anzeichen für die Gefahr des Umstürzens eines Verkehrszeichens muß das Tragerohr untersucht und ggf. ausgetauscht werden (nichtamtliche Leitsätze).

LG Hagen, Urteil vom 29.01.2001 - Az.: 4 O 387/00 -

Der Ehemann der Klägerin parkte das der Klägerin gehörende KFZ neben einem 3,50 m langen verzinkten Rohr, an dessen Spitze ein Verkehrszeichen angebracht war. Während des Parkens knickte das Rohr um und fiel auf das Fahrzeug, wodurch insgesamt ein Schaden von ca. 5.500,- DM entstanden war. Die Kommune stellte fest, dass das verzinkte Rohr im Erdboden durchgerostet und abgebrochen war. Die Klägerin behauptet, das Rohr habe bereits seit etwa 3-4 Monaten vor dem Schadensereignis wiederholt schräg gestanden und nur lose im Erdreich gesteckt. Die verkehrssicherungspflichtige Kommune sei ihren regelmäßigen Kontrollpflichtigen nicht nachgekommen.

Die beklagte Kommune behauptete, das Rohr sei ordnungsgemäß in einem Betonfundament befestigt gewesen. Die Durchrostung sei nur möglich gewesen, weil die Verzinkung durch Fremdeinwirkung beschädigt war. Die in der Stadt aufgestellten Verkehrszeichen würden alle 3-4 Wochen kontrolliert. Bei der letzten Kontrolle ca. 1 Woche vor dem Schadenfall sei das Schild aus dem fahrenden Auto besichtigt worden, wobei eine Beschädigung nicht festgestellt worden sei. Eine Rüttelprobe sei bei verzinkten Rohren nicht erforderlich.

Das Gericht hat der Klage in vollem Umfang stattgegeben. Die Kommune haftet aus §§ 836, 837 BGB und wegen der Verletzung der ihr obliegenden Verkehrssicherungspflicht. Als Straßenbaulastträger sei sie gemäß §§ 9a, 47 StrWG NRW in Verbindung mit § 45 Abs. 5 STVO als auch gemäß §§ 836, 837 BGB für das aufgestellte Verkehrschild verkehrssicherungspflichtig. Dabei handele es sich um ein mit dem Grundstück verbundenes Werk, da es nach eigenem Vortrag der Beklagten im Erdreich einbetoniert war. Das Verkehrsschild sei nach Auffassung des Gerichtes unstreitig so schadhafte gewesen, dass es am Schadenstag ohne zusätzlichen äußeren Anlaß abbrach. Dies sei Folge der mangelhaften Unterhaltung.

Die Kommune habe den ihr obliegenden Nachweis, die im Verkehr erforderliche Sorgfalt zur Abwendung von Umsturzgefahren beachtet zu haben, nicht erbracht. Das Gericht konnte sich nicht davon überzeugen, dass die Kontrollen mit der

notwendigen Sorgfalt ausgeführt wurden. Gerade bei Verkehrsschildern seien höchste Anforderungen an die Befestigung und Überwachung zu stellen. Die Sichtkontrolle aus dem fahrenden Dienstwagen entsprach unter diesen Umständen nicht den Anforderungen an die üblichen Sorgfaltspflichten, gerade weil der Straßenkontrolleur aufgrund seiner Beobachtungen und Dokumentation nicht ausschließen konnte, dass das Verkehrsschild bei dieser Kontrolle bereits schief stand.

Entweder habe der Kontrolleur die Sichtkontrolle nicht sorgfältig durchgeführt oder er habe eine aufgrund der Schiefstellung erforderliche ge-

naue Überprüfung unterlassen. In jedem Falle liege eine fahrlässige Verletzung der Unterhalts- oder Überwachungspflicht vor, die für das Schadenereignis ursächlich gewesen sei. Die Kommune habe bereits bei geringsten Anzeichen für die Gefahr des Umstürzens die Schilderbefestigung zu untersuchen und notfalls auszutauschen.

Ein Mitverschulden des Ehemanns der Klägerin wurde ausgeschlossen, weil diesem unwiederlegt die Schiefstellung des Verkehrszeichens beim Abstellen des Fahrzeuges aufgrund der Dunkelheit nicht bekannt war und er sie auch nicht bemerken mußte.

Zuständigkeit für das Straßenwesen

Die im Zuge des so genannten Zweiten Modernisierungsgesetzes erfolgte Übertragung der Zuständigkeiten für das Straßenwesen von den Landschaftsverbänden auf das Land ist verfassungsgemäß (nichtamtlicher Leitsatz).

VerfGH NRW, Urteil vom 26. Juni 2001 - Az.: VerfGH 28, 30/00 -

Dies hat der nordrhein-westfälische Verfassungsgerichtshof (VerfGH NRW) entschieden und damit die Verfassungsbeschwerden der beiden Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe gegen Vorschriften des Zweiten Modernisierungsgesetzes abgewiesen.

Mit ihren Verfassungsbeschwerden hatten sich die Landschaftsverbände gegen die Übertragung der bislang von ihnen wahrgenommenen Aufgaben im Bereich des Straßenwesens (u.a. Bau und Unterhaltung der Landesstraßen) auf das Land gewandt; darin liege ein Eingriff in ihr Selbstverwaltungsrecht. Ferner sei verfassungswidrig, dass das gesamte dem Straßenbau dienende Vermögen von den Landschaftsverbänden kraft Gesetzes auf das Land übergegangen sei, ohne dass eine Entschädigung oder ein Ausgleich für die entstandenen Schulden vorgesehen sei.

Zur Begründung führt der VerfGH NRW aus:

Die Landschaftsverbände seien zwar befugt, Verfassungsbeschwerden zu erheben; denn sie seien „Gemeindeverbände“ im Sinne der landesverfassungsrechtlichen Regelung über die kommunale Selbstverwaltung (Art. 78 LV NRW). Die Verfassungsbeschwerden seien jedoch unbegründet. Die Übertragung der Zuständigkeit insbesondere für den Landesstraßenbau von den Landschaftsverbänden auf das Land sei verfassungsgemäß. Die kommunale Selbstverwaltungsgarantie (Art. 78 LV NRW) könne allenfalls vor dem Entzug kom-

munaler Angelegenheiten schützen. Bei der Einschätzung, ob eine Aufgabe eine kommunale Angelegenheit sei, komme dem Gesetzgeber ein Spielraum zu. Angesichts der Bedeutung der Landesstraßen sei es vertretbar, dass der Gesetzgeber den Landesstraßenbau nicht als kommunale Angelegenheit, sondern als eine des Landes qualifiziert habe.

Auch der Übergang des der Landesstraßenbauverwaltung dienenden Vermögens von den Landschaftsverbänden auf das Land ohne Gewährung einer Entschädigung oder eines Schuldenausgleichs im Zweiten Modernisierungsgesetz verstoße nicht gegen die Finanz- oder Organisationshoheit der Landschaftsverbände. In Übereinstimmung mit einer langen Rechts tradition sei es sachgerecht, dass mit dem Übergang einer Verwaltungsaufgabe auch das zugehörige Verwaltungsvermögen unentgeltlich übergehe.

Versammlung im Sinne des Grundgesetzes

Ein Stadtlauf von Inline-Skatern ist keine Versammlung im Sinne von Artikel 8 GG (nichtamtlicher Leitsatz).

Beschluß des OVG NRW vom 26. Juli 2001 - Az.: 5 B 984/01 -

Der für den 26. Juli 2001 in Düsseldorf geplante Stadtlauf von Inline-

Skatern ist keine Versammlung im Sinne von Art. 8 GG. Diese bereits vom Verwaltungsgericht Düsseldorf vorgenommene Bewertung hat das Oberverwaltungsgericht durch Beschluss bestätigt. Zur Begründung weist das Oberverwaltungsgericht darauf hin, dass die Veranstaltung nach ihrem Gesamtgepräge von der sportlichen Betätigung der Inline-Skater im Rahmen des geplanten Stadtlaufs bestimmt werde und in aller erster Linie auf Spaß und Unterhaltung ausgerichtet sei. Der für eine Versammlung im Sinne des Grundgesetzes maßgebliche Aspekt der Meinungskundgabe trete dabei vollkommen in den Hintergrund.



GERICHT
IN KÜRZE

zusammengestellt von
Rechtsreferent
Andreas Wohland, StGB NRW

Kommunale Beschäftigte als Ratsmitglieder

Der Leiter eines städtischen Bauhofs mit 30 Mitarbeitern ist nach der Verkehrsanschauung als Angestellter anzusehen und somit gemäß § 29 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a GO BaWü (§ 13 Abs. 1 a KWahlG NRW) gehindert, Mitglied des Gemeinderates zu sein (nichtamtlicher Leitsatz).

VG Freiburg, Beschluss vom 26. Juni 2001 - Az.: 9 K 875/01 -

Nach Art. 137 des Grundgesetzes könne die Wählbarkeit u.a. von Beamten und Angestellten des öffentlichen Dienstes in den Ländern und den Gemeinden gesetzlich beschränkt werden.

Dieser Ermächtigung entspreche § 29 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a) GO BaWü (bzw. § 13 Abs. 1 a) KWahlG NRW), wonach Beamte und Angestellte der Gemeinde nicht Gemeinderäte sein können.

Der Leiter des städtischen Bauhofs ist im vorliegenden Fall nach Auffassung des Gerichts Angestellter der Stadt und nicht etwa Arbeiter. Ihm sind insgesamt 30 Mitarbeiter untergeordnet. Er koordiniert die Arbeitseinteilung und kontrolliert den Arbeitsablauf. Außerdem ist er für die Auftragsabwicklung incl. der Überwachung von Tätigkeiten von Privatunternehmern zuständig. Anschaffungen für den laufenden Betrieb tätigt er selbständig. Unter diesen Umständen bestehe, so das Gericht, kein Zweifel daran, dass er nach der Verkehrsanschauung als möglicherweise sogar leitender Angestellter anzusehen sei. ●

Stadt Haltern bald mit Namenszusatz

Haltern - Die 37.000-Einwohner-Stadt Haltern und ihre BürgerInnen können sich freuen. Voraussichtlich ab 1. Dezember diesen Jahres darf sich die Kommune offiziell „Haltern am See“ nennen. Dies hat die Bezirksregierung Münster dem Halterner Bürgermeister Josef Schmergal mitgeteilt, nachdem NRW-Innenminister Dr. Fritz Behrens der Namensgebung zugestimmt hatte. Einen ähnlichen Namenszusatz trägt bereits die Stadt Monheim am Rhein.

ZEICHEN ÖFFENTLICHER TRAUER



Foto: LWL

An vielen Straßen im Land finden sich **Unfallkreuze** (Foto). Jedes von ihnen weist auf ein tragisches Schicksal hin, ist Ausdruck der Trauer vieler Angehöriger. Mehr als 250 Unfallkreuze hat die Volkskundlerin Dr. Christine Aka im Auftrag des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) während zweier Jahre in Westfalen-Lippe lokalisiert. Ebenso hat sie die Hintergründe erforscht und mit Angehörigen gesprochen. Der Großteil der mit Blumen, Briefen und Kuscheltieren individuell gestalteten Unfallkreuze erinnert an junge Menschen und wird auch von jungen Leuten - meist Freunde der Toten - aufgestellt. Bekanntlich kommen durch riskante Fahrweise überdurchschnittlich viele junge Menschen zwischen 18 und 30 Jahren im Straßenverkehr ums Leben.

IMPRESSUM



STÄDTE- UND GEMEINDERAT

Die Fachzeitschrift für Kommunal- und Landespolitik in Nordrhein-Westfalen

Herausgeber

Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen
Kaiserswerther Straße 199-201
40474 Düsseldorf
Telefon 0211/45 87-1
Fax 0211/45 87-211
www.nwstgb.de

Hauptschriftleitung

Hauptgeschäftsführer
Friedrich Wilhelm Heinrichs

Redaktion

Martin Lehrer M. A. (Leitung)
Telefon 0211/45 87-2 30
E-Mail: redaktion@nwstgb.de
Barbara Baltsch

Anzeigenabwicklung

Krammer Verlag Düsseldorf AG
Hermannstraße 3 • 40233 Düsseldorf
Telefon 0211/9149-4 03
Fax 0211/9149-4 50

Layout

Krammer Verlag Düsseldorf AG

Druck

Druckservice H. Schübel
Theodor-Heuss-Straße 15
45711 Datteln

Gedruckt auf
chlorfrei gebleichtem Papier

Die Zeitschrift erscheint monatlich. Das Einzelheft kostet 9,- DM. Ein Jahresabonnement kostet einschließlich Inhaltsverzeichnis 96,- DM. Die Bezugsgebühren werden im dritten Quartal des Kalenderjahres durch besondere Rechnung eingezogen. Bestellungen nur beim Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen, 40474 Düsseldorf, Kaiserswerther Straße 199-201. Abbestellungen sind nur zum Ende eines Kalenderjahres möglich. Kein Buchhandelsrabatt. Die mit dem Namen des Verfassers veröffentlichten Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder. Nachdruck nur mit Genehmigung der Schriftleitung.

ISSN 0342 - 6106



THEMENSCHWERPUNKT
DEZEMBER
VERSICHERUNGEN