

50

impulse

Impulse online.
Sie finden den Newsletter auch auf
unserer Homepage. Seit der Nummer 33
sind alle Ausgaben auch online verfügbar.
Besuchen Sie uns im Netz: www.gesundheit-nds.de

Newsletter zur Gesundheitsförderung

1. Quartal 2006/März
ISSN 1438-6666

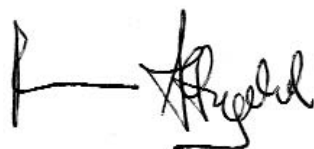
Landesvereinigung
für Gesundheit
Niedersachsen e. V.

Durch einen gesunden Lebensbeginn werden entscheidende Weichenstellungen für den gesamten Lebensverlauf vorgenommen. Dabei geht es nicht nur um eine normal verlaufende Schwangerschaft oder Geburt, sondern auch um eine erfolgreiche Beziehungsaufnahme zu dem Säugling und umfassende Förderung der frühen Entwicklung. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die erste Lebensphase haben sich enorm verbreitert in dem letzten Jahrzehnt, ohne dass diese bereits nachhaltig in die Ausbildung von Professionellen, die für die Geburt und die Betreuung während der ersten Lebensjahre zuständig sind, Eingang gefunden hätten. Auch in der Elternbildung und Familienpolitik werden erst langsam Strukturen so verändert, dass Elternschaft wieder attraktiver und eine gesunde Entwicklung von Kindern wahrscheinlicher wird.

Dieses Heft vereint sowohl Beiträge über die Förderung und Bedingungen von Gesundheit im Säuglings- und frühen Kindesalter, als auch eine Kritik an der momentanen Organisation der Schwangerenvorsorge sowie Trends rund um die Geburt selbst. Darüber hinaus wird ein Blick auf die sozialen und politischen Rahmenbedingungen geworfen, die Elternzeit aufwerten und Familien früh fördern. Dieser Blick richtet sich nach Skandinavien, wo die Rahmenbedingungen für Familien und Bildung sehr viel erfolgreicher ausgestaltet wurden als dies bislang in Deutschland möglich war.

Sie halten heute die fünfzigste impulse-Ausgabe in Ihren Händen. Wir sind zwar stolz auf die erfolgreiche Herausgabe des Newsletters im mittlerweile dreizehnten Jahr mit kontinuierlich steigender Leserschaft und vielen positiven Rückmeldungen zu den einzelnen Heften, aber betreiben in diesem Heft eher business as usual. Wir hoffen jedoch, dass Sie die impulse weiterhin gerne lesen und laden sie herzlich zur Beteiligung an den nächsten Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen ein. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Wellness, Bodymodification und Kommerzialisierung‹ (Redaktionsschluss 28.04.2006) und ›Gesundheitspolitik in Zeiten der Globalisierung‹ (Redaktionsschluss 07.08.2006).

Mit freundlichen Grüßen

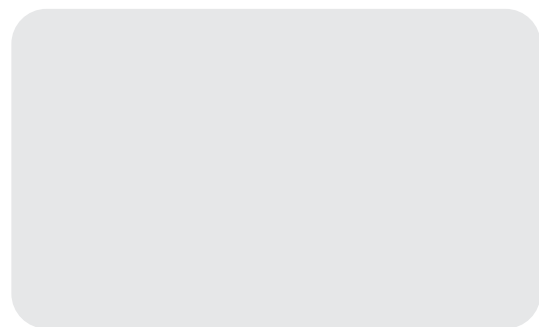


Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Fördernde Umwelt und seelische Gesundheit	2
■ Psychische Gesundheit in der frühen Kindheit	3
■ Frühkindliche Geschlechtsidentität	4
■ Schwangerschaft als Risiko oder Chance	5
■ Rauchen und Schwangerschaft	6
■ Hausgeburt und Klinikgeburt	7
■ Kaiserschnittgeburten aus der Sicht von Frauen	8
■ Elterngeld, Elternzeit – Was kann Deutschland von Schweden lernen?	9
■ NEUVOLA – nur eine Beratungsstelle?	10
■ Früher Verlust familiärer Wurzel und seelische Folgen	12
■ INES – Innovative Ernährungsberatung im Säuglingsalter	13
■ Der Hebammenkreißsaal – eine geburts- hilffliche Alternative in der Klinik	13
■ Bewusst durch die Wechseljahre	14
■ Bürokratieabbau im Arbeitsschutz	14
■ DGE-Wettbewerb ›Wer richtig isst, ist besser drauf‹	15
■ ADEBAR – Ein Storch im Stadtteil	16
■ Vom Kindergarten zum Familienzentrum	16
■ OPSTAPJE – Schritt für Schritt	18
■ Gesundheitskoffer zur Unterstützung von Kindertageseinrichtungen	18
■ Audit berufundfamilie® – Markenzeichen Familienfreundlichkeit	19
■ Mediothek	20
■ Internet	25
■ Termine	26
■ Impressum	11

Gesundheitsförderung zu Lebensbeginn



Michael Kögler

Fördernde Umwelt und seelische Gesundheit

Die bahnbrechenden wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten 15 Jahre aus den Bereichen der Neurophysiologie, der Bindungsforschung, der Säuglingsforschung, der Verhaltensbiologie und der Entwicklungspsychologie versetzen uns in die Lage, die Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung von Kindern, insbesondere ihrer seelischen Entwicklung besser zu verstehen und unsere pädagogischen und psychotherapeutischen Konzepte daran zu orientieren.

Die Hirnforschung hat uns gelehrt, dass die unvorstellbare Menge von 100 Milliarden Nervenzellen, verteilt auf einen Raum von der Größe einer Kokosnuss, weit weniger nach einem genetischen Programm miteinander verbunden sind, um zentrale Funktionen zu bewältigen wie Verarbeitung der Wahrnehmung, kognitive Aufgaben wie das Denken, Vorstellen, Erinnern, limbische Funktionen zur Steuerung der Affekte oder exekutive Funktionen wie Planung, Vorbereitung und Durchführung von Handlungen. Vielmehr sind diese Funktionen erfahrungsabhängig von der Interaktion mit der sozialen Umwelt. Dies bedeutet, dass die Qualität von Beziehungen unmittelbare Auswirkungen auf die strukturellen Ausformungen des Gehirns haben. Damit ist die kleinste seelische Einheit nicht das Individuum, sondern die Beziehung zwischen zwei oder mehreren Individuen.

Obwohl die Beziehungserfahrungen bis ins hohe Alter über Stressreaktionen in der Lage sind, privilegierte Reizleitungen im Sinne von Bahnungen des Gehirns zu verändern, ist es einleuchtend, dass gerade für das Baby die fürsorgliche und verlässliche Pflege durch die primären Bezugspersonen notwendig ist, um die bereitliegenden Nervenzellen mit ihren Fasern so zu verbinden, dass das Vertrauen in sich selbst und die Umwelt strukturell im Gehirn abgesichert ist. Winnicott betont, dass die Mutter sich in der Phase der absoluten Abhängigkeit des Babys ganz auf dessen Bedürfnisse einstellen muss, damit es ein Urvertrauen entwickeln kann, die Überzeugung, dass es lohnend ist, sich mit der Umwelt zur angemessenen Befriedigung der eigenen Bedürfnisse auseinander zu setzen. Bollas nennt die Mutter, die zu emotionaler Sicherheit führt, ein Verwandlungsobjekt: Sie verwandelt zum Beispiel den Schmerz des Hungers, den Augenblick der Leere durch die Fütterung in eine Erfahrung von Fülle. Das kleine Kind setzt die Anwesenheit der Mutter mit seiner sich entfaltenden Entwicklung gleich. Damit werden die Erfahrungen von Fürsorge und Entwicklung Teil der seelischen und biologischen Struktur eines Menschen und entscheiden darüber, wie ein Mensch in seinem weiteren Leben sich selbst und anderen begegnen kann.

Die Bindungsforschung stellt die prägende Bedeutung der frühen Beziehungen auf andere Weise dar: Ein genetisch begründetes Bedürfnis nach Bindung generiert die unverzichtbare Beziehung zu einer Bindungsperson, deren wesentliche Qualität darin besteht, Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln, indem sie sich als kompetent gegenüber den Bedürfnissen und Gefühlen, zum Beispiel Angst, des kleinen Kindes erweist. Die Qualität dieser Bindungsbeziehung entscheidet über den wissenschaftlich überprüfbareren Bindungstyp, der im Wesentlichen über das verinnerlichte Vertrauen Auskunft gibt.

Durch die Säuglingsforschung hat sich unser Bild vom eher passiven zu einem von Anfang an kompetenten Säugling (Dornes) sehr verändert. Durch sein Bedürfnis nach Kontakt, Wirkmächtigkeit und Übereinstimmung gestaltet das Baby seine Beziehungen so, dass sie oft mit dem Bild eines Tanzes verglichen wurden: Die Partner beeinflussen sich gegenseitig, stimmen sich ab, beseitigen Unstimmigkeiten durch einen improvisierten Synchronisierungsprozess, der keinem Drehbuch folgt. Sie erzeugen gemeinsam etwas Drittes als Ausdruck von Intersubjektivität, von enormer Beziehungskomplexität, die auch neue Forschungsmethoden erfordert.

Ein weiteres Ergebnis der Hirnforschung validiert diese Säuglingsbeobachtung, nämlich die Entdeckung der Spiegelneurone durch Gallese: Mit Hilfe der bildgebenden Verfahren, die es ermöglichen, den Ort von Fühlen, Wahrnehmen, Denken oder Handeln im Gehirn sichtbar zu machen, wurde deutlich, dass die zuständige Gehirnregion eines Versuchsaffen nicht nur aktiv wird, wenn er zum Beispiel eine Erdnuss ergreifen will, sondern auch, wenn der Versuchsleiter dies tut; sogar wenn er unter dem Tisch eine Erdnuss knackt. Diese Spiegelneuronen sind auch beim Menschen nachgewiesen. Sie sind die neurobiologische Grundlage für die beschriebene enge Verbindung des Babys zu seiner Mutter, aber auch für die Möglichkeit der emotionalen Teilhabe, das Verständnis füreinander im Erwachsenenleben.

Die weitere Entwicklung des Kleinkindes ist besonders von seinem Umgang mit der Realität bestimmt. Sein Gefühl im Mittelpunkt zu stehen lässt es zunächst im Sinne des Äquivalenzprinzips annehmen, Wirklichkeit sei das, was es denkt. Wenn das Kleinkind z. B. einen am Kleiderschrank hängenden Bademantel für ein Gespenst hält, dann ist es ein Gespenst. Die 'false belief-Experimente' zeigen, wie das kleine Kind noch prinzipiell von sich auf andere schließt. Das Spiel als Umgang mit zwei Realitäten markiert einen wichtigen Entwicklungsfortschritt: Im Als-Ob-Bereich kann ein Kind gleichzeitig die vorgestellte Person sein und es selbst bleiben.

Im so genannten Mentalisierungsprozess (Fonagy) erreicht das Kind etwa im vierten Lebensjahr die Fähigkeit, zwischen dem eigenen Denken und dem der anderen zu unterscheiden; es erkennt die Motive der anderen, ist fähig zur Einfühlung und zur Antizipation. Es macht sich realistische Vorstellungen von den anderen und von sich selbst, so dass die Voraussetzungen für eine angemessene Kommunikation gegeben sind.

Unsere Kenntnisse über die Bedingungen der seelischen Gesundheit haben sich wesentlich verbessert. Es wäre nützlich, wenn sie stärker von Eltern, Erzieherinnen und Erziehern sowie professionell Helfenden aufgenommen würden, um die gesunde Entwicklung von Kindern besser fördern zu können. Ein Schulfach seelische Gesundheit könnte Selbstverständlichkeit werden; schließlich wird die Gesundheits- und Familienpolitik nicht umhin können, sich diese Kenntnisse anzueignen, um geeignete Folgen abzuleiten.

Literatur beim Verfasser

DR. MICHAEL KÖGLER, *Winnicott Institut zur Förderung der Psychoanalyse bei Kindern und Jugendlichen e.V.*, Geibelstr. 104, 30173 Hannover, Tel.: (05 11) 80 04 97-0, Fax: (05 11) 80 04 97-42

Psychische Gesundheit in der frühen Kindheit

Psychische Gesundheit in der frühen Kindheit ist inzwischen nicht nur ›Thema‹ in der deutschen Fachöffentlichkeit, sondern auch die breitere Öffentlichkeit und die Politik wenden sich verstärkt diesem Themenkomplex zu. Zu dieser Entwicklung beigetragen hat u. a. sicherlich,

- dass die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, deutlich gestiegen ist,
- dass nach gesicherten Erkenntnissen psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter (vor allem Depressionen und Ängste) oft Vorläufer im Kindes- und Jugendalter haben,
- dass die Zahl der Suizide insgesamt nahezu doppelt so hoch ist wie die Zahl der Verkehrstoten,
- dass nach neueren Erkenntnissen der Neurobiologie und -physiologie Erfahrungen (und dabei vor allem emotionale Erfahrungen!) in der frühen Kindheit die strukturelle Entwicklung des kindlichen Gehirns prägen.

Die Förderung der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen nimmt im Aktionsplan für psychische Gesundheit der WHO (Helsinki, 2005) breiten Raum ein. In der Bundesrepublik hat sich die Jugendministerkonferenz im Mai 2005 einen Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugend(!)behörden zu eigen gemacht hat, in dem ebenfalls die Förderung der Gesundheit zentralen Stellenwert erhält.

In Niedersachsen wird zur Zeit die Verabschiedung eines weiteren Gesundheitsziels vorbereitet: Wenn die Gesundheitszielekonferenz im Laufe dieses Jahres zustimmt, werden landesweit unter der Überschrift ›Einen gesunden Start ins Leben fördern: Psychische Gesundheit in der frühen Kindheit‹ Anregungen gegeben und Initiativen gestartet oder unterstützt, die geeignet erscheinen, eine psychisch gesunde Entwicklung so früh wie möglich zu fördern.

Was ist eigentlich psychische Gesundheit?

Eine brauchbare Definition psychischer Gesundheit fehlt bislang. In einer schon etwas älteren Veröffentlichung (1958) stellt Marie Jahoda vor, was aus ihrer Sicht zur psychischen Gesundheit dazu gehört:

- realistische Einstellung eines Individuums zu sich selbst,
- Fähigkeit des Individuums zur Selbstverwirklichung,
- Fähigkeit zur flexiblen Identifikation mit dem eigenen Ich,
- Autonomie gegenüber sozialen Einflüssen,
- unverzerrte Wahrnehmung der Realität,
- Fähigkeit zum Meistern der Umwelтанforderungen.

Psychische Gesundheit und das unmittelbare Bezugssystem

Das Wohlbefinden ist das wichtigste Kriterium für die Einschätzung, ob ein Säugling oder Kleinkind auf einem guten Wege ist, ein psychisch gesunder erwachsener Mensch zu werden. Die Diagnose, ob ein Kind psychisch gesund oder krank ist, sollte nur mit großem Vorbehalt gestellt werden, weil viele temporäre Einflüsse zu unmittelbaren akuten Reaktio-

nen führen, die eine Beschreibung als Krankheit nicht verdienen.

Das Bild vom Säugling hat sich in den letzten Jahrzehnten dramatisch gewandelt. Am besten wird diese Entwicklung repräsentiert durch den von Dornes geprägten Begriff vom ›kompetenten Säugling‹. Der Säugling kann z. B. sowohl seinen Körperhaushalt als auch seine (psychische) Befindlichkeit in Grenzen regulieren. Zugleich ist er in einem hohen Maße angewiesen auf seine unmittelbaren Bezugspersonen. Sein Zustand wird dabei nicht nur beeinflusst, sondern geradezu bestimmt durch das Angebot seiner Bezugspersonen - selbst wenn seine ›Mitbringsel‹ wie etwa Temperament, Frühgeburtlichkeit, Irritierbarkeit, Behinderungen o. ä. direkt und indirekt über die Wirkung auf die Bezugspersonen eine wichtige Rolle spielen.

Symptome sind - sofern sie nicht unmittelbar somatisch bedingt sind - daher immer als Hinweise auf für den kindlichen Bedarf unangemessene Verhaltensweisen der Bezugspersonen zu verstehen. Insofern sind Beeinträchtigungen des Wohlbefindens in der Regel Beziehungsstörungen, so dass Symptome immer daraufhin untersucht werden sollten, ob sie Reaktionen auf ein für den Säugling unangemessenes Beziehungsgeschehen sind. Säuglinge können daher nicht als psychisch krank diagnostiziert werden. Sie können allenfalls mit ihren Symptomen anzeigen, dass das System, in dem sie leben, den für eine gesunde Entwicklung erforderlichen Anforderungen nicht hinreichend entspricht.

Eine zentrale Erfahrung, die in vielfacher Hinsicht hohe Anpassungsleistungen erfordert, ist das Eltern-Werden. Wenn die psychische Leistungsfähigkeit der werdenden Eltern eingeschränkt ist, wenn ungünstige soziale und ökonomische Rahmenbedingungen die Anpassung an die neuen Rollen und die mit der Geburt und dem Aufwachsen des Kindes verbundenen Anforderungen erschweren, dann ist der Aufbau einer tragfähigen, liebevollen und feinfühligten Eltern-Kind-Beziehung bedroht. Damit ist dann auch die psychisch gesunde Entwicklung des Säuglings und Kleinkinds nicht mehr in vollem Umfang gewährleistet. Die Konsequenzen dieser Gefährdung bestehen nicht nur in einer Fülle individueller Einschränkungen und im Leid des Kindes, sondern in beträchtlichem Umfang auch in sozialen und ökonomischen Belastungen, die von - z. T. aufwändigen - Maßnahmen der Jugendhilfe bis zu Kosten für die Unterbringung im Strafvollzug reichen.

Es ist daher nicht nur im Interesse der betroffenen Eltern und ihres Kindes, sondern auch im Interesse der Gesellschaft dringend geboten, möglichst früh - und dann noch vergleichsweise ›leicht und preiswert‹ - präventiv und interventiv tätig zu werden:

1. Auffälligkeiten bzw. Risikofaktoren und Schutzfaktoren müssen so früh wie möglich durch Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und -ärzte u. a. erfasst werden.

2. Unter Fachleuten und in der Öffentlichkeit muss Wissen über erprobte präventive Maßnahmen und Beratung bzw. Behandlung früher Interaktionsstörungen weiter verbreitet werden.

3. Die Datenlage muss verbessert werden, u.a. durch die Gewinnung und Zusammenführung von Daten zu psychosozialen Auffälligkeiten und Ressourcen in der frühen Kindheit, die Einbeziehung der Daten aus Schuleingangsuntersuchungen oder die Erschließung von Daten aus dem Geschäftsvollzug.

Eine Finanzierung früher Interventionen birgt noch erhebliche Zuständigkeits- und Abgrenzungsprobleme zwischen Jugendhilfe, Gesetzlicher Krankenversicherung und anderen Präventionsfinanzierungsmöglichkeiten. W. Hartmann, der Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, forderte, dass ›Geburtshelfer, Hebammen, Kinder- und Jugendärzte, Jugendämter, Sozialämter, Gesundheitsämter und caritative Organisationen eng und ohne bürokratische Hindernisse‹ zusammen arbeiten. Für diese Zusammenarbeit bedarf es entsprechender Strukturen und auch Finanzierungsmöglichkeiten. Werden diese nicht geschaffen, ist die Gefahr groß, dass es bei gut gemeinten Appellen oder einseitigen Maßnahmen bleibt. Viele aussichtsreiche Möglichkeiten von Prävention und früher Intervention bei drohender psychischer Fehlentwicklung blieben dadurch ungenutzt.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HANS-JOACHIM SCHWARTZ, FH Braunschweig/
Wolfenbüttel, Ludwig-Winter-Str. 2, 38120 Braunschweig,
E-Mail: hajo.schwartz@gmx.de

Margarete Blank-Mathieu

Frühkindliche Geschlechtsidentität

Ein Kind ist von Anfang an ein geschlechtsgebundenes Wesen. Bereits im Mutterleib wird es mit seinem endgültigen Geschlechtswesen ausgestattet. Die heutige Gehirnforschung sieht als wissenschaftlich erwiesen an, dass Jungen und Mädchen durch die Einwirkung von Geschlechtshormonen eine unterschiedliche Gehirnstruktur bekommen. Aber auch die Vorstellungen der Eltern von der zu erwartenden Geburt eines Jungen oder eines Mädchens hat Auswirkungen auf die Grundstimmung, die ein Kind bereits vor der Geburt erleben kann. Dass die Sozialisation eine zusätzliche Rolle spielt, wenn ein Kind geboren ist, leuchtet den meisten Menschen ein.

Unter Geschlechtsidentität verstehen wir die subjektive Einschätzung einer Person von sich selbst im Unterschied zur Beurteilung der eigenen Person durch andere. Das schließt auch die Geschlechtszugehörigkeit ein. Diese subjektive Einschätzung muss, um als gelungen bezeichnet zu werden, ein stimmiges Selbstbild ergeben. Nur, wenn ich mich in meinem Körper (der entweder männlich oder weiblich ist) zu Hause fühle, kann ich auch von einer gelungenen Geschlechtsidentität sprechen.

Geschlechtsidentität bezeichnet keinen abgeschlossenen Prozess, sondern beginnt vor der Geburt und muss lebenslang immer wieder bearbeitet und neu definiert werden. So ist vor allem die Pubertät noch einmal eine Phase, in der das eigene

Selbstbild auch in Bezug auf die Geschlechtszugehörigkeit neu gefunden werden muss. Selbst Erwachsene sind nicht davor gefeit, ihre Identität, die im Wesentlichen mit der Geschlechtszugehörigkeit zusammenhängt, immer wieder neu für sich selbst zu definieren.

Wenn wir hier von frühkindlicher Geschlechtsidentität sprechen, so müssen wir drei Dimensionen bedenken: die biologischen Komponenten, die psychologischen Komponenten und die sozio-kulturellen Komponenten, die bei der Erlangung und Stabilisierung der Geschlechtsidentität jeweils verschränkt und meist unbewusst zusammenwirken.

Biologische Aspekte

Der Fötus im Mutterleib ist zunächst geschlechtsneutral. Erst durch die Einwirkung von Geschlechtshormonen entwickeln sich die sekundären Geschlechtsmerkmale, die unser Bild von der Geschlechtszugehörigkeit prägen. So werden Kinder nach der Geburt anhand ihrer äußeren Geschlechtsmerkmale dem einen oder anderen Geschlecht zugeordnet. In manchen Fällen kann dies problematisch sein, weil die äußeren Geschlechtsmerkmale z.B. mit der geschlechtsbezogenen ›Persönlichkeitsstruktur‹ nicht übereinstimmen. Ein Kind kann sich als Mädchen fühlen, obwohl es männliche Geschlechtsmerkmale besitzt. In nicht wenigen Fällen wird dadurch eine Dramaturgie des Lebens in Gang gesetzt, die eine gelingende Geschlechtsidentität massiv erschwert.

Psychologische Aspekte

Heute wissen künftige Eltern schon relativ frühzeitig Bescheid über das Geschlecht ihres zu erwarteten Kindes. Dies ist in Bezug auf die Geschlechtsidentität eben dieses Kindes nicht unerheblich. Da mit dem Wissen über das Geschlecht des Fötus im Mutterleib bei beiden Eltern Phantasien und unbewusste Vorstellungen in Gang gesetzt werden, wird dies auch dem Kind schon vor der Geburt ›mitgeteilt‹. Ein mit Freude erwartetes Mädchen oder die Vorfreude auf einen kleinen Jungen erspürt das Kind in positiver Weise und kann sich daher auch gut entwickeln. Ängste der Eltern jedoch machen auch den Fötus ängstlich. Die Gefühle der Mutter übertragen sich auch auf das Ungeborene. Väter, die die Mutter in dieser Zeit positiv und unterstützend begleiten, tun dies auch für das ungeborene Kind.

Sozio-kulturelle Aspekte

Einen ganz entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der Geschlechtsidentität hat das Aufwachsen in einer bestimmten Kultur. So gibt es gravierende Unterschiede vom Selbstverständnis eines Kindes in einer Stammeskultur in der Südsee und in einem Industrieland. Wie Menschen ihre Geschlechtsrolle in einer bestimmten Kultur leben, wird von Kindern häufig durch Nachahmung übernommen. Bereits Kinder im Alter von 2 Jahren ahmen Erwachsene ihres eigenen Geschlechts lieber nach als Erwachsene der gegengeschlechtlichen Seite. Wenn Kinder erleben, dass alle Tätigkeiten von Vater und Mutter als wichtig empfunden und wechselweise je nach Bedarf übernommen werden, entstehen bei Kindern keine negativ besetzten Geschlechtsrollen. Allerdings ist der Ein-

Brigitte Borrmann

Schwangerschaft als Risiko oder Chance

Dass Schwangerschaft keine Krankheit ist, hat sich inzwischen zwar herumgesprochen, doch sobald eine schwangere Frau die Schwelle einer gynäkologischen Praxis oder Geburtsklinik übertritt, wird sie zur Patientin. Hier greifen die gleichen Mechanismen, die auch in der Pubertät und im Klimakterium zu einer Pathologisierung weiblicher Lebensphasen führen. Es entsteht der Eindruck, dass das Vergütungssystem und die Form der medizinischen Ausbildung die Stärkung einer gesunden Unabhängigkeit der Nachfrageseite eher behindern als fördern.

Kritischer Blick auf die Schwangerenvorsorge

- Diagnostik und Maßnahmen konzentrieren sich auf somatische und Individuum bezogene Risiken. Psychosoziale Faktoren und Umwelteinflüsse finden dagegen wenig Beachtung.
- Es gibt kein Konzept zur Erfassung und Stärkung von Protektivfaktoren (Ressourcen).
- Häufig fehlt eine Evidenzbasierung (z. B. in Bezug auf den Einsatz von Ultraschall, vaginale Untersuchungen und CTG).
- Bezogen auf das Geburtsergebnis besitzt das Risiko-Konzept laut Frauengesundheitsbericht (BMFSFJ 2001) eine nur mäßige Sensitivität und eine geringe Spezifität.
- Etwa 75 % aller Schwangeren in Deutschland werden z. Z. als risikoschwanger eingestuft. Dazu gehören ohne weitere Abstufung sowohl Frauen mit einer harmlosen Nickelallergie als auch Frauen mit schwerwiegenden Erkrankungen. Die werdenden Mütter selbst können das Ausmaß der Gefährdung meistens schlecht einschätzen und so führen auch vergleichsweise harmlose Befunde zu großen Verunsicherungen. Auch bei den restlichen (risikolosen?) Schwangeren kann es in der Schwangerschaft oder bei der Geburt zu Komplikationen kommen.
- Wie auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung gibt es eine Tendenz zur Unterversorgung von Frauen, die eine intensivere Betreuung bräuchten und eine Überversorgung von Frauen mit geringem Krankheitsrisiko (BMFSFJ 2001).

fluss der Familie sehr begrenzt. Sobald das Kind einen Schritt in die Außenwelt macht, wird es dort ebenfalls mit unterschiedlichen Frauen- und Männerrollen konfrontiert. Außerdem hört es Äußerungen über die Bewertung des eigenen Verhaltens. ›Du benimmst dich ja wie ein Junge‹ oder: ›Ein Junge ist doch nicht wehleidig‹ machen auf Kinder ›Eindruck‹. Sehr bald spielt auch die Gleichaltrigengruppe hier eine sozialisierende Rolle. Vor allem bei Jungen, die in einem überwiegend weiblichen Umfeld aufwachsen (ohne oder nur mit einem zeitweilig zur Verfügung stehenden Vater oder einer anderen Männerperson), spielt der große, starke, übermännlich sich gebärdende Junge (oder Phantasiemann aus der Fernsehserie) eine nachahmenswerte Rolle bei der Geschlechtsorientierung.

Folgen für die Entwicklung

Was bedeutet das aber für eine Geschlechtsidentitätsentwicklung von Geburt an?

Das biologische Geschlecht, die unbewussten Mitteilungen, die sozio-kulturellen Erfahrungen eines Kindes, dies alles führt letzten Endes zu einer wie auch immer gearteten Geschlechtsidentität. Für das gesunde Aufwachsen von Kindern heute ist es enorm wichtig, ihnen viele Möglichkeiten zu bieten, unterschiedliche Ausprägungen von männlichem oder weiblichem Verhalten zu erleben. So können sie ihrer eigenen Identität am besten näher kommen und sich die Elemente im Leben Erwachsener herausuchen, die für sie und ihr eigenes Leben stimmig sind. Die Gesundheit unserer Kinder, die auch stets mit einer gelingenden Geschlechtsidentität zusammenhängt, muss uns am Herzen liegen.

Literatur bei der Verfasserin:

DR. MARGARETE BLANK-MATHIEU, *Seidelbaststr. 20, 72770 Reutlingen, E-Mail: BlankMathieu@aol.com*

Folgen für Mütter und Kinder

Als risikoschwanger gelten in Deutschland u.a. Frauen, die älter als 35 oder jünger als 17 Jahre sind, bei denen Vorerkrankungen wie z. B. Diabetes, Nierenerkrankungen oder Asthma vorliegen und Frauen, bei denen Erbkrankheiten in der Familie vorkommen. Ebenfalls in die Kategorie risikoschwanger fallen Frauen mit Mehrlingsschwangerschaften oder einer Rh-Inkompatibilität sowie Frauen, die Fehlgeburten erlitten haben, per Kaiserschnitt entbunden wurden oder bereits ein Kind mit fötalen Missbildungen geboren haben. Erfasst werden die in ihrer gesundheitlichen Bedeutung sehr unterschiedlichen Risiken mit Hilfe eines im Mutterpass enthaltenen, 52 Punkte umfassenden Risiko-Katalogs.

Die in diesem Risiko-Katalog zum Ausdruck kommende eingengte Sichtweise mit Focus auf den Frauenkörper als Risikoquelle ist aus verschiedenen Gründen als problematisch einzustufen. Wenn einerseits ungewollte Kinderlosigkeit (sinnvollerweise) als Krankheit behandelt wird und anderer-

seits Schwangere aber auch wie Kranke behandelt werden, dann bleiben nur die gewollt kinderlosen Frauen als (zumindest potenziell) gesunde Frauen übrig – ein möglicher Grund unter vielen anderen, der die Entscheidung für ein Kind für Frauen unattraktiv machen kann.

Ein weiterer Nachteil des derzeitigen Konzepts ist die Konzentration auf den Fötus, durch die eine frühzeitige, symbolische Trennung der symbiotischen Einheit von Mutter und Kind erfolgt. Die Verkümmern der Schwangerenbetreuung auf die in erster Linie auf das Kindwohl und auf Abtreibungsoptionen ausgerichteten Pränataldiagnostik dient nicht der für das langfristige Kindwohl so wichtigen, innigen Mutter-Kind-Bindung. Frauen fällt es leichter, sich auf das Projekt Mutterschaft mit ganzem Einsatz einzulassen, wenn das Vertrauen in ihre diesbezüglichen – auch körperlichen – Kompetenzen gestärkt und sie vor schädlichen äußeren Einflüssen geschützt werden.

Betreuung statt Vorsorge

Von Müttern wird zu Recht erwartet, dass sie sich fürsorglich, verantwortungsvoll und nicht Defizit orientiert um ihren Nachwuchs kümmern. Eine gleichermaßen konzipierte Schwangerenbetreuung kann für dieses Verhalten als Vorbild dienen.

Das nicht mehr zeitgemäße Risiko-Konzept sollte zugunsten eines salutogenetisch orientierten Konzepts der Schwangerenbetreuung aufgegeben werden. Vorsorge ist in diesem Zusammenhang kein glücklich gewählter Begriff, da immer noch Diagnostik in großem Umfang ohne evidenzbasierten Nutzen und vielfach ohne therapeutische Möglichkeiten betrieben wird. Außerdem kann der Begriff Vorsorge auch dahingehend missverstanden werden, dass regelmäßige ärztliche Kontrollen ein gesundes Kind garantieren. Sowohl die anamnestischen als auch die im Schwangerschaftsverlauf auftretenden Befunde sollten anhand ihrer Konsequenzen in verschiedene Kategorien aufgeteilt werden, z. B. danach, ob normaler Betreuungsbedarf, erhöhter Betreuungsbedarf oder besonderer Betreuungsbedarf erforderlich ist. Das Wort Risiko sollte mit Rücksicht auf die Schwangeren nicht mehr im Mutterpass auftauchen.

Eine weitere Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Schwangeren ist durch eine verstärkte Kooperation von Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und Hebammen zu erreichen. Vorteile ergeben sich für die Frauen dadurch, dass Hebammen vor allem die Physiologie und weniger die Pathologie im Blick haben, auch Hausbesuche machen und Zeit für längere Gespräche haben, in denen z. B. Unsicherheiten, Partnerprobleme und leichte Schwangerschaftsbeschwerden intensiver besprochen werden können (Schumann 2004). Beleghebammen vermitteln zusätzlich Sicherheit durch Kontinuität, indem sie die Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betreuen. Eine gezielte Stillförderung und -beratung wäre auf diese Weise ebenfalls besser zu realisieren.

Literatur bei der Verfasserin

DR. BRIGITTE BORRMANN, MPH, Universität Osnabrück, FB 8 Humanwissenschaften/Gesundheitswissenschaften, Albrechtstr. 28, 49068 Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 69 22 66, E-Mail: b.borrmann@uos.de

Barbara von Richthofen-Krug

Rauchen und Schwangerschaft

Das Rauchen in der Schwangerschaft nimmt seit jeher eine Sonderstellung in der öffentlichen Meinung ein. Auch die meisten Raucher und Raucherinnen sind der Meinung, dass Frauen während der Schwangerschaft nicht rauchen sollten. In Deutschland gelingt 25–50% der Raucherinnen spontan vor oder während der Schwangerschaft ein Rauchstopp. Obwohl diese Verzichtquote im Vergleich mit nichtschwangeren Raucherinnen sehr hoch ist, bleiben somit noch 50–75% der Raucherinnen, denen trotz ihrer Schwangerschaft ein Rauchstopp nicht gelingt.

Eine bundesweite Interventionsstrategie zur Reduzierung des Rauchens in der Schwangerschaft existiert in Deutschland bislang lediglich im Ansatz. Dabei bietet die Zeit rund um eine Schwangerschaft einen hervorragenden Ansatzpunkt zur Förderung des Nichtrauchens. Durch eine außerordentlich hohe Inanspruchnahme medizinischer Schwangerenvorsorge können zudem Frauen erreicht werden, die sonst kaum Angebote der Gesundheitsversorgung und Prävention nutzen.

Anhand von Meta-Analysen konnte belegt werden, dass die besonders hohe Motivation zum Nikotinverzicht während der Schwangerschaft durch Interventionen deutlich gesteigert werden kann. So konnte in Schweden beispielsweise mit Hilfe eines nationalen Interventionsprogrammes die Raucherinnenquote zu Beginn der Schwangerschaft von 25% (1990) auf 13% (1998) gesenkt werden. Untersuchungen aus den USA haben zudem die Kosteneffizienz solcher Interventionen nachgewiesen. Jeder in der Schwangerschaft zur Förderung einer Tabakabstinenz investierte Dollar spart kurzfristig 3 Dollar in der Neugeborenen-Intensivpflege, sowie 3–11 Dollar Mehrkosten für Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht ein.

Risiken des Rauchens in der Schwangerschaft und nach der Geburt

Raucht eine Frau in der Schwangerschaft, so entstehen daraus Risiken für den Embryo bzw. den Fötus, die dramatische und langfristige Folgen haben können:

- ein deutlich erhöhtes Fehl- und Frühgeburtsrisiko,
- verringertes Geburtsgewicht,
- verzögertes Wachstum,
- häufigeres Auftreten von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten,
- erhöhte perinatale Mortalität,
- erhöhtes Risiko des plötzlichen Kindstodes (Sudden Infant Death Syndrome [SIDS]),
- erhöhtes Leukämierisiko des Kindes,
- chronische Beeinträchtigung von Lungenentwicklung und -wachstum des Kindes,
- vermehrt kindliches Asthma,
- weitere Spätfolgen wie Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) oder andere Verhaltensauffälligkeiten bzw. Lernschwierigkeiten.

Kinder von Frauen, denen ein Rauchverzicht in der Schwangerschaft nicht gelungen ist oder die nach der Geburt wieder zu rauchen beginnen, sind zudem häufiger den Risiken der Passivrauchbelastung ausgesetzt als Kinder von Nichtraucherinnen. Zu diesen Risiken gehören: akute Atemwegserkrankungen, Bronchitis, Lungenentzündungen, chronischer Husten sowie akute und chronische Mittelohrentzündungen.

Christine Loytved

Hausgeburt und Klinikgeburt

Zusätzlich gibt es Hinweise darauf, dass rauchende Mütter als Rollenmodell und mittels anderer Mechanismen Rauchgewohnheiten an die nachfolgende Generation weitergeben können.

Prävalenz des Rauchens in der Schwangerschaft und nach der Geburt

In Deutschland stehen auf nationaler Ebene keine Daten zur Prävalenz des Rauchens in der Schwangerschaft zur Verfügung. Lang schätzt für Deutschland eine Gesamtprävalenz von 25–35% Raucherinnen zu Beginn der Schwangerschaft. Bestimmte Subgruppen von Schwangeren sind allerdings überproportional betroffen. 50% der unter 25-jährigen Schwangeren und 40% der sozial benachteiligten Schwangeren rauchen, während unter allein stehenden Schwangeren die Rauchprävalenz sogar 62% beträgt.

Schwangere Raucherinnen konsumieren durchschnittlich 13 Zigaretten täglich, so dass ihre ungeborenen Kinder bereits während der Schwangerschaft einer durchschnittlichen Schadstoffbelastung von rund 3640 Zigaretten ausgesetzt sind. Von den Frauen, die aufgrund der Schwangerschaft das Rauchen ganz aufgegeben hatten, verzichten nach der Geburt ihres Kindes 40% weiterhin auf das Rauchen. Die anderen 60% der Frauen rauchen wieder, die Hälfte von ihnen jedoch deutlich weniger Zigaretten als zuvor. Es hat sich gezeigt, dass unter den Frauen, denen der Rauchverzicht während der Schwangerschaft über viele Monate gelingt, nicht alle einen langfristigen Rauchverzicht planen. Daher ist die Schwangerschaft ein geeigneter Zeitpunkt, um diese Frauen für eine dauerhafte Rauchabstinenz und den Schutz ihrer Kinder vor Passivrauchbelastung zu motivieren. Gelingt einer Frau vor oder auch während der Schwangerschaft ein Rauchstopp, reduzieren sich nachweislich die Risiken. Sowohl ein vorzeitiger Blasensprung, eine Frühgeburt, wie auch ein verringertes Geburtsgewicht treten seltener auf. Allein die Häufigkeit des Auftretens von reduziertem Geburtsgewicht ließe sich durch Rauchverzicht in der Schwangerschaft um 17-26% verringern.

Proaktive Raucherberatung

Nach guten Erfahrungen eines Projektes in Sachsen wird nun ein ähnliches Projekt zur proaktiven telefonischen Raucherberatung gemeinsam von den Landesvereinigungen Gesundheit Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein geplant. Die Zielgruppe sind rauchende Schwangere und ihre Partner, sowie rauchende Eltern von Säuglingen. Auch Schwangere, die von sich aus aufgrund ihrer Schwangerschaft auf das Rauchen verzichten haben, sollen zur Stabilisierung der Abstinenz und Rückfallprophylaxe in das Projekt einbezogen werden. Nach erfolgter Einverständniserklärung gehen Telefonkontakte proaktiv und kostenlos für die Klientinnen von einem Beratungsteam aus.

Literatur bei der Verfasserin

BARBARA VON RICHTHOFEN-KRUG, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), c/o Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel.: (0 40) 4 28 03-79 04, Fax: (0 40) 4 28 03-83 51, E-Mail: b.krug@uke.uni-hamburg.de

Selbstverständlich Hausgeburt!

Vor hundert Jahren war die Geburt zu Hause hierzulande eine Selbstverständlichkeit. Schwangere meldeten sich bei der Hebamme an, holten sich bei ihr Rat und ließen sie zur Geburt rufen. Allerdings hatten zu dieser Zeit (um 1900) bereits alle Hebammen eine Ausbildung in der Klinik hinter sich, deren Inhalte in ihre tägliche Arbeit einfließen. So war der 100 Jahre zuvor noch übliche Gebärstuhl verschwunden und alle Hebammen bevorzugten die Entbindung im Bett. Im Gegensatz zur Klinik wurde zur Hausgeburt nur bei erheblichen Komplikationen ein Arzt hinzugezogen: Die normale Geburt war das Gebiet der Hebamme. Die Wochenpflege übernahm sie meist bis zum Abheilen des kindlichen Bauchnabels.

Für jede werdende Mutter war es eine Selbstverständlichkeit, ihre Kinder in ihren vier Wänden zu bekommen. Sie bekam Unterstützung von weiblichen Verwandten und Nachbarinnen, für deren Wohlergehen sie wiederum bei deren Geburten zu sorgen hatte. Es war ein soziales Netz vorhanden, welches – hätte sie Geburt und Wochenbett in die Klinik verlegt – »Löcher« bekommen hätte. Die Zuflucht in eine Klinik nahmen nur Frauen in Anspruch, die ein solches Netz nicht hatten, denn Gebärabteilungen haftete noch bis Ende des 19. Jahrhunderts der Makel an, Frauenleben durch Kaiserschnitte und Kindbettfieber zu gefährden, Frauenleiber zu Ausbildungszwecken unnötigen Eingriffen auszusetzen und ein Sammelbecken von Huren und anderen »unmoralischen« Frauen zu sein.

Mitte der 1950er Jahre fanden noch die Hälfte aller Geburten zu Hause statt. Besonders auf dem Land blieb die Hausgeburt lange bestehen. Auch für die Familien, die jede Mark sparen mussten, war in den 50er Jahren die Hausgeburt selbstverständlich, denn dadurch stand ihnen das gesamte Wochengeld von der Krankenkasse zu.

Mit der Frauenbewegung, mit Elterninitiativen und der Bewegung für das Recht des Kindes auf eine sanfte Geburt kam es Anfang der 80er Jahre nicht nur zu einem Hauch an Wohnlichkeit in den Kreißsälen, sondern auch zu einer Art Wiederbelebung der Hausgeburt. Seitdem hat sich die außerklinische Geburt auf etwa 2% aller Geburten eingependelt und wird mit dem Erhebungsverfahren der hebammengeleiteten »Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.« (QUAG e.V.) begleitet. Die Dokumentationsberichte zeigen eine gleichbleibend gute Qualität der Geburtshilfe außerhalb der Klinik: Verlegungsrate während der Geburt: 12%, Dammschnitttrate: 6% aller vaginalen Geburten. Die perinatale Mortalität liegt bei 0,1 auf 1.000 Geburten. In diesem Jahr (2006) wird die erste Studie erscheinen, die eine weitergehende Analyse der letzten Jahrgänge vorlegt.

Selbstverständlich zur Geburt in die Klinik!

In den 1930er Jahren ist ein erster Trend in Richtung Klinikgeburt auszumachen. Welche Frauen mit welchen Motiven zur Geburt die Klinik aufsuchten, wurde bisher noch nicht untersucht. Waren es die steigenden Überlebenschancen nach einem Kaiserschnitt, die Möglichkeit, dort Schmerzmittel bei der Geburt zu bekommen oder das steigende Vertrauen in die technische Überwachung der Geburt?

Zuzug von Kleinfamilien in die Städte, Wohnungsnot und Neuansiedlung nach der Flucht zerstörten endgültig die genannten sozialen Unterstützungsstrukturen, die nicht auf Institutionen angewiesen waren. Für die werdenden Mütter wurde die Klinikgeburt selbstverständlich: Auch wenn der Tagesablauf in der Klinik möglicherweise etwas unruhig war, so gestattete er doch 10 Tage lang eine gewisse Erholungspause von der Familienarbeit. Die Furcht vor dem Kindbettfieber war verflogen und die Gebärkliniken wuchsen über die ihnen bisher anhaftende Anrühigkeit hinaus. Die Selbstverständlichkeit der Klinikgeburt führte jedoch nicht zu einer einheitlichen Linie, wie eine Geburt zu leiten war. Jeder Chefarzt verfolgte die eigene, hausinterne Art der Geburtshilfe, deren Evidenz kaum überprüfbar war. Abhängig von der Kostenübernahme durch die Krankenkassen wurde ein zehntägiger, dann ein sechstägiger und später ein ambulanter Klinikaufenthalt als medizinisch sinnvoll erachtet. Momentan wird ein 48-stündiger Aufenthalt als angebracht angesehen, da dieser die DRG-Abrechnung für das Neugeborene optimiert.

Verlässliche Zahlen zur Klinikgeburt sind kaum anzugeben. Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung veröffentlicht eine ungewöhnlich hohe Rate der Müttersterblichkeit für das Jahr 2004 in Deutschland, die von den Statistikern mündlich als falsch bezeichnet, aber schriftlich nicht revidiert wurde. Da Mütter meist schon nach 48 Stunden die Klinik verlassen, kann auch nicht die perinatale Mortalität als verlässlich angesehen werden. In Niedersachsen soll sie bei 5,7 auf 1.000 Geburten gelegen haben, doch werden nicht alle Kinder verlässlich bis zum 7. Tag erfasst. Dagegen ist die Dammschnitttrate recht zu verlässlich: Sie liegt bei 36,5% aller vaginalen Einlingsgeburten mit sinkender Tendenz. Da aber die Kaiserschnitttrate stetig steigt (derzeit 26% aller Geburten in Niedersachsen), ist ein Abfall der Dammschnitttrate bei dem verbleibenden ›normalen‹ Rest der Geburten nicht verwunderlich.

Selbstverständlich eine freie Wahl des Geburtsortes!

Ist für die Art der Geburtshilfe durchaus eine Annäherung der verschiedenen Stile und eine Diskussion über deren Effektivität einzuklagen, so ist auf der anderen Seite die Wahlfreiheit des Geburtsortes und damit eine Vielfalt des Angebots für die werdenden Eltern zu fordern. Die Beratung und Entscheidung sollte individuell erfolgen und sich auch nach den geburtshilflichen Angeboten vor Ort richten. Der Bund Deutscher Hebammen empfiehlt jedoch, bei drohender Frühgeburt, bei Zwillingen und für Geburten von Kindern, die nicht mit dem Kopf nach unten liegen, neben der Hebammenhilfe auch erfahrene ärztliche Hilfe zu suchen. Nur wenige Kliniken bieten in den genannten Fällen eine vaginale Geburt an.

Literatur bei der Verfasserin

DR. RER. MEDIC. CHRISTINE LOYTVED, *Verwaltung der Professur, Gesundheits- und Krankheitslehre & Psychosomatik, Universität Osnabrück, Albrechtstr. 28, 49069 Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 69 24 52, E-Mail: cloytved@uni-osnabrueck.de*

Petra Kolip, Ulrike Lutz

Kaiserschnittgeburten aus der Sicht von Frauen

Die Kaiserschnittraten sind in den vergangenen Jahren stark gestiegen: Mittlerweile kommt jedes vierte Kind in Deutschland mit einer Schnittentbindung auf die Welt. Die Gründe hierfür sind vielfältig und sowohl auf Seiten der Frauenärztinnen, -ärzte und des medizinischen Versorgungssystems als auch auf Seiten der Frauen zu suchen.

Im Rahmen eines Forschungsprojektes, das von der Gmünder Ersatzkasse (GEK) finanziert wird, wurden 2.800 GEK-versicherte Frauen, die im Jahr 2004 per Kaiserschnitt entbunden hatten, mit Fragebogen befragt. Knapp 50% der Befragten sandte den 10-seitigen Bogen zurück – oftmals ergänzt um persönliche Berichte.

In der Auswertung wurden die Frauen zunächst in zwei Gruppen unterteilt, abhängig davon, ob sie einen primären oder einen sekundären Kaiserschnitt gehabt hatten. Bei primären Schnittentbindungen fällt die Entscheidung zur Operation vor Wehenbeginn. Bei einem sekundären Kaiserschnitt fällt die Entscheidung unter der Geburt, oft handelt es sich dabei dann um eine Notfallmaßnahme, um Risiken für Mutter oder Kind zu vermeiden. 55% der von uns befragten Frauen hatten einen primären Kaiserschnitt und 45% einen sekundären.

Gründe für einen primären Kaiserschnitt

Unter den Gründen für die persönliche Entscheidung zum primären Kaiserschnitt (Mehrfachnennungen möglich) wurde die Empfehlung des Arztes bzw. der Ärztin am häufigsten genannt (60%). Weitere wichtige oder sehr wichtige Gründe waren ungünstige Lage/Steißlage des Kindes (41%), Angst um das Kind (39%) und Komplikationen wie ›Schwangerschaftsvergiftung‹ oder Frühgeburtlichkeit, die im Verlauf der Schwangerschaft auftraten (31%). Angst vor Schmerzen, vor stundenlangen Wehen und davor, die Geburt nicht durchzustehen, hatten jeweils nur ca. 8% der Frauen als wichtigen oder sehr wichtigen Grund angegeben. Auch Aspekte der Bequemlichkeit, wie Schnelligkeit und Planbarkeit eines Kaiserschnittes im Gegensatz zur vaginalen Geburt hatten wenige Frauen als handlungsbestimmend angegeben (7–9%). Gerade die von Befürwortern und Befürworterinnen des Wunschkaiserschnittes häufig angeführte Beeinträchtigung der Sexualität nach vaginaler Geburt (›save your love channel‹) spielte bei den hier befragten Frauen praktisch keine Rolle (1,3%).

Gründe für einen sekundären Kaiserschnitt

Die häufigsten Gründe, die zu einem sekundären Kaiserschnitt geführt hatten, waren in unserer Studie die schlechten Herztöne des Kindes unter der Geburt (39%) und die prothalierte Geburt/Geburtstillstand (37%). Knapp die Hälfte der Frauen mit einem sekundären Kaiserschnitt hatte im Vorfeld diesen Entbindungsmodus für sich persönlich als völlig unwahrscheinlich gehalten. Ein sekundärer Kaiserschnitt kann von den betroffenen Frauen oftmals als sehr belastend erlebt werden. Dennoch waren noch zwei Drittel der Frauen mit den Informationen unter der Geburt zufrieden und fühlten sich zumindest ansatzweise mit in die Entscheidung zum Kaiserschnitt einbezogen.

Konstanze Blatt, Tilmann Knittel, Michael Steiner

Elterngeld, Elternzeit – Was kann Deutschland von Schweden lernen?

Schweden wird mit seinem ausgebauten Sozialsystem oft eine Vorreiterfunktion in der Familienpolitik zugesprochen. Im Vergleich zu Deutschland weist Schweden eine relativ hohe weibliche Erwerbstätigkeit, eine gleichzeitig höhere Geburtenrate sowie eine äußerst geringe Familienarmut auf. Diese demografischen und gesellschaftspolitischen »Erfolge« werden vor allem auf das Modell der dualen Erwerbstätigkeit, bei dem sich beide Elternteile gleichermaßen am Arbeitsmarkt und an der Kinderbetreuung beteiligen, zurückgeführt.

Die von der Bundesregierung in der aktuellen Legislaturperiode angestrebte Reform der Elternzeit soll in diesem Sinne insbesondere die Möglichkeiten für eine Erwerbstätigkeit beider Elternteile verbessern. Als Vorbild dient die schwedische Elterngeld-Regelung, deren wesentliche Elemente übernommen werden sollen: eine etwa einjährige Anspruchsdauer, der Charakter als Einkommensersatzleistung sowie für jeden Elternteil reservierte und nicht auf den Partner bzw. die Partnerin übertragbare Monate.

Das schwedische Modell

Das schwedische Elterngeld wurde 1974 unter der Bezeichnung Elternversicherung eingeführt. Die Leistungen der schwedischen Elternversicherung umfassen u. a. eine unbezahlte Elternzeit, die Müttern wie auch Vätern einen Arbeitsplatzhalt von bis zu 18 Monaten nach der Geburt garantiert. Parallel dazu besteht das Recht auf Elterngeld für die Dauer von 13 Monaten mit einer Lohnfortzahlung von 80% des ursprünglichen Bruttoverdienstes mit einer Höchstgrenze von rund 78 Euro pro Tag. Für weitere drei Monate kann ein Pauschalbetrag von ca. 7 Euro pro Tag in Anspruch genommen werden. Zudem ist der Vater während der ersten 60 Tage nach der Geburt berechtigt, 10 Tage parallel zur Mutter eine Elternzeit mit Einkommensersatz in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung für alle Zahlungen ist, dass das betreffende Kind das achte Lebensjahr noch nicht überschritten hat. Der gehaltsbezogene Teil der Elternversicherung kann flexibel und anteilig von beiden Elternteilen genutzt werden. Beispielsweise besteht die Möglichkeit, dass jeweils ein Elternteil halbtags arbeitet und sich in der zweiten Tageshälfte der Kinderbetreuung widmet. Zudem wurden zwei Monate der Elternzeit definiert, die fest an einen Elternteil gebunden sind. Die Einführung dieser Regelung dient vor allem dazu, die Väter stärker in die Kinderbetreuung einzubinden. Die bezahlte Elternzeit (Elterngeld) wird von der schwedischen Sozialversicherung finanziert.

Darüber hinaus gibt es in Schweden neben dem allgemeinen Kindergeld ein gut ausgebautes öffentliches Betreuungssystem. Die Betreuungsrate von Kleinkindern zwischen 1 und 3 Jahren liegt bei 48%, die Versorgungsquote der Kinder ab 3 Jahre bis zum Grundschulalter bei 78%. Die Kommunen sind verpflichtet, für Kinder im Alter von 1 bis 12 Jahren einen Platz in einer Tageseinrichtung oder Familientagespflegestelle bereitzustellen. Diese Pflicht gilt allerdings nur, wenn die Eltern erwerbstätig sind oder studieren. Es stehen ganztags (11,5 Stunden) und halbtags geöffnete Kindertagesstätten, offene Kinder- und Elterntreffs und Horte zur Verfügung. Zudem besteht ein öffentlich subventioniertes System der Familientagespflege.

Vor- und Nachteile einer Kaiserschnittgeburt

Alle Frauen wurden aufgefordert, ihre persönlichen Vor- und Nachteile einer Kaiserschnittgeburt mitzuteilen. Unter den Vorteilen wurde am häufigsten der Sicherheitsaspekt für das Kind genannt. Diesen Aspekt hatte knapp die Hälfte der befragten Frauen hervorgehoben. In den freien Antworten überwog aber die Nennung der Nachteile. Hier wurden am häufigsten die unmittelbaren Konsequenzen einer Schnittentbindung genannt: Wundschmerzen und das Vorhandensein einer Narbe (47%), eine längere Rekonvaleszenz im Vergleich zur vaginalen Geburt (40%) und Operations- und Narkoserisiken (27%). Jeweils ein Viertel der befragten Frauen bedauerte das Fehlen eines richtigen Geburtserlebnisses und sehen Nachteile für den Mutter-Kind-Kontakt und das Bonding. Insbesondere die langfristigen und schwerwiegenden Konsequenzen im Sinne der Spätmorbidity eines Kaiserschnittes (z. B. Risiko einer Uterusruptur bei erneuter Schwangerschaft) wurden dagegen nur von wenigen der von uns befragten Frauen benannt (3,3%).

Wunschkaiserschnitt eher ein randständiges Thema

Die Ergebnisse verweisen darauf, dass Frauen insbesondere dann einem Kaiserschnitt zustimmen, wenn die Sicherheit des Kindes gefährdet ist. 87% der Frauen sind der Meinung, dass eine Frau zunächst einmal versuchen sollte, das Kind auf natürlichem Wege zu bekommen, aber einem Kaiserschnitt wird ohne Zögern zugestimmt, sobald die Sicherheit des Kindes gefährdet ist. Viele Frauen sind der Ansicht, dass Ärzte und Ärztinnen zu schnell zu einem Kaiserschnitt raten und dass durch eine bessere Betreuung unter der Geburt mehr Frauen auf normalem Weg entbinden könnten. Auch fühlen sich viele Frauen nicht ausreichend über die Folgen eines Kaiserschnitts aufgeklärt, sondern haben den Eindruck, ein Kaiserschnitt wird »als Spaziergang« bewertet.

Bei etwa 2% der Frauen wurde ein Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation durchgeführt. Dies deckt sich mit den Befunden anderer Studien. Das in den Medien und der fachwissenschaftlichen Presse häufig formulierte Phänomen des Wunschkaiserschnitts, gegen das sich Ärzte und Ärztinnen fast nicht wehren können, ist in der medizinischen Praxis tatsächlich ein eher randständiges Phänomen.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. PETRA KOLIP, DR. ULRIKE LUTZ, *Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, Postfach 330440, 28334 Bremen, E-Mail: kolip@uni-bremen.de*

Perspektiven für Deutschland

Deutschland plant für das Jahr 2007 die Einführung der Elternzeit in Anlehnung an das schwedische Modell mit einer Lohnfortzahlung von 67% des Bruttogehalts für die Dauer von 12 Monaten nach der Geburt des Kindes, wobei für jeden Elternteil zwei exklusive Monate reserviert sind. Ziel des Vorstoßes ist es, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verbessern und die Entscheidung für Kinder zu erleichtern. Das maximal 12 Monate in voller Höhe gewährte Elterngeld soll Anreize für beide Elternteile schaffen, nach dieser Zeit wieder in den Beruf einzusteigen. Grundsätzlich zeigt sich, dass die Fortsetzung beruflicher Karrieren mit der Dauer der Erwerbsunterbrechung schwieriger wird. Die Koppelung des Elterngeldes an das Einkommen soll die finanziellen Einschränkungen bei einer Geburt insbesondere für Frauen und Männer mit höheren Einkommen senken – in letzter Zeit wurde oft auf die hohe Kinderlosigkeitquote von Akademikerinnen hingewiesen. Zudem soll die Auszeit hierdurch für die im Durchschnitt nach wie vor mehr als Frauen verdienenden Männer attraktiver werden. Schließlich stellen die jeweils für die Mutter und den Vater reservierten Monate aller Erwartung nach einen starken Anreiz für Männer dar, sich in der Familie zu engagieren – bei Nichtinanspruchnahme verfallen diese Leistungen ersatzlos.

Bausteine für eine nachhaltige Familienpolitik

Das geplante Elterngeld unterstützt damit durchaus die angestrebten gesellschaftspolitischen Ziele. Wichtig ist allerdings zu sehen, dass das Elterngeld nur ein Element in einem Geflecht von Rahmenbedingungen bildet. Eine nachhaltige Familienpolitik erfordert einen stimmigen Mix aus Infrastrukturmaßnahmen, Zeitspielräumen, Geldleistungen und nicht zuletzt einer familienfreundlichen Kultur. Der Erfolg des Elterngeldes wird sicherlich zu wesentlichen Teilen davon abhängen, ob der bedarfsgerechte Ausbau der Kinderbetreuung insbesondere im Bereich der unter 3-jährigen Kinder und der Ganztagsangebote umgesetzt werden kann. Ohne passende und qualitativ hochwertige Betreuungsangebote wird ein früher Wiedereinstieg in den Beruf keine wirkliche Option werden. Und schließlich hängt das Gelingen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie auch wesentlich von den konkreten Arbeitsbedingungen in der Wirtschaft und bei öffentlichen Arbeitgebern ab. Inwieweit die Ziele des Elterngeldes erreicht werden, hängt daher wohl nicht so sehr vom Konzept des Elterngeldes sondern vielmehr von der zeitnahen Umsetzung der flankierenden Maßnahmen ab.

Literatur bei der Verfasserin und den Verfassern

DR. KONSTANZE BLATT, TILMANN KNITTEL, MICHAEL STEINER,
 Prognos AG, Kasernenstr. 36, 40213 Düsseldorf,
 Tel.: (02 11) 8 87 31 39, Fax: (02 11) 8 87 97 31 39,
 E-Mail: konstanze.blatt@prognos.com, www.prognos.com

Petra Linderoos

NEUVOLA – nur eine Beratungsstelle?

Das Wörterbuch gibt für das finnische Wort NEUVOLA die Begriffe Mütter- und Kinderberatungsstelle an. Gewissermaßen trifft die Übersetzung zu, doch NEUVOLA beinhaltet viel mehr als das.

Alles begann 1922. Der Kinderarzt Dr. Arvo Ylppö errichtete die erste NEUVOLA-Einrichtung für Kinder in Helsinki als Prävention gegen die Säuglingssterblichkeit. 1935 gab es bereits 20 NEUVOLA-Stellen im Land, aber 1944 ist das eigentliche Geburtsjahr von NEUVOLA, denn Städte und Kommunen wurden nun gesetzlich verpflichtet, ein kostenloses NEUVOLA-System für die Schwangerschaftsvorsorge und Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge und Kinder bis zum Schulbeginn als kommunale Dienstleistung anzubieten. In den bisher sechzig Jahren hat sich manches verändert, jedoch das Fundament von NEUVOLA blieb: messen, wiegen, impfen.

Die Gesundheitspflegerin als Vertrauensperson

Heute lernen die Kinder bereits in der Schule, dass man bei einer Schwangerschaft zur nächstliegenden NEUVOLA gehen soll. Dort stellt eine qualifizierte Gesundheitspflegerin die Schwangerschaft fest und den Mutterpass aus. Bei einer normal verlaufenden Schwangerschaft untersucht sie heutzutage die Schwangere 12–15mal bis zur Geburt. Drei ärztliche und eine Ultraschalluntersuchung (12.–16. Schwangerschaftswoche) sind ebenso vorgesehen. Während der Schwangerschaft wird die Gesundheitspflegerin zu einer Vertrauensperson für die werdende Mutter, denn sie lernt im Vergleich zum Arzt oder zur Ärztin die werdende Mutter in ihrem ganzen Umfeld intensiver kennen. Sie wird zur Ansprechpartnerin für die Schwangere, später für die Mutter, aber auch für den Vater, verfolgt den Entwicklungsprozess des Embryos bis zur Einschulung des Kindes auf ganzheitliche Weise durch viele Gespräche, die offen von beiden Seiten geführt werden. Eine Gesundheitspflegerin muss mehr als früher die Kunst des Zuhörens, Beratens und der Fürsorge beherrschen, da junge Familien oft auf sich alleine gestellt sind und auch die Zahl der Alleinerziehenden ständig steigt.

Von der Vorsorgeuntersuchung bis zur Einschulung

Heutzutage versucht sie auch nach der Krankenhausgeburt den Säugling zweimal Zuhause zu besuchen, um sich vor Ort ein Bild von der Umgebung des Neugeborenen zu verschaffen. Anschließend kommen die kleinen Klientinnen und Klienten insgesamt rund achtmal im 1. Lebensjahr zur Gesundheitspflegerin, viermal bis zum 2. Lebensjahr, danach ein Mal pro Jahr bis zur Einschulung mit sieben Jahren. Ein Arzt oder eine Ärztin des staatlichen Gesundheitszentrums untersucht darüber hinaus die unter Einjährigen dreimal, ansonsten alle zwei Jahre. Bei Fragen oder Sorgen bekommt man auch einen zusätzlichen Termin bei NEUVOLA und erfährt dort immer fachliche und menschliche Unterstützung.

Schutz und Hilfe bietet NEUVOLA für die gesamte Bevölkerung, völlig unabhängig von der sozialen Herkunft. Alle Schwangeren gehen zu der nächstliegenden NEUVOLA und fast 100% der Familien nutzen dieses staatliche Angebot. Zwar gibt es keine direkte gesetzliche Verpflichtung zu NEUVOLA zu gehen. Nutzt man jedoch das staatliche Angebot

von NEUVOLA nicht, gibt es weder Mutterschaftsgeld noch das staatliche Mutterschaftspaket. Letzteres beinhaltet eine hochqualitative Babygrundausrüstung sowie eine kleine Schaumstoffmatratze, die in den ersten Wochen als Baby-Schlafplatz benutzt werden kann. Dies ist einmalig auf der Welt. Das Paket bekommt man erst, wenn die Schwangerschaft mindestens 154 Tage dauerte und die Vorsorgeuntersuchungen mindestens vier Monate vor der Geburt bei NEUVOLA oder einem Arzt bzw. einer Ärztin (das ist durchaus möglich) gemacht wurden. Im übertragenen Sinne verdeutlicht es: Der finnische Staat schenkt als Zeichen der Chancengleichheit allen dieses Paket. Er setzt damit Maßstäbe für Qualität und verschafft allen dieselbe Ausgangsbasis. Über die kommunalen NEUVOLA-Institutionen wird den Familien Schutz und Sicherheit angeboten, indem sie das heranwachsende Lebewesen wachsam begleiten.

Unterstützungsnetzwerke für die Gesundheitspflegerinnen

Zweifelsohne ist heutzutage bei den Vorsorgeuntersuchungen bis zur Einschulung neben der physischen Entwicklung auch die psychische und soziale Entwicklung des Kindes bei NEUVOLA viel stärker in den Mittelpunkt gerückt. Das Personal ist dementsprechend qualifiziert, so dass allererste Anzeichen – ob versäumter Termin oder Auffälligkeiten – sofort auch als Warnsignal wahrgenommen werden können. Bei Bedarf kann sich jede Gesundheitspflegerin auf ein funktionierendes multiprofessionelles Netzwerk aus Sprach-, physiotherapeutischen und psychologischen Fachkräften, Fachärztinnen und -ärzte sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern verlassen. Das ermöglicht ein gezieltes, sofortiges Eingreifen und reduziert Fehlentwicklungen. Auch die enge Zusammenarbeit von NEUVOLA mit Kindergarten und Vorschule vervollständigt darüber hinaus das gesundheitliche und soziale Gesamtprofil eines Kindes bis zum Schuleintritt. Dann setzt sich die staatliche Betreuungskette fließend fort, in dem die Informationen der kleinen Klientinnen und Klienten von NEUVOLA auch virtuell an die Schulgesundheitspflegerin und Schulärztin oder den Schularzt übergeben werden. Finnische Familien reagieren darauf nicht mit Misstrauen, denn sie vertrauen NEUVOLA, deren Arbeit sie jahrelang durch individuelle Beratung bei ihrer Erziehungsarbeit und bei der Bewältigung ihrer Alltags- und Paarkonflikte schätzen gelernt haben. Sie interpretieren die staatliche Fürsorge keinesfalls als lückenlose Überwachung, Zwang oder Einmischung, sondern als Chance für die gesunde Entwicklung des Kindes und staatliche Zukunftsinvestition ihrer Steuergelder.

Evaluation zur Qualität der Neuvola-Einrichtungen

Am 04.01.2006 veröffentlichte das Sozial- und Gesundheitsministerium die landesweite Untersuchung über die Qualität der NEUVOLA-Einrichtungen. Zwar verdeutlicht diese Untersuchung kommunale Unterschiede und Personalmangel, zeigt aber auch die Stärken, die in der gesundheitspflegerischen Arbeit, bei der Unterstützung der Eltern bei der frühkindlichen Erziehungsarbeit und bei der sehr hohen Motivation des Personals nach Fortbildung und ihrer effektiven Zusam-

menarbeit liegen. Diese Untersuchung soll nun den Kommunen in einer Zeit der Einsparungen als Grundlage dienen, sinnvolle Wege zu suchen, damit dieses NEUVOLA-System als wichtiger Grundpfeiler im Leben eines Kindes auf keinen Fall ins Wanken gerät. Dieses umfassende, kostenlose und gleichberechtigte Betreuungssystem soll weiterentwickelt werden, damit in der finnischen Gesellschaft garantiert niemand ausgegrenzt wird und soziale Ungerechtigkeit verhindert wird.

Literatur bei der Verfasserin

PETRA LINDEROOS, *Universität Jyväskylä*,
PL 35 (P), FIN- 40014, *yväskylän Yliopisto*,
gsm: Tel.: (+35) 84 05 15 78 36,
E-Mail: Petra.Linderoos@campus.jyu.fi

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

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

ISSN: 1438-6666

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

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

Beiträge: Dr. Margarete Blank-Mathieu, Dr. Konstanze Blatt, Dr. Brigitte Borrmann, Mirjam Hartmann, Tilmann Knittel, Dr. Michael Kögler, Prof. Dr. Petra Kolip, Petra Linderoos, Dr. Christine Loytved, Dr. Ulrike Lutz, Dr. Dorothee Meyer-Mansour, Sabine Pfeifer, Hanna Reiche, Barbara von Richthofen-Krug, Alexandra Sann, Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz, Michael Steiner, Dr. Carsten Stephan, Helga Strube, Oda von Rahden, Irmela Wiemann,

Sekretariat: Anja Führmann

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 51: 28.04.2006

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

Auflage: 6.000

Gestaltung: formfuersorge

Druck: Interdruck Berger

Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

Irmela Wiemann

Früher Verlust familiärer Wurzeln und seelische Folgen

Adoptierte oder früh in Familienpflege gegebene Kinder führen zwei Leben: Eines mit ihrer emotionalen Familie in Alltag und Normalität – und eines voll seelischem Schmerz, von den eigenen Eltern fortgegeben worden zu sein.

Wir wissen aus der Säuglingsforschung, dass Neugeborene ihre Eltern an der Stimme, der Sprache, am Herzschlag und am Geruch erkennen. Neugeborene spüren und speichern den Verlust, den Bruch im Leben. Es gibt vielfältige seelische Folgen, z. B. lebenslange Selbstunsicherheit, Ängste vor neuer Trennung, Selbstzweifel und Selbstablehnung. Die in Schweden erstmals nachgewiesene hohe Rate von Suizid und Suizidversuchen bei ausländischen Adoptierten oder der erhöhte Anteil von Adoptierten in der Psychiatrie sind deutliche Hinweise auf die Störanfälligkeit von Menschen mit frühen Verlusten und Beziehungsabbrüchen.

Loyalitäts- und Identitätskonflikte

Die meisten Adoptierten wollen viel über ihre Abstammung, ihre physische und psychische Konstitution und die Umstände ihrer Fortgabe wissen. Schon vierjährige Kinder fragen: ›Ich wüsste so gern, wie meine Bauchmama aussieht.‹ Oder: ›Wenn unsere Nachbarn mich damals geholt hätten, wäre ich dann jetzt ihr Kind?‹, ›Warum wollte mich meine Mama nicht? Was war an mir nicht richtig, was habe ich falsch gemacht?‹

Viele Adoptiv- und Pflegekinder gehen davon aus, ihre leiblichen Eltern seien ›schlecht‹ oder ›wertlos‹. Doch auch Loyalitätskonflikte beherrschen ihr Leben: Dürfen sie ihre emotional-sozialen Eltern ganz und gar lieben? Könnte die leibliche Mutter dies missbilligen? Und wenn sie Sehnsucht nach ihren leiblichen Eltern zeigen, werden sie dann von den annehmenden Eltern abgelehnt? Manche Kinder und Jugendlichen wollen ihrer unbekanntem Mutter oder ihrem unbekanntem Vater Treue beweisen, indem sie wie diese werden. Ich kenne einen Fünfzehnjährigen, der zu seinen erfolgreichen Adoptiveltern sagt: ›So viel wie ihr kann ich nie erreichen. Mein Vater war ganz unten. Ich gleiche ihm.‹ Dies ist kein Einzelfall.

Geeignete Bewältigungsstrategien

Um solche Beunruhigung zu vermeiden, wollen manche Adoptiveltern Kindern die Adoption verschweigen, bis sie wesentlich älter sind. Zwar können wir Informationen von Kindern fern halten, nicht aber die dazu gehörigen Gefühle. Ahnungen und Vermutungen binden seelische Energie beim jungen Menschen. Geheimnisse erschüttern das Vertrauensverhältnis zwischen Eltern und Kind.

Der entgegen gesetzte Weg entlastet Kinder und fördert ihre Reifung: Informationen über die Herkunftsfamilie, Name, Alter und die Gründe der Fortgabe. Wenn annehmende Eltern dazu die Herkunftseltern ihres Kindes achten, sie mit dem Kind deren Verlust oder auch deren negative Seiten betrauern, dann können Adoptierte oder Pflegekinder sich mit ihrer zweifachen Elternschaft oftmals aussöhnen. Auch Kontakte zur Herkunftsfamilie können Pflege- und Adoptivkindern helfen, ihre Ausnahmesituation zu bewältigen. Manche annehmenden Eltern geben den Herkunftseltern einen emotionalen Platz: ›Deine schönen Haare hast du von deiner ersten Mama, deine Sportlichkeit hast du von dei-

nem ersten Papa.‹ Dies sind gute Voraussetzungen für eine positive Entwicklung eines früh von seinen familiären Wurzeln getrennten Menschen.

Angebote von Babyklappe und anonymer Geburt: ein fataler Rückschritt

In Deutschland gibt es keine gesetzliche Grundlage für die anonyme Kindesabgabe. Alle, die sie praktizieren oder dazu auffordern, handeln illegal. Anonym geboren, in eine Babyklappe gelegt worden oder Findelkind zu sein, bedeutet für die betroffenen Menschen eine besonders radikale Form, sich unerwünscht, abgewiesen, verstoßen und verloren zu fühlen. Das lebenslange Leid von anonym Geborenen ist hinlänglich aus Frankreich bekannt, wo etwa 400 000 Menschen leben, die ihre Abstammung und die Gründe ihrer Fortgabe nicht kennen.

Befürworterinnen und Befürworter von anonymer Kindesabgabe fordern, dieses Leid sei hinzunehmen zugunsten der Lebensrettung Neugeborener. Doch Expertinnen und Experten bezweifeln, dass auch nur eines der anonym abgegebenen Kinder zuvor wirklich in Lebensgefahr war. Strafprozesse belegen: Babys werden von ihren Müttern in einem psychischen Ausnahme- und Panikzustand getötet. Sie haben die Schwangerschaft meist bis zur Geburt vor sich selbst verheimlicht und sind nicht in der Verfassung, eine Babyklappe oder eine Klinik zur anonymen Geburt aufzusuchen. Die Zahl der Kindstötungen und -aussetzungen bestätigt diese Hypothese: Trotz Babyklappen und anonymer Geburt gibt es in Deutschland eine jährlich etwa gleich bleibende Zahl tot oder lebend aufgefundener Neugeborener, ebenso in Frankreich.

Wer aber nutzt dann das Angebot zur anonymen Kindesabgabe? Frauen, die ihr Kind nicht töten würden, aber die bürokratischen Hürden einer Adoptionsfreigabe umgehen wollen? Mögliche Vergewaltiger, Missbraucher, Betreiber von Zwangsprostitution? Frauen, die aus kulturellen und religiösen Gründen aus ihrer Familie verstoßen werden, wenn sie ein Kind geboren haben? Frauen, die illegal in diesem Land leben? Wer hilft diesen Müttern, wenn sie ihr Kind heimlich zurückgelassen haben? Warum wird ihnen nicht gesagt, dass ihnen in einer Adoptionsstelle Schutz, Geheimhaltung und Vertraulichkeit gewährt wird und nur das Kind dort später Informationen erhalten kann? Die meisten „Mütter in Not“ wollen die Geburt ihres Kindes vor Dritten geheim halten, aber sie brauchen keine Anonymität gegenüber ihrem Kind. Eine anonyme Krankenhausentbindung wird von Sponsoren bezahlt, nennt die Mutter ihren Namen, muss sie für die Kosten selbst aufkommen. Das Versprechen, jede Mutter könne ihre Entscheidung innerhalb von acht Wochen korrigieren, wird damit bereits hinfällig. Mit der gesellschaftlichen Propagierung und Legitimation der anonymen Kindesabgabe werden betroffene Mütter, Adoptiveltern, aber vor allem die betroffenen Kinder in schwere Notlagen und Konflikte gestürzt, die oftmals lebenslang nicht mehr bewältigt werden können.

Literatur bei der Verfasserin

IRMELE WIEMANN, Fasanenstr. 4, 35796 Weinbach,

E-Mail: mail@irmelawiemann.de, www.irmelawiemann.de

Sabine Pfeifer

INES – Innovative Ernährungsberatung im Säuglingsalter

Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist ein zunehmendes Gesundheitsproblem – entsprechend groß ist inzwischen die Zahl an Präventions- und Therapieangeboten in Schulen und Kindergärten. Doch wirksame Prävention beginnt schon viel früher, bereits im Säuglingsalter werden die Weichen für eine gesunde Entwicklung und Ernährungsweise gestellt.

Präventionsmaßnahmen bereits im Säuglingsalter, insbesondere durch die Ernährung, können langfristig zur Gesundheitsförderung und zur Vorbeugung chronischer ernährungsbedingter Zivilisationskrankheiten beitragen. So stehen beispielsweise Zeitpunkt und Art der Beikostfütterung im Zusammenhang mit der Qualität der Nährstoffzufuhr und mit der Entwicklung von Essgewohnheiten.

Um sinnvolle Ernährungsaufklärung und -erziehung zu leisten, setzt die NOVITAS Vereinigte BKK ihre theoretischen Studienergebnisse in praktische Beratung um. Im Rahmen der INES-Studie wurde erstmals die Wirksamkeit von Beratungsangeboten zur Säuglingsernährung wissenschaftlich untersucht. Durchgeführt wurde diese randomisierte kontrollierte Studie zusammen mit dem Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) in Dortmund.

Die Untersuchung sollte u. a. zeigen, ob sich ein kostengünstiges Ernährungsberatungssystem unter Einsatz telefonischer und/oder schriftlicher Beratung realisieren lässt und ob eine telefonische Ernährungsberatung eine wirksame Alternative zu den herkömmlichen schriftlichen Materialien oder Kursen darstellt. Zielgruppe waren deutsche Mütter von gesunden reif geborenen Säuglingen im Alter zwischen 18 und 42 Jahren, die durch postalische Information oder Ansprache in Krankenhäusern auf die Studie aufmerksam gemacht worden sind.

Als wesentliche Ergebnisse dieser aufwändigen Studie lassen sich festhalten, dass sich unter Einsatz telefonischer und/oder schriftlicher Beratung ein kostengünstiges Ernährungsberatungssystem realisieren lässt, mit dem die Studienteilnehmerinnen sehr zufrieden waren. Trotz der insgesamt guten

Ernährung der Säuglinge in der Zielgruppe konnten durch Beratung noch weitere Verbesserungen erzielt werden. Je mehr Beratungsangebote den Müttern zur Verfügung standen, d. h. je intensiver die Beratung, umso empfehlungsgerechter war die Ernährung der Säuglinge.

Außerdem ließ sich zeigen, dass eine telefonische Ernährungsberatung eine wirksame Alternative zu den herkömmlichen Angeboten der Gesundheitsförderung, d. h. schriftlichen Materialien oder Kochkursen, ist. Fast alle Mütter würden ein weiteres Beratungsangebot zur Kinderernährung in Anspruch nehmen.

Die INES-Studie hat also gezeigt, dass eine maßgeschneiderte Beratung zur Säuglingsernährung durchaus Chancen auf messbaren Erfolg hat. Die Ergebnisse aus der Studie wurden bei der NOVITAS Vereinigte BKK in die Beratungspraxis umgesetzt. So werden die hier versicherten Mütter in den ersten sechs Wochen nach der Geburt ihres Kindes angeschrieben und über ein umfassendes Beratungsangebot informiert. Neben der Möglichkeit der telefonischen Beratung über eine Hotline erhalten alle Mütter eine im Rahmen der INES-Studie entwickelte Broschüre zur Säuglingsernährung. So fängt die Gesundheitsförderung bereits zu Lebensbeginn an.

Literatur bei der Verfasserin

SABINE PFEIFER, NOVITAS Vereinigte BKK, Schifferstraße 92-100, 47059 Duisburg, E-Mail: sabine.pfeifer@novitas-bkk.de

Oda von Rahden, Petra Kolip

Der Hebammenkreißaal

Eine geburtshilfliche Alternative in der Klinik

Mit der Gründung der ersten Hebammenkreißäle in Deutschland schließt sich Deutschland einer internationalen Entwicklung an, im klinischen Setting eine hebammengeleitete Geburtshilfe anzubieten. Im internationalen Raum hat sich dieses klinische Versorgungsmodell bereits etabliert und dessen Wirksamkeit und Effizienz sind durch diverse Studien belegt.

Vor dem Hintergrund der starken Medikalisierung und Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt kommt diesem Versorgungsmodell eine besondere Bedeutung zu, denn erstmals wird Frauen auch im klinischen Bereich ein Betreuungskonzept angeboten, welches eine interventionsarme Geburtshilfe als Ziel hat und sich stark an den Bedürfnissen von Frauen und Paaren orientiert. Hebammen sind in Deutschland laut Hebammengesetz zwar befugt, schwangere Frauen zu beraten und zu betreuen, normale Geburten eigenverantwortlich zu leiten sowie den Wochenbettverlauf und die Neugeborenenperiode zu betreuen, trotzdem fand sich eine eigenverantwortliche Hebammengeburtshilfe bisher fast ausschließlich in der außerklinischen Geburtshilfe. Mit dem Konzept des Hebammenkreißaals wird nun erstmals der Tatsache Rechnung getragen, dass in Deutschland die Klinik mit 98% der am häufigsten gewählte Geburtsort ist.

Der Hebammenkreißaal ist ein Betreuungsmodell für gesunde Schwangere mit einem geringen geburtshilflichen Risiko. Sie können sich entscheiden, ob sie sich während der Geburt im herkömmlich ärztlich geleiteten Kreißaal oder im Hebammenkreißaal betreuen lassen wollen. Der Hebammenkreißaal ergänzt somit das Betreuungsangebot einer Klinik, ohne den üblichen ärztlich geleiteten Kreißaal zu ersetzen.

Schwangere werden im Hebammenkreißaal von Hebammen selbstständig und eigenverantwortlich betreut, ein Arzt oder eine Ärztin werden nur dann hinzugezogen, wenn es zu unvorhergesehenen Risiken





kommt oder wenn Notfälle ärztlich behandelt werden müssen. Beide Kreißsäle arbeiten in enger Kooperation miteinander, so dass die Hinzuziehung einer Ärztin oder eines Arztes bei Bedarf gewährleistet ist. Welche Regelwidrigkeiten als pathologisch eingestuft werden, so dass die Hinzuziehung einer Ärztin oder eines Arztes erforderlich ist, regelt ein interdisziplinär erarbeiteter Richtlinienkatalog.

Im Hebammenkreißsaal wird eine kontinuierliche beziehungsorientierte Betreuung durch ein der Frau bekanntes Hebammenteam angeboten. Im Optimalfall kennen sich Gebärende und Hebamme schon vor der Geburt, so dass eine Basis für eine vertrauensvolle Beziehung geschaffen ist. Während der Geburt wird eine Eins-zu-eins-Betreuung angestrebt, um zu ermöglichen, dass die Hebamme den Geburtsprozess kontinuierlich und auf die individuellen Bedürfnisse der Frau abgestimmt begleitet. Auf diese Weise können günstige Rahmenbedingungen für einen störungsarmen Prozess und eine vertrauensvolle und geborgene Atmosphäre geschaffen werden, in der keine oder weniger medizinische Interventionen notwendig sind. Darüber hinaus wird das Vertrauen der Frau in den natürlichen Geburtsvorgang gestärkt und sie erhält durch Aufklärung und Information die Möglichkeit, die Geburt selbstbestimmt (mit) zu gestalten.

Die bisher in Deutschland existierenden Hebammenkreißsäle sind weder räumlich noch personell vom üblichen Kreißsaal getrennt, so dass sich unter der Geburt ergebende Pathologien, die die Hinzuziehung einer Ärztin oder eines Arztes erfordern, nicht mit einer Verlegung oder einem Wechsel der Hebammenbetreuung einhergehen. Hierin liegt einer der Unterschiede zu den Hebammenkreißsaalmodellen aus Dänemark und England, wo es sich in der Regel um zwei völlig getrennte Abteilungen innerhalb eines Krankenhauses handelt.

Da das Konzept des Hebammenkreißsaals in Deutschland noch relativ neu ist, liegen bisher keine Erkenntnisse zu seiner Effektivität und Effizienz hierzulande vor. Weiterhin ist zum jetzigen

Zeitpunkt unklar, in welchem Umfang dieses Angebot die Bedürfnisse der Frauen und Paare tatsächlich trifft. Der Hebammenkreißsaal im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide wird daher wissenschaftlich vom Verbund Hebammenforschung (VHF) begleitet. Ausführlichere Informationen zur wissenschaftlichen Begleitung des Hebammenkreißsaals gibt es unter: www.hebammenforschung.de.

Literatur bei den Verfasserinnen

ODA VON RAHDEN, PROF. DR. PETRA KOLIP
Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung, Postfach 330440, 28334 Bremen, Tel.: (04 21) 2 18 -97 26, Fax: (04 21) 2 18 - 81 50, E-Mail: kolip@uni-bremen.de

Bewusst durch die Wechseljahre

Im März 2006 wurde das Faltblatt ›Bewusst durch die Wechseljahre‹ vom Arbeitskreis Frauenbelange in der Medizin veröffentlicht. Es stellt Fragen zu möglichen Beeinträchtigungen im Klimakterium, gibt Anregungen zur Linderung von Beschwerden und ermuntert betroffene Frauen, beim Besuch in der gynäkologischen oder hausärztlichen Praxis gezielte Fragen zu stellen. Das Faltblatt soll dabei helfen, sich über die eigenen Beschwerden klarer zu werden und eine eigene Strategie zu finden, wie mit den Veränderungen in den Wechseljahren umgegangen werden kann. Diese Orientierungshilfe kann aus dem Internet herunter geladen werden unter <http://www.gesundheit-nds.de/veroeffentlichungen/medienliste/index.htm>

Bürokratieabbau im Arbeitsschutz

In niedersächsischen Betrieben wird es künftig keine Doppelbesichtigungen durch Arbeitsschutzkontrolleure der Berufsgenossenschaften und der Staatlichen Gewerbeaufsicht mehr geben. Das sieht ein Erlass des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit vor, in dem die zehn niedersächsischen Gewerbeaufsichtsämter angewiesen werden, vom 01.01.2006 an sich bei Besichtigungen mit den Unfallversicherungsträgern abzustimmen. Mit dem Erlass hat Niedersachsen einen Beschluss der Arbeits- und Sozialminister der Länder zur Deregulierung des Arbeitsschutzrechts umgesetzt.

Für die Präventions- und Besichtigungsaufgaben im Arbeitsschutz sind aufgrund gesetzlicher Vorgaben sowohl die staatlichen Arbeitsschutzbehörden wie auch die Berufsgenossenschaften zuständig. Durch eine routinemäßige Abfrage im Vorfeld geplanter Inspektionen soll künftig ausgeschlossen werden, dass derselbe Betrieb binnen kurzer Zeit zweimal von Arbeitsschutzkontrolleuren aufgesucht wird. Die Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften) und die staatlichen Arbeitsschutzbehörden haben sich auf Fachebene darauf verständigt, Besichtigungen der Betriebe wechselseitig anzuerkennen.

Auch für Betriebe in öffentlicher Trägerschaft wird durch eine im Dezember 2005 geschlossene Vereinbarung des Niedersächsischen Sozialministeriums mit den Gemeinde-Unfallversicherungsverbänden Hannover und Braunschweig sowie der Landes-Unfallkasse sichergestellt, dass unnötige Parallelverwaltung und Doppelbesichtigungen vermieden werden. Nach der Vereinbarung ist künftig nur noch ein Vertragspartner für die Überprüfung der Arbeitsschutzvorkehrungen in bestimmten Branchen verantwortlich.

Information:

THOMAS SPIEKER, Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20-40 57, Fax: (05 11) 1 20-42 98/42 91, E-Mail: pressestelle@ms.niedersachsen.de, www.ms.niedersachsen.de



Dorothee Meyer-Mansour, Helga Strube

DGE-Wettbewerb »Wer richtig isst, ist besser drauf«

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Sektion Niedersachsen, hat sich in Abstimmung mit dem Niedersächsischen Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz das Ziel gesetzt, seine Maßnahmen im Bereich der Ernährungsaufklärung in ein umfassendes und nachhaltiges Konzept von Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche einzubetten. Eine entsprechende Schulverpflegung bietet hierzu hervorragende Möglichkeiten. Kinder und Jugendliche sind darüber hinaus im Hinblick auf die Wertschätzung der Agrarprodukte sowie der Lebensmittelqualität die Verbraucherinnen und Verbraucher von morgen. Durch ein optimales, qualitativ hochwertiges und genussvolles Verpflegungsangebot lassen sich sowohl die Auswahl der konsumierten Lebensmittel steuern als auch die Grupsituation für ein gesundheitsförderliches Verhalten nutzen.

Ein Wettbewerb mit einem Förderpreis hat für die Schulleitung und für die jungen Menschen eine hohe ideelle Bedeutung. Sie bestärkt zudem insbesondere Schülerfirmen und Initiativen, die sich mit großem persönlichem Engagement einer innovativen, gesunden Schulverpflegung verpflichtet fühlen. Der Anreiz eine gesunde Schulverpflegung aufzubauen wird durch eine positive Berichterstattung in den Medien nachhaltig gestärkt. Schulen befinden sich aufgrund des demographischen Wandels zunehmend in einer latenten Wettbewerbssituation und nutzen die vorhandenen Möglichkeiten einer Profilierung. Diese Situation wird sich in den kommenden Jahren aufgrund der zunehmenden Möglichkeiten von Schulen, eigenverantwortlich bestimmte Etats zu verwalten, eher noch verstärken.

Dieser Wettbewerb sucht die Besten

In Niedersachsen gibt es immer mehr Initiativen von Schülerinnen, Schülern, Lehrkräften und Eltern, die sich mit großem persönlichem Einsatz einer gesundheitsförderlichen Schulverpflegung verpflichtet fühlen. Hinter dem nüchternen Begriff Schulverpflegung verbergen sich oft erfolgreiche Projekte wie z. B. eine Cafeteria, ein Cafe oder

ein Pausentreff. Das Anliegen des Wettbewerbs ist, möglichst viele »Nachahmer« für die Schulprojekte zu finden und für diese Idee zu begeistern.

Denn von diesen wichtigen Eigeninitiativen in Sachen Schulverpflegung profitieren alle: Die engagierten Schülerinnen und Schüler, weil sie damit nicht nur Anerkennung und Spaß erleben, sondern auch wichtige Kompetenzen erwerben; aber auch die Schule, weil sich das Schulklima spürbar verbessert; Mitschülerinnen, -schüler und Lehrkräfte, weil sie ein Mittagessen, Snack oder ein Getränk genießen können; und die Eltern, die ihre Kinder gut aufgehoben und versorgt wissen.

Schirmherr des Wettbewerbs ist der Niedersächsische Minister für den ländlichen Raum, Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz Heiner Ehlen. Auch der Niedersächsische Kultusminister Bernd Busemann unterstützt das Anliegen. Finanziell wird der Wettbewerb durch die Heinz-Lohmann Stiftung, Visbek, getragen.

Wettbewerbsbedingungen

- Das Verpflegungsprojekt wurde selbst an der Schule entwickelt.
- Das Projekt läuft schon mindestens ein Schuljahr.
- Die Projektidee ist originell und ist langfristig angelegt.
- Das Angebot ist nicht nur genial und schmeckt gut, sondern ist natürlich auch gesund.

Beworben haben sich mehr als 80 Projekte mit Schülerfirmen und Schülergruppen aus den Klassen 5–13, die sich für die Schulverpflegung engagieren. Eine Jury bewertet die eingereichten

Projekte in einem Bewertungsverfahren nach Kriterien wie z. B. Originalität der Idee, Qualität und Gesundheitsaspekt, Ess-Kultur, Regelmäßigkeit und Nachhaltigkeit sowie Partizipation. Die Preisverleihung wird am 1. Juni 2006 im Rahmen einer Festveranstaltung in Hannover stattfinden. Für die Gewinner bzw. Gewinnerinnen gibt es Preise im Wert von 300 bis 1500 Euro.

Erste Erfahrungen

Nach zunächst schwacher Resonanz auf die Wettbewerbsausschreibung im niedersächsischen Schulverwaltungsblatt sind das Interesse am Wettbewerb und die Beteiligung deutlich gestiegen. Es sind vielfältige und äußerst interessante Bewerbungen zwischenzeitlich beim Projektträger eingegangen.

Der Schulwettbewerb »Wer richtig isst, ist besser drauf« soll im Rahmen einer Diplomarbeit im Fachbereich Ernährungswissenschaften dokumentiert und evaluiert werden, um Erfahrungen und Ergebnisse der erstmaligen Durchführung für eine geplante Fortsetzung nutzen zu können.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. DOROTHEE MEYER-MANSOUR,
Nds. Ministerium für den ländlichen Raum,
Ernährung, Landwirtschaft und
Verbraucherschutz,
E-Mail: Dorothee.meyer-mansour@ml.niedersachsen.de

HELGA STRUBE, Deutsche Gesellschaft für
Ernährung e. V., Sektion Niedersachsen,
Berliner Allee 20, 30175 Hannover,
Tel.: (05 11) 3 80 24 66,
Fax: (05 11) 3 80 24 65,
E-Mail: dge.niedersachsen@t-online.de

Mirjam Hartmann

ADEBAR – Ein Storch im Stadtteil

Das Familienprojekt ADEBAR wendet sich an (werdende) Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 10 Jahren, die in den sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen St. Pauli Süd und Altona-Altstadt leben. ADEBAR ist in altdeutschen Märgen die Bezeichnung für Storch und Glücksbringer. Seit 2001 bietet das Projekt niedrigschwellige Unterstützung durch Angebote der Sozialen Stadtteilentwicklung, des Familiencafés, der Familienhebammenhilfe und der Familiären Krisenhilfe.

Ressourcenorientierung, Freiwilligkeit und Auftragsorientierung sowie ein konsequenter Ansatz an der Lebenswelt der Zielgruppe sind Grundprinzipien der Arbeit. Familien können sowohl zu offenen Angeboten kommen als auch flexibel vereinbart individuelle Unterstützung in Anspruch nehmen. Auch aufsuchende Arbeit ist Bestandteil des Konzepts. Verschiedene Zugangswege über interdisziplinäre Kooperationspartnerinnen und -partner, Verwandte, Freunde und Freundinnen u. a. sind möglich. Förderung, Aktivierung und Befähigung der Familien spielen bei den Angeboten ebenso eine Rolle wie die Verbesserung von Strukturen des Stadtteils und der Aufbau von interdisziplinären Netzwerken im Bereich der Jugendhilfe und der Gesundheitsdienste.

Soziale Stadtteilentwicklung

Im Stadtteil werden Bedarfe nach Unterstützungsangeboten ermittelt und aktuelle Themen aufgegriffen und moderiert. Partizipative Methoden werden angewendet, um Bedarfe und Ressourcen der Anwohner und Anwohnerinnen zu ermitteln und sie in Planungs- und Umsetzungsprozesse zu integrieren. Aktuelles Projekt ist eine groß angelegte Kinderbefragung an der örtlichen Ganztagschule. Des Weiteren arbeitet ADEBAR in verschiedenen Gremien auf Stadtteil-, Bezirks- und Landesebene mit und trägt zur Vernetzung der sozialen und medizinischen Infrastruktur bei.

Familienhebammen-Angebot

Die Familienhebammen betreuen Frauen und Familien während der Schwangerschaft und im gesamten ersten Lebensjahr des Kindes. Zu dem Angebotsspektrum zählen u. a. Unterstützung

während der Schwangerschaft, Geburtsvorbereitung, Hausbesuche, Rückbildungsgymnastik, Babymassage, Stillberatung, Beratung bei Schreikindern, Förderung einer guten Mutter-Kind-Bindung, Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen und Müttergruppen. Die intensive Einzelhilfe und Begleitung richtet sich an Schwangere und Familien in besonders belasteten Lebenslagen. Dazu gehören minderjährige Mütter, Familien mit Suchtproblemen, Familien mit großen finanziellen oder sozialen Schwierigkeiten, Familien, deren ältere Kinder in einer Pflegefamilie oder im Heim untergebracht sind, sowie Schwangere bzw. Mütter, die psychisch belastet oder psychisch erkrankt sind. Die Familienhebammen arbeiten eng mit den Sozialpädagoginnen bei ADEBAR zusammen und sind mit anderen Einrichtungen vernetzt.

Familiencafé

Das ADEBAR Familiencafé ist offen für Schwangere, Väter und Mütter mit Kindern. Kontakt und Selbstorganisation werden gefördert, Beratung und Informationsveranstaltungen können bei Bedarf in Anspruch genommen werden. Integriert sind unterschiedliche Angebote wie z. B. Krabbelgruppe, Sing- und Spielkreis, Babymassage oder Alleinerziehenden-Treff.

Familiäre Krisenhilfe

Die Familiäre Krisenhilfe unterstützt Schwangere, Mütter und Väter mit Kindern im Alter von 0–10 Jahren, die sich in akuten Krisensituationen befinden und bietet ihnen eine zeitnahe, flexible und bedarfsgerechte Unterstützung an. Ziele sind eine Klärung der Situation und die Einleitung der ersten Schritte, sowie die Vermeidung von weiterer Eskalation oder einer Chronifizierung von Schwierigkeiten. Häufig steht hier Hilfe zur Existenzsicherung am Anfang, um eine Basis für weitergehende Unterstützung zu schaffen.

Literatur bei der Verfasserin

MIRIAM HARTMANN, *Familienprojekt ADEBAR, Lange Straße 9, 20359 Hamburg, Tel.: (0 40) 31 79 81 66, E-Mail: adebar.st.pauli@gmx.de, www.adebar-st-pauli.de*

Hanna Reiche

Vom Kindergarten zum Familienzentrum

Im Rahmen der Jugendhilfeplanung des Landkreises Northeim wurde deutlich, dass im Sozialraum Bodenfelde ein besonderer Bedarf an Familien fördernden Maßnahmen besteht. Eine hohe Arbeitslosenquote, anhaltende wirtschaftliche Not der Familien und ein durch die Abwanderung junger Menschen wachsender, überdurchschnittlich hoher Anteil älterer Einwohnerinnen und Einwohner führen im Zusammenhang mit Inkrafttreten der Hartz IV-Regelungen zu einem Anstieg der sozialen Probleme. So ist der Kostenaufwand des Jugendhilfeträgers für Not-Hilfen nach dem SGB VIII in der Region überproportional hoch. Signifikant ist auch der Zuzug von Familien mit komplexen Problembelastungen, die auf preiswerten Wohnraum – entstanden durch ein Überangebot von Wohnungsleerständen – angewiesen sind, was wiederum Integrationsprobleme aufwirft. Dagegen ist die soziale Infrastruktur, insbesondere im Bereich familienbezogener Dienste, bisher relativ schwach ausgeprägt und der Entwicklung in keiner Weise angepasst, so dass hier ein dringender Handlungsbedarf besteht.

Von Belastung zu Entlastung – von Isolation zu Kommunikation

Das kürzlich begonnene Projekt ›Ausbau des Ev.-luth. Kindergartens Bodenfelde zu einem Familienzentrum‹ soll die soziale Infrastruktur durch die Vernetzung vorhandener und die Schaffung zusätzlicher bedarfsorientierter Angebote weiterentwickeln und dadurch zur nachhaltigen Verbesserung der Lebensbedingungen für Familien in der Region beitragen. Nach dem Leitgedanken ›Von Belastung zu Entlastung – von Isolation zu Kommunikation‹ sollen Familien in ihrer Familienfähigkeit unterstützt werden. Dies gilt insbesondere für Familien in belasteten Lebenslagen. Die inhaltlichen Schwerpunkte sind u. a. darauf ausgerichtet, die soziale Integration von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien zu fördern, familienbezogene Angebote der Beratung und Unterstützung zugänglich zu machen und zu sichern, die Erziehungskompetenz der Eltern zu stärken und das Zusammenleben der

Generationen zu verbessern. Dabei kommt es wesentlich darauf an offene, leicht zugängliche Angebote zu gestalten.

Selbsthilfe mobilisieren – nachbarschaftliche Hilfe aktivieren – institutionelle Hilfe optimieren

Als erste konkrete Maßnahmen werden auf Wunsch von Eltern Betreuungsangebote für Kinder entwickelt, die die institutionelle Betreuung sinnvoll ergänzen und zur Entlastung der Familien im häuslichen Bereich beitragen: Babysitter- und Großelterndienste sowie Patenschaften für ein Kind. Eine Selbsthilfegruppe für allein erziehende Eltern hat sich gebildet. Auch eine Krabbelgruppe für Kinder bis zu zwei-einhalb Jahren wurde ins Leben gerufen. Hausaufgabenhilfe, ein Kurs für Berufsrückkehrerinnen und ein Elterstraining sind in Planung. Ein Frauenfrühstück bietet Müttern die Möglichkeit zu sozialen Kontakten und zum Erfahrungsaustausch. In Zukunft soll ein möglichst breites sozialpädagogisches Beratungsangebot der bestehenden Einrichtungen unter dem Dach des Familienzentrums etabliert werden. Ein weiterer Aspekt ist die Förderung des freiwilligen Engagements und die Entfaltung und Vernetzung lokaler Ressourcen, die durch ein professionelles Freiwilligenmanagement begleitet werden. Zu den Kooperationspartnern vor Ort zählen Schulen, der Verein Nachbarschaftshilfe, die Johanniter Unfallhilfe, Pflegedienste, Frauengruppen, eine Physiotherapie-Praxis und Krankenkassen.

Familienförderung als Bestandteil einer Kindertageseinrichtung

Unter Berücksichtigung der sozialen Bedingungen von Kindern in der Region soll der Ev.-luth. Kindergarten Bodenfelde sukzessiv zu einer Institution der Familienbegleitung und zu einem neuen sozialen Treffpunkt für alle Familien ausgebaut werden. Der Kindergarten wirkt als Impulsgeber für den Aufbau neuer tragfähiger Unterstützungssysteme im Gemeinwesen und leistet darüber einen Beitrag zu einer verbesserten Lebensqualität von Kindern und Familien. Er entwickelt

sich von der Aufgabe der individuellen Hilfeleistung für einzelne Familien hin zur Gemeinwesenorientierung und nimmt somit Integrationsfunktion im Sozialraum Bodenfelde wahr. Dieser Ansatz der Familienförderung als integrierter Bestandteil von Kindertageseinrichtungen gilt in der Fachdiskussion als zukunftsweisend, jedoch mangelt es weithin an der praktischen Umsetzung.

Als besondere Aspekte sind hervorzuheben:

- Der Kindergarten als eine Einrichtung der Elementarerziehung ist vor Ort verankert und genießt ein hohes Maß an Akzeptanz. Dies schafft günstige Zugangsvoraussetzungen zu den neuen Angeboten ›unter einem Dach‹ für Familien aller sozialen Lagen, insbesondere aber auch für sozial benachteiligte Kinder und ihre Eltern, ohne diese zu stigmatisieren.
- Der Kindergarten bietet sich als Anknüpfungspunkt für neue Formen der Zusammenarbeit mit Eltern an. Ergänzend zu den bisherigen zentralen Aufgaben einer Kindertageseinrichtung (Betreuung, Erziehung und Bildung von Kindern) werden Prozesse in Gang gesetzt (bedarfs- und beteiligungsorientiert), die die eigene, aktive Mitgestaltung von kinder- und familienfreundlichen Lebensbedingungen ermöglichen sollen.
- Die Hilfen sind nicht auf die Behebung von Defiziten ausgerichtet, sondern der präventive, ressourcen-

orientierte Ansatz steht im Vordergrund.

- Familienförderung setzt zu einem frühen Zeitpunkt an, um Überforderungs- und Überlastungssituationen in den Familien durch ein breites Spektrum an Unterstützungsmaßnahmen abzufedern bzw. zu vermeiden. Auf diese Weise werden positive Bedingungen für die psychosoziale und gesundheitliche Entwicklung der Kinder wie auch der Eltern geschaffen.
- Die sozialraumbezogene Infrastrukturförderung und die Entwicklung von präventiven Hilfen tragen nachhaltig zur Verbesserung der Standortqualität für Familien bei. Sie wirken so als ein Instrument der Zukunftsgestaltung und der Standortsicherung in der sozial benachteiligten Region Bodenfelde.

Aufgrund seines Modellcharakters wird das Projekt ›Familienzentrum Kindergarten Bodenfelde‹ von der ›Aktion Mensch‹, dem Innovationsfonds der Ev.-luth. Landeskirche Hannover und der Jugendstiftung des Landkreises Northeim für drei Jahre gefördert. Der Träger des Projektes ist die Ev.-luth. Kirchengemeinde Bodenfelde, die Projektplanung erfolgte durch das Diakonische Werk des Ev.-luth. Kirchenkreises Leine-Solling.

Literatur bei der Verfasserin

HANNA REICHE, *Diakonisches Werk Leine-Solling, Kreuzstr. 10, 37170 Uslar, Tel.: (0 55 71) 92 41 12, Fax: (0 55 71) 92 41 16, E-Mail: hanna.reiche@leine-solling.de*

Alexandra Sann

OPSTAPJE – Schritt für Schritt

Opstapje ist ein sekundär-präventives Förderprogramm für kleine Kinder (18 Monate bis ca. 3 Jahre) aus Familien, die aufgrund ihrer Lebenssituation (Armut, Arbeitslosigkeit, Migration, Trennung, niedriges Bildungsniveau der Eltern) unter schwierigen Bedingungen Kinder großziehen. Diese sozioökonomischen Kontextfaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Entwicklungsdefiziten bei den betroffenen Kindern. Die Auftretenshäufigkeit dieser Defizite soll durch den Einsatz von Opstapje reduziert werden. Es kann keineswegs von einer deterministischen Verknüpfung von sozialer Deprivation und Entwicklungsdefiziten ausgegangen werden. Die Familie und das nähere soziale Umfeld beeinflussen als moderierende Faktoren deren Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern.

Fördernde Bedingungen für Kinder

Als förderlich haben sich dabei insbesondere ein positives Familienklima, häufige gemeinsame Aktivitäten von Eltern mit ihren Kindern und ein gutes soziales Netzwerk erwiesen. Hier setzt die Arbeit mit Opstapje an: Eltern werden dazu angeregt, sich häufiger mit ihren Kindern zu beschäftigen, lernen deren altersgemäße Bedürfnisse besser kennen, werden für die Signale ihrer Kinder sensibilisiert und erweitern ihr Repertoire an positiven Interaktionsmöglichkeiten. Die Spiel-Aktivitäten von Opstapje sind so aufgebaut, dass alle wichtigen Entwicklungsbereiche der Kinder (Motorik/Feinmotorik, Kognition/Sprachentwicklung, Sozialverhalten) angesprochen und stimuliert werden. Die Eltern werden hierbei angehalten, die Autonomie und das Selbstwirksamkeitserleben ihrer Kinder beim Lösen von Aufgaben zu unterstützen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Aufbau von sozialen Netzwerken mit den anderen teilnehmenden Familien und das Erkunden von weiteren Angeboten für Eltern und Kinder im Stadtviertel. Wichtigster Ausgangspunkt bei der Arbeit in den Familien ist für die Mitarbeiterinnen von Opstapje die Motivation der Eltern, ihrem Kind bessere Lebenschancen zu bieten. Bei den regelmäßigen Besuchs-Kontakten, die

über einen Zeitraum von 18 Monaten wöchentlich erfolgen, wird daher explizit auf die Ressourcen der Familie und die positive Motivation der Eltern geachtet, um diese zu stärken.

Lebenswirklichkeit der Eltern ansprechen

Opstapje wendet sich gezielt an benachteiligte Gruppen in der Gesellschaft. Gerade diese Familien nehmen jedoch so gut wie gar nicht an präventiven Angeboten der Familienbildung oder Gesundheitsförderung teil, obwohl ihr Unterstützungsbedarf besonders hoch ist. Dies wird auch als »Präventionsdilemma« bezeichnet.

Sozial benachteiligte Familien fühlen sich durch die Art der gängigen Angebote und die Zusammensetzung der Klientel, die zumeist der gebildeten Mittelschicht entstammt, nicht in ihrer Lebenswirklichkeit angesprochen. Schnell erleben sie sich im Vergleich mit den anderen defizitär, können auch aus finanziellen Gründen nicht »mithalten«, sind als Migrantinnen und Migranten weniger vertraut mit der deutschen Sprache. Der Umgang mit viel schriftlichem Material ist ungewohnt und die Belastungen aus anderen Lebensbereichen lassen wenig Spielraum für persönliche Entwicklung. Diesen Hürden begegnet Opstapje mit seiner besonderen aufsuchenden Struktur, welche Hausbesuche mit Gruppentreffen im Nahraum der Familien kombiniert. Zentrales Programmmerkmal ist der (von Fachkräften begleitete) Einsatz geschulter Laien, die aus dem soziokulturellen Umfeld der Familien stammen. Als akzeptiertes und erreichbares Vorbild leitet die Hausbesucherin die Eltern modellhaft an, Spiel- und Lernsituationen mit ihren Kindern zu gestalten. Diese »Milieunähe« hat sich als Schlüsselfaktor für die Erreichbarkeit der Familien und die Kontinuität der Programmteilnahme herausgestellt.

Die wissenschaftliche Begleitung des ersten Einsatzes von Opstapje in Bremen und Nürnberg durch das Deutsche Jugendinstitut hat gezeigt, dass

das Programm vor allem in der Ansprache der Zielgruppe und hinsichtlich der gezielten Förderung einer altersangemessenen Entwicklung der Kinder erfolgreich war. Weitere Informationen zu Opstapje, wie z. B. den Abschlussbericht der Evaluation und den Praxisleitfaden zur Programmimplementierung, finden Sie unter www.dji.de.

Literatur bei der Verfasserin

ALEXANDRA SANN, *Deutsches Jugendinstitut, Abt. Familie und Familienpolitik, Nockherstr. 2, 81541 München, Tel.: (0 89) 6 23 06-323, Fax: (0 89) 6 23 06-1 62, E-Mail: sann@dji.de*

Carsten Stephan

Gesundheitskoffer zur Unterstützung von Kindertageseinrichtungen

Die Lebensgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verändert – mit den daraus resultierenden gesundheitlichen Konsequenzen. So spielen zwar auf der einen Seite die klassischen Infektionskrankheiten im Kindesalter heutzutage kaum mehr eine Rolle, doch haben sich dagegen auf der anderen Seite neue Problemfelder entwickelt: Insbesondere das zunehmende Übergewicht von jungen Menschen gewinnt immer mehr an Bedeutung. Nach vorliegenden Schätzungen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind in Deutschland bereits 10–18% der Kinder und Jugendlichen übergewichtig und 4–8% adipös.

Zwar ist die genetische Disposition ein wesentlicher Faktor für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas, doch letztlich ist der veränderte Lebensstil mit zunehmendem Bewegungsmangel und veränderten Ernährungsgewohnheiten auch bei Kindern für Übergewicht verantwortlich. Der

Förderung der Gesundheit unserer Kinder kommt daher eine immer größere Bedeutung zu. In dem Zusammenhang sind die Kindertageseinrichtungen als ideales Setting anzusehen: Nahezu alle Kinder können hier erreicht werden und gesundheitsrelevante Erfahrungen machen sowie Schlüsselqualifikationen für ihr weiteres Leben erlernen.

Der BKK Landesverband NRW und der BKK Bundesverband entwickeln daher gemeinsam mit Erzieherinnen einen Gesundheitskoffer zur Unterstützung von Kindertageseinrichtungen. Dieser beinhaltet Materialien zu den Gesundheitsbereichen Bewegung, Ernährung und Entspannung.

Der Gesundheitskoffer ist so aufgebaut, dass er von Erzieherinnen und Erziehern eigenständig im Kita-Alltag eingesetzt werden kann. Die Bausteine enthalten jeweils eine thematische Einführung, eine Sammlung von Spielen und Anregungen für den täglichen Einsatz in der Praxis sowie Vorschläge für zeitlich länger angelegte Projekte, sogenannte ›Highlights‹. Ferner werden dem Gesundheitskoffer in der Umsetzung unterstützende Materialien beigelegt. Dazu gehört auch eine 60 cm große beispielbare Handpuppe und eine Lieder-CD. Der Gesundheitskoffer wird Kindertageseinrichtungen ab Juli kostenlos im Rahmen von BKK-Patenschaften zur Verfügung gestellt. Die Übergabe erfolgt in Verbindung mit einer halbtägigen Qualifizierung zur Gesundheitsförderung im Elementarbereich.

Im Rahmen einer Fachtagung am 20.06.2006 in Essen wird der Gesundheitskoffer vorgestellt und Ansätze der Gesundheitsförderung in der Kita mit den Referentinnen Prof. Renate Zimmer aus Osnabrück, Prof. Ines Heindl aus Flensburg sowie dem ehemaligen Weltklasse-Zehnkämpfer Frank Busemann diskutiert. Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos.

DR. CARSTEN STEPHAN, *Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen, Max-Fiedler-Straße 6, 45128 Essen, Tel.: (02 01) 5 65 96-23, Fax: (02 01) 5 65 96-41, E-Mail: stephan@ipg-uni-essen.de*

Audit berufundfamilie® Markenzeichen Familienfreundlichkeit

Kleine und mittelständische Unternehmen in Niedersachsen sollen dabei unterstützt werden, ihre Unternehmen familienfreundlicher zu gestalten. Sozialministerin Mechthild Ross-Luttman stellte dazu am 21. Februar in Hannover ein Projekt vor, das eine finanzielle Förderung von Unternehmen vorsieht, die sich dem Zertifizierungsverfahren nach dem audit berufundfamilie® unterziehen. Das audit berufundfamilie® ist ein strategisches Managementinstrument der berufundfamilie gGmbH. Das Land fördert die Unternehmen bei der Durchführung des audit berufundfamilie®, das maßgeschneiderte Lösungen ermöglicht, von denen Management sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleichermaßen profitieren.

Unternehmen, die dem Wunsch von Frauen und auch immer mehr Männern Rechnung tragen, Beruf und Familie besser in Einklang zu bringen, gelten als attraktive Arbeitgeber. Sie verfügen in der Regel über hoch motivierte und zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit geringen Fehlzeiten und einer niedrigen Fluktuationsrate. Laut einer Emnid-Studie steigt die Zufriedenheit und Motivation in 85 % der Fälle sowie die Qualität der Arbeit in 70 % der Fälle. Nahezu 90 % der befragten Arbeitgeber sehen deutliche Vorteile im Wettbe-

werb um qualifiziertes Fachpersonal. Das Besondere an dem Audit ist die praxisbezogene Ausrichtung an den betrieblichen Erfordernissen. Unter Einbeziehung bereits vorhandener Angebote würden passgenaue und unternehmensspezifische Maßnahmen sowie Ziele erarbeitet und deren Umsetzung durch das Auditierungsverfahren nachhaltig sichergestellt. Erfolgreichen Unternehmen werde ein Zertifikat verliehen.

Unternehmen, die das audit berufundfamilie® durchführen, profitieren auch vom Netzwerk audierter Unternehmen und dem Zugang zu Datenbanken, die stichhaltige Kosten-Nutzen-Analysen, verbessertes Controlling und ein aussagefähiges Benchmarking ermöglichen. Die Unternehmerverbände Niedersachsen e. V. werden das Projekt audit berufundfamilie® aktiv begleiten und unterstützen. Bis zu 60 Unternehmen können in Niedersachsen bis Ende Juni 2007 von der Landesförderung profitieren und das audit durchführen. Die Kosten dafür werden – gestaffelt nach Unternehmensgröße – zu 80, 60 oder 50 % bezuschusst werden. Dafür werden aus dem Landeshaushalt und dem Europäischen Strukturfonds insgesamt 404.000 Euro zur Verfügung gestellt.

berufundfamilie gGmbH – eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung, Feldbergstr. 21, 60323 Frankfurt a. M., Tel.: (069) 30 03 88-0, Fax: (069) 30 03 88-77, E-Mail: info@beruf-und-familie.de, www.beruf-und-familie.de

Drogenkonsum und Drogenpolitik im historischen Vergleich

Die vorliegende Monographie ist im Rahmen eines Forschungsprojektes entstanden und stellt umfassend und detailliert die Entstehung und Entwicklung des Drogenkonsums und der Drogenpolitik in Deutschland und den USA im historischen Vergleich dar. Dabei wird zunächst auf die Entstehung des Rauschgiftproblems und die rechtlichen Entwicklungen eingegangen, wobei die einzelnen gesetzlichen Maßnahmen aufgezeigt werden. Im zweiten Teil wird die Entfaltung der Drogen-szenen und die Entwicklung bis zum zweiten Weltkrieg aufgezeigt. Der dritte Teil umfasst die Auswirkungen der rechtlichen Gegebenheiten um 1945. In den folgenden Kapiteln wird die Expansion des Drogenkonsums, insbesondere bei Jugendlichen sowie die Drogenpolitik im Drogenzeitalter u.a. anhand von Fallbeispielen und Studien dargestellt. (ts)

DETLEF BRIESEN: *Drogenkonsum und Drogenpolitik in Deutschland und den USA. Ein historischer Vergleich.* Campus Verlag, Frankfurt, New York, 2005, 403 Seiten, ISBN 3-593-37857-4, 44,90 Euro

Nähe und Distanz in der ambulanten Pflege

Aus der im ambulanten Pflegealltag erlebten Diskrepanz zwischen Ansprüchen von pflegenden Angehörigen einerseits und Anforderungen gesetzlicher, organisatorischer und bürokratischer Rahmenbedingungen andererseits analysiert die Autorin das nur scheinbare Gegensatzpaar von Nähe und Distanz in der Pflege.

Sie erläutert beide Begriffe im Pflegekontext und vor dem Hintergrund historischer Wurzeln. Die Autorin arbeitet die verschiedenen Dimensionen gesellschaftlich definierter Distanz in der Pflege heraus, wie z. B. ökonomischer Druck, Abstraktion vom Zeitfaktor und institutionelle Kontrolle.

Sie stellt die verschiedenen Phänomene von Nähe innerhalb ambulanter Pflegearrangements dar und erarbeitet Ansätze zur Überwindung des bestehenden Machtgefälles in der

Pflege. Die besondere Stärke des Buches sind die gefolgerten Anforderungen für die Praxis und Ausbildung von professioneller Pflege. (bw)

SABRINA DUPPEL: *Nähe und Distanz als gesellschaftliche Grundlegung in der ambulanten Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2005, 98 Seiten, ISBN 3-89993-143-2, 22,90 Euro*

Familiale Erziehungskompetenzen

Der wissenschaftliche Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bezieht sich in seinen Darstellungen u. a. auf die PISA-Befunde, die z. B. darauf hinweisen, dass zwei Drittel der befragten Jugendlichen angaben, dass ihre Eltern sich nur wenig für die schulischen Belange interessieren oder der Schulerfolg vom Bildungsgrad der Eltern abhängig ist.

Der Beirat geht davon aus, dass Eltern in ihrem Erziehungsauftrag oft unsicher sind, auf welche Ziele hin sie erziehen sollen und wie sie den Umgang mit ihren Kindern und Jugendlichen angemessen gestalten können. Dabei sind Elternkompetenzen prinzipiell erlernbar.

Auf der Basis von Umfragen und Studien wird in dem Buch dargelegt, über welche Kompetenzen Eltern verfügen bzw. verfügen sollten, damit sie die Entwicklung ihrer Kinder nachhaltig fördern können. Die Empfehlungen des Gutachtens sind allgemein gehalten und stellen mögliche Wege dar, wie Angebote zur Elternbildung aussehen können, um Eltern in ihren Erziehungskompetenzen zu stärken. (am)

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT FÜR FAMILIENFRAGEN: *Familiale Erziehungskompetenzen. Beziehungsklima und Erziehungsleistungen in der Familie als Problem und Aufgabe. Gutachten für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2005, 164 Seiten, ISBN 3-7799-0321-0, 14,50 Euro

Moderne Ernährungsmärchen

Die Autoren und die Autorin machen schon mit dem Titel deutlich, dass sie mit bekannten Vorurteilen und so genannten Ernährungsmärchen auf-räumen wollen. Die Unsicherheit der Verbraucherinnen und Verbraucher in Bezug auf gesunde und ungesunde Ernährung steigt und gleichzeitig entwickeln sich entsprechende Mythen und Geschichten, wie z. B. brauner Zucker ist gesünder als weißer, Dosen-gerichte und -gemüse enthalten keine Vitamine und sind ungesund, Fett macht fett, Pilze dürfen nicht auf-gewärmt werden usw. Insgesamt werden 33 Ernährungsmärchen aufgegriffen, deren Entstehungshintergründe aufgezeigt und mit wissenschaftlichen Untersuchungen in ein anderes Licht gerückt. (am)

MICHAEL F. VOGT, SVEN-DAVID MÜLLER, DOREEN NOTHMANN: *Moderne Ernährungsmärchen. Was ist dran: Zucker macht krank, Eier erhöhen den Cholesterinspiegel... . Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2004, 160 Seiten, ISBN 3-89993-511-X, 12,90 Euro*

Erkrankungen bei Lehrkräften

Bis zu 90% der Lehrkräfte scheiden vorzeitig aus ihrem Beruf aus. Psychische und im weiteren Sinne psychosomatische Erkrankungen spielen dabei eine große Rolle. Das vorliegende Buch beleuchtet die komplexen Interaktionen zwischen individueller Disposition, beruflichen Belastungen und sozialer Situation im Lehrerberuf. Es werden aktuelle Untersuchungen zum Thema vorgestellt und Ansätze für Prävention und Therapie vorgestellt. Die Bedeutung sozialer Netzwerke für die Gesundheit von Lehrkräften ist ebenso Thema wie die Rahmenbedingungen des Systems Schule und die Schulpolitik. (us)

ANDREAS HILLERT, EDGAR SCHMITZ (Hrsg.): *Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern. Ursachen, Folgen, Lösungen.* Schattauer, Stuttgart, New York, 2004, 305 Seiten, ISBN 3-7945-2259-1, 39,95 Euro

Einwilligung, Veto, Mitbestimmung

Die rechtliche Verankerung und öffentliche Wahrnehmung der Patientenrechte hat in den vergangenen Jahren eine starke Belebung erfahren. Die Entwicklung hat jedoch eine Personengruppe übersehen: Menschen, die aufgrund ihres Alters noch nicht einwilligungsfähig sind. Auch Kinder und Jugendliche können schwer erkranken und an einer Erkrankung sterben. Sie selbst oder andere müssen für sie schwierige Therapieentscheidungen treffen. Anstatt des für Erwachsene gedachten Ansatzes des »Informed Consent« werden deshalb für Minderjährige sog. Partizipationsrechte vorgeschlagen. Kindern und Jugendlichen soll durchaus das Recht auf Anhörung und Mitsprache eingeräumt werden. Im Entscheidungsfindungsprozess muss ihre Meinung berücksichtigt werden, selbst wenn letztlich die Eltern die Verantwortung für die eingeleitete Behandlung übernehmen. (bb)

SONJA ROTHARMEL: *Einwilligung, Veto, Mitbestimmung. Die Geltung der Patientenrechte für Minderjährige. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2004, 286 Seiten, ISBN 3-8329-0741-6, 52,00 Euro*

Unternehmen unterstützen Freiwilligkeit

In diesem Band wird die Förderung von Freiwilligkeit und die Unterstützung freiwilligen Handelns durch schweizerische Unternehmen untersucht. Als Grundlage dienen eine schriftliche Befragung, die 2001 unter Abonnenten und Abonnentinnen des Schweizer Arbeitgeberverbandes durchgeführt wurde sowie eine vertiefende qualitative Studie zur Förderung und Unterstützung der Freiwilligkeit. Die Autorinnen und der Autor kommen zu dem Schluss, dass die Förderung der Freiwilligkeit bei den Unternehmen in der Schweiz bereits ein hohes qualitatives und quantitatives Niveau hat und die Unternehmen bereit sind, sich verstärkt diesem Thema zu widmen. Der Band schließt ab mit Überlegungen zur weiteren Unterstützung der vielfältigen

Ansätze, Formen und Motive sowie der Frage, wie bestehende Modelle und Erfahrungen anderen Unternehmen zugänglich gemacht werden können. (ib)

HERBERT AMMANN, RUTH BACHMANN, RICARDA SCHALLER: *Unternehmen unterstützen Freiwilligkeit. Seismo Verlag, Zürich, 2004, 88 Seiten, ISBN 3-03777-029-5, 12,50 Euro*

Gebrauchsanweisung für Knirpse

Der Titel weist schon darauf hin, dass es sich um eine praxisnahe Handreichung zur Aufnahme von Kindern unter drei Jahren in der Kita handelt. Wer überlegt, die eigene Kita so umzustrukturieren, dass hier auch Kleinkinder bedarfsgerecht betreut, erzogen und gebildet werden, benötigt ein qualitatives und gut durchdachtes Konzept. Der Ratgeber bietet hier Anregungen und Tipps aus der Praxis. Er bezieht sich z. B. auf die gesetzlichen Grundlagen, geht kurz auf die Entwicklungsphasen in den drei Lebensjahren ein, verdeutlicht die Bedeutung von Bewegungsräumen und streift die Themen Personalbedarf, pflegerische Aufgaben, Spracherwerb, Aufsichtspflicht sowie Qualitätssicherung. Die Broschüre ist besonders geeignet für Tageseinrichtungen, die sich dem Thema »Betreuung von Kleinstkindern« in Zukunft widmen wollen. (am)

LANDESVERBAND KATHOLISCHER KINDERTAGESSTÄTTEN (Hrsg.): *Gebrauchsanweisung für Knirpse. Handreichung zur Aufnahme von Kindern unter drei Jahren in Kindertageseinrichtungen. Diözese, Rottenburg-Stuttgart e. V., Landhausstr. 170, 70188 Stuttgart, 2005, E-Mail: gs.stuttgart@lvkita.de, 48 Seiten, ISBN 3-934419-09-7, 5,80 Euro*

Zahnimplantate & Co

Zielgruppe des großformatigen und bebilderten Ratgebers sind die »neuen« Patientinnen und Patienten, die auf Qualität achten, Preise vergleichen, Informationen verlangen und Beratung erwarten. Die Selbstzahlenden im Blick werden die Vor- und Nachteile einer hochwertigen Implantologie vorgestellt und mit Schaubildern bzw. Fotos verdeutlicht.

Ehrlicherweise werden auch Preise genannt. Die Gesamtkosten belaufen sich bei einer Komplettlösung bei Zahnlosigkeit auf bis zu 24.000 Euro. Daneben vermittelt der Ratgeber Informationen zur Prophylaxe, Ästhetischen Zahnheilkunde und Lasertechnik. (bb)

PETER BORSAY: *Zahnimplantate & Co. Die Implantologie in der modernen Zahnheilkunde. TRIAS Verlag, Stuttgart, 2005, 86 Seiten, ISBN 3-8304-3275-5, 19,95 Euro*

Freiwilligkeit zwischen liberaler und sozialer Demokratie

Dieser Band fasst die Beiträge der gleichnamigen Tagung zusammen, die im Mai 2003 in Zürich stattgefunden hat. Aus multidisziplinärer Sicht wird der Bedeutung von Freiwilligkeit nachgegangen und ihr Stellenwert für das Zusammenleben in modernen Gesellschaften diskutiert. Die Autorinnen und Autoren aus der Schweiz, Österreich und Deutschland untersuchen den Begriff der Freiwilligkeit aus soziologischem, ökonomischem, psychologischem und politikwissenschaftlichem Blickwinkel. Die Bandbreite reicht dabei von motivationspsychologischen Erkenntnissen über die Bedeutung von Gratifikationen in betriebswirtschaftlicher Hinsicht bis hin zu praktischen Anliegen aus erzieherischer Perspektive. (ib)

HERBERT AMMANN (Hrsg.): *Freiwilligkeit zwischen liberaler und sozialer Demokratie. Seismo Verlag, Zürich, 2004, 133 Seiten, ISBN 3-03777-030-9, 18,50 Euro*

Schlüsselkompetenzen für Gesundheitsberufe

Das Buch ist in vier Schwerpunkte aufgeteilt. Der erste Beitrag gibt einen Einblick hinsichtlich der Bedeutung des Themenfeldes ›Schlüsselkompetenzen‹. Die Autoren und Autorin stellen hierzu 20 theoretische, empirische und konzeptionelle Thesen zum Thema Schlüsselkompetenzen vor.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit dem Schwerpunkt Gesundheitskompetenz als Schlüsselkompetenz. Teil drei ist der Ausbildung ausgewählter Schlüsselkompetenzen gewidmet. Der vierte Bereich bietet einen Ausblick und stellt die Arbeit in einer Visionswerkstatt auf der Suche nach einer schlüsselkompetenten Gesellschaft bis hin zur 2004 gegründeten bundesweiten Arbeitsgruppe Schlüsselkompetenzen der Universitäten und Fachhochschulen vor. (am)

SVEN SOHR, MATHIAS BONSE-ROHMANN (Hrsg.): *Schlüsselkompetenzen für Gesundheitsberufe. Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Beiträge für eine moderne berufliche Bildung. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, 2005, 206 Seiten, ISBN 3-929798-40-9, 12,50 Euro*

Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen

Mit der Frage, wie sich der soziale Status, soziale Beziehungen und die sozialen Sicherungssysteme auf die Gesundheit im Alter auswirken, beschäftigt sich diese deutsch-amerikanische Vergleichsstudie. Der erste Teil befasst sich mit theoretischen Grundlagen und dem Stand der Forschung, wobei die vielfältigen Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit, sozialen Beziehungen und Gesundheit im Alter untersucht werden. Im zweiten Teil werden die zugrunde gelegten Daten und die Methodik der Vergleichsstudie beschrieben. Abschließend werden die Ergebnisse für beide Länder vorgestellt und diskutiert. Der Autor kommt zu dem Schluss, dass ein Gesundheitssystem, das wie das deutsche auf gleiche Zu-

gangschancen ausgerichtet ist, sozial bedingte Gesundheitsunterschiede nicht beseitigen kann. (ib)

OLAF VON KNESEBECK: *Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen. Eine deutsch-amerikanische Vergleichsstudie. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2005, 170 Seiten, ISBN 3-456-84165-5, 29,95 Euro*

Demenz-Angehörige im Dialog

Dieses Fachbuch nimmt pflegende Angehörige in den Fokus. Es sind ausführliche Gespräche mit 5 betreuenden Familienangehörigen dokumentiert, die Aussagen über individuelle Motivation zur Pflegeübernahme und innere Konflikte treffen. Es wird einerseits die Bedeutung des familiären Kontextes für die häusliche Pflege hervorgehoben und andererseits die persönliche Entwicklung von Hauptpflegepersonen in jahrelanger familiärer Pfl egetätigkeit aufgezeigt. Aus vertiefter Beratungserfahrung werden wertvolle Hinweise für den Umgang mit den erkrankten Menschen gegeben und eine Differenzierung nach Beziehungskonstellation und Erkrankungsstadium vorgenommen.

In einer stetig wachsenden Reihe von Fachliteratur zum Thema ›Demenz‹ zeichnet sich dieses Buch durch seinen speziellen Fokus auf die pflegenden Angehörigen aus. (bw)

AMBET (AMBULANTE BETREUUNG HILFS- UND PFLEGEBEDÜRFTIGER MENSCHEN E.V. BRAUNSCHWEIG) (Hrsg.): *Demenz-Angehörige im Dialog, Institut für Fort- und Weiterbildung sozialer Berufe e.V., 2005, 202 Seiten, ISBN 3-938216-02-6, 11,80 Euro*

Untersuchungen zur Früherkennung: Krebs

Die Stiftung Warentest fühlt sich nicht nur der Prüfung von Waren sondern auch medizinischer Behandlungsmethoden verpflichtet. Die in Deutschland und Österreich wichtigsten Früherkennungsmethoden wurden aktuell wissenschaftlich überprüft und auf ihre Leistungsfähigkeit untersucht. Erklärt werden die Grundprinzipien der Krebsfrüherkennungsverfahren, die im Anschluss mit Hilfe von drei Kriterien kritisch betrachtet werden: Treffsicherheit, Nachweis des Nutzens und Bewertung der Risiken. Der systematische und farblich geordnete Aufbau der einzelnen Kapitel lässt eine schnelle Orientierung zu. Für Österreich wird jeweils ein gesonderter Hinweis der dort geltenden gesetzlichen Bestimmungen gegeben. (bb)

KLAUS KOCH: *Untersuchungen zur Früherkennung. Krebs. Nutzen und Risiken. Stiftung Warentest, Stuttgart, 2005, 287 Seiten, ISBN 3-937880-07-0, 19,90 Euro*

Demenzen

In diesem Fachbuch werden die verschiedenen Demenzformen aus der Sicht einer Facharztpraxis und Gedächtnissprechstunde vorgestellt. Es bietet eine gute Übersicht über die Grundtypen der Demenz und stellt ausführlich Alzheimer und die Frontotemporale Demenz, die Lewy-Körperchen-Erkrankung und vaskuläre Schädigungen dar.

Der Autor, leitender Facharzt einer Neurogeriatrie und Memory-Ambulanz, geht vertiefend auf diagnostische Verfahren und therapeutische Behandlungsmethoden ein.

Weitere Kapitel sind ethischen Aspekten in der Betreuung von Demenzerkrankten und praktischen Hinweisen für Angehörige gewidmet.

Das Buch empfiehlt sich nicht nur für medizinisches und pflegerisches Personal sondern aufgrund einer verständlichen Schreibweise auch für interessierte Laien. (bw)

KLAUS SCHMIDTKE: *Demenzen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2006, ISBN 3-17-018619-1, 293 Seiten, 45,00 Euro*

0–3 Jahre

In anschaulicher und leicht verständlicher Form werden in diesem Buch die entwicklungspsychologischen Grundlagen der frühen Kindheit vorgestellt. Nach einer Einführung über die Wechselwirkungen zwischen Anlage und Umwelt und die verschiedenen entwicklungspsychologischen Theorien beschreiben die folgenden Kapitel die vorgeburtliche Entwicklung, die Entwicklung von Kindern in den ersten Lebenswochen sowie die weitere Entwicklung im ersten, zweiten und dritten Lebensjahr. Was z. B. nimmt das Neugeborene wahr? Warum fremdeln Säuglinge? Wann beginnt das Denken? Wie entwickelt ein Kind Interessen? Was geht in Zweijährigen während der Trotzphase vor? Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Kinderkrippen, Frühförderstellen und Kindertagesstätten, aber auch Eltern und andere Interessierte, finden in diesem wissenschaftlich fundierten Werk praxisnahe Antworten und wertvolle Unterstützung im Umgang mit Kindern. (ib)

HARTMUT KASTEN: *0–3 Jahre. Entwicklungspsychologische Grundlagen.* Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2005, 216 Seiten, 17,90 Euro

Der schwierige Patient

Auch im Medizinbetrieb Arbeitende benötigen Hilfestellungen beim Umgang mit den ihnen Anvertrauten. Gelingen kann dies durch Reflektion und mit Übungen. Anschaulich wird die Situation des Patienten und des Helfers durch Textbeispiele dargestellt, das Prinzip von Übertragung und Gegenübertragung erklärt und pragmatische Rezepte zur Lösung des Dilemmas angeboten. Alle 26 Übungen sowie einprägsame Leitgedanken sind auf einer CD-ROM nochmals beigefügt. Ein Selbst-Supervisions-Fragebogen (SSF) mit Auswertungshilfen kann den im Medizinbereich Arbeitenden ebenfalls weiterhelfen. Seinen Kollegen und Kolleginnen gibt der Autor folgenden Hinweis: »Den schwierigen Patienten gibt es nicht. Es gehören immer zwei dazu.« Leider existiert für den Autor weder die Patientin noch die HelferIn, was ange-

sichts des höheren Anteiles an Frauen im Gesundheitssystem mehr als ein grammatisches Problem ist. (bb)

GERT KOWAROWSKY: *Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag.* Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2005, ISBN 3-17-018889-5, 179 Seiten, 26,00 Euro

Gesundheitserziehung bei unterschichtgeprägten Förderschülern

Die Autorin beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen Lebensverhältnissen, Gesundheitsverhalten und die dadurch bedingte Krankheitsentstehung einerseits und das durch Unterrichts- und Erziehungsmaßnahmen zu entwickelnde präventive Eigenverhalten andererseits.

In einem Einführungsteil geht sie auf die gesundheitliche Ungleichheit in Zusammenhang mit der Sozialschichtzugehörigkeit ein. Der erste Teil legt den Schwerpunkt auf die Relation zwischen Lebenslagen, gesundheitsbezogener Lebensführung und Krankheitsentstehung bei Eltern aus der sozialen Unterschicht. Dabei bezieht die Autorin z. B. auch Einkommen, Kriterien des Lebensstandards, Wohnverhältnisse, Belastungen in Arbeitssituationen im Ost-West-Vergleich und Merkmale des Familienlebens ein. Ausgehend von den Zusammenhängen zwischen gesundheitsriskantem Lebensstil und verschiedenen Krankheitsbildern schlägt sie den Bogen zum zweiten Teil mit dem Schwerpunkt unterschichtgeprägte, von Lernbeeinträchtigungen betroffene Schülerpopulation. Im dritten Teil macht sie Vorschläge für eine »lebensweltbezogene Prävention und handlungsbetonte Gesundheitserziehung in der Schule«. (am)

JOSEFINE MAURUS: *Gesundheitserziehung bei unterschichtgeprägten Förderschülern mit Lernbeeinträchtigung. Fakten – Perspektiven – Konzepte. Band 27,* Peter Lang, Frankfurt am Main, 2005, 366 Seiten, ISBN 3-631-53250-4, 56,60 Euro

Gesundheitspsychologie

Gesundheitspsychologie ist eine noch junge Fachdisziplin, in die das vorliegende Lehrbuch systematisch einführt. Die Gesundheitspsychologie konzentriert sich auf die psychologischen Fragen um die Entstehung von Gesundheit und von Krankheiten. Es geht um das subjektive Erleben, den Verlauf und Umgang mit Krankheiten sowie um die professionelle Handhabung von Gesundheit und Krankheit im Rahmen von Prävention, Gesundheitsförderung, Behandlung und Rehabilitation.

Den psychosozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit sowie Gesundheit und Krankheit im Kontext des Lebenslaufes sind eigene Kapitel gewidmet. Das Buch endet mit der Gesundheitsförderung in den Settings Betrieb, Schule und Gemeinde und beleuchtet mit der Gesundheitsberatung einen Praxisansatz, der mit psychologischen Methoden auf der personalen Ebene arbeitet.

Fallbeispiele und Übungen zum Einstieg in das Thema machen den Stoff sehr anschaulich, könnten aber häufiger eingesetzt werden. Jedes Kapitel wird von einer Zusammenfassung und weiterführender Literatur beschlossen. Auch der für ein Lehrbuch geringe Preis ist positiv hervorzuheben. (us)

TONI FALTERMAIER: *Gesundheitspsychologie.* Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2005, 366 Seiten, ISBN 3-17-017187-9, 19,00 Euro

Neuorientierung des Gesundheitswesens II

Die vorliegenden Überlegungen schließen an ein bereits 2001 erschienenes Skizzenbuch zu einem neu gedachten Gesundheitswesen an. Eine These lautet jetzt, dass die seit Jahren vorangetriebene Differenzierung im Medizinbetrieb nicht im gleichen Maße mit einer Integration einhergeht. Bestehende Strukturen behindern in der simpelsten Form die Zusammenarbeit. Ein Lösungsansatz könnte eine »Regionalisierte Versorgung« sein, die eine gemeinsame Gestaltung der medizinischen Versorgung durch Bürger, Bürge-

rinnen und Leistungserbringer primär auf regionaler Ebene vorsieht. Hierzu würde auch die finanzielle Aufteilung des für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehenden Budgets in Abhängigkeit der Region und damit der lokalen Infrastruktur gehören. Das ist ein Ansatz, wie er im Nachbarland Dänemark verfolgt wird. (bb)

RAINER BURKHARDT: *Neuorientierung des Gesundheitswesens II. Konkretisierungen.* Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt am Main, 2005, 246 Seiten, ISBN 3-88864-398-8, 17,80 Euro

Erwachsene und ADHS

Konzentrationsprobleme, motorische Unruhe, Impulsivität, emotionale Störungen und Stressintoleranz sind häufige Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Sie stellt mit 5–9 % die häufigste kinderpsychiatrische Störung dar. Es wird geschätzt, dass ein bis zwei Drittel der betroffenen Kinder auch als Erwachsene noch erhebliche beeinträchtigende Störungen aufweisen, d.h. bei 1–6 % der Erwachsenen ist dieses Krankheitsbild zu erwarten. Erst Ende der 90er Jahre wurde das Problem in Fachkreisen zunehmend diskutiert. Das vorliegende Buch behandelt nomenklatorische Probleme, die Prävalenz, Ursachen, Diagnostik und Therapie der ADHS bei Erwachsenen und gibt den Behandlern aus den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie der interessierten Öffentlichkeit einen Leitfaden zu dieser noch nicht so bekannten Störung an die Hand. (us)

JOHANNA KRAUSE, KLAUS-HENNING KRAUSE: *ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen.* Schattauer, Stuttgart, New York, 2003, 144 Seiten, ISBN 3-7945-2243-5, 36,95 Euro

Depressionen bei Frauen in transkultureller Perspektive

Weder in der Forschung noch in der Behandlung von Depressionen wird Gender hinreichend berücksichtigt. Besonders unter einer transkulturellen Perspektive ist dies von großer Tragweite, da Frauen häufig in besonderer Weise durch die negativen Auswirkungen von Urbanisierung und Globalisierung betroffen sind. Am Beispiel einer stark benachteiligten Gruppe von kenianischen Frauen in einem traditionellen Kontext stellt die Autorin den Zusammenhang von sozialen Ursachen, Depressionsentstehung, kulturvarianten Ausdrucksformen und Krankheitserklärungskonzepten dar. (us)

HEIKE DECH: *Women's Mental Health. Soziale Ursachen von Depression in transkultureller Perspektive.* transcript Verlag, Bielefeld, 2005, 144 Seiten, ISBN 3-89942-435-2, 18,80 Euro

Kommunikation in der Altenpflege

Im Umgang mit Pflegebedürftigen sind an die Kommunikation besondere Anforderungen gestellt. Vor diesem Hintergrund sind Kommunikation und Gesprächsführung wesentliche Bestandteile neuer Konzepte in der Pflegeausbildung. Das vorliegende Buch bietet Anregungen und Hilfestellungen für eine gute und praxisnahe Kommunikation in der Altenpflege. Im ersten Teil werden Kommunikationsmodelle in der Altenpflegeausbildung thematisiert, während im zweiten Teil der praktische Sprachgebrauch beschrieben wird. Der dritte Teil gibt einen Überblick über Alterskrankheiten und deren Auswirkungen auf die Kommunikationsfähigkeit. Anhand einer Vielzahl von Beispielen und Gesprächsauszüge werden Gesprächssituationen dargestellt und Verbesserungsvorschläge aufgezeigt. (ts)

SVENJA SACHWEH: *„Noch ein Löffelchen?“ Effektive Kommunikation in der Altenpflege. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage.* Hans Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2006, 312 Seiten, ISBN 3-456-84065-9, 29,95 Euro

Elternarbeit im Kindergarten

Familie und Kindergarten sind wichtige Lebenswelten und Sozialisationsinstanzen für Kleinkinder und rücken in der Bildungsdiskussion immer mehr in den Fokus der Elementarpädagogik.

In dem Buch formuliert der Autor Ziele für die Zusammenarbeit von Familien und Kindergarten und stellt die aus seiner Sicht wichtigsten Formen der Elternarbeit dar. Dazu gehören z. B. die Vorbereitung, Planung und Nachbereitung von Eltern-, Beratungs- und Konfliktgesprächen, Hospitation und Mitarbeit von Eltern, Elternarbeit mit Migrantenfamilien sowie ein Kapitel zu Elternarbeit mit Vätern. Darüber hinaus zeigt der Autor Methoden zur Planung eines bedarfsgerechten Elternprogramms inklusive Situations- und Bedarfsanalyse, Evaluation und Qualitätssicherung auf. (am)

MARTIN R. TEXTOR: *Elternarbeit im Kindergarten. Ziele, Formen, Methoden.* Books on Demand GmbH, 2005, 112 Seiten, ISBN 3-8334-3663-8, 10,00 Euro

Gesundheitsbezogene Sozialarbeit

Im vorliegenden Sammelband werden sowohl die wichtigsten bereits etablierten Praxisfelder der Sozialarbeit vorgestellt als auch potenzielle weitere Arbeitsgebiete skizziert. Gesundheitsbezogene Sozialarbeit im Gesundheitswesen wird u. a. an den Feldern Krankenhaus, öffentlicher Gesundheitsdienst, und Suchtkrankenhilfe dargestellt.

Das Buch wirbt zudem dafür, die gesundheitsbezogene Sozialarbeit im Sozialwesen aufzuwerten, da ihre Relevanz häufig unterschätzt wird. Diese Gesundheitsarbeit wird u. a. für Jugendhilfe, Kindergarten und Wohnungslosenhilfe exemplarisch dargestellt. (us)

KARLHEINZ ORTMANN, HEIKO WALLER (Hrsg.): *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder.* Schneider Verlag, Hohengehren, 2005, 180 Seiten, ISBN 3-89676-954-5, 18,00 Euro



www.aok.de/bund/rd/90644.htm
 Internetseite mit dem AOK Familienprogramm ›Junge Familie von A-Z‹. Dort finden sich alphabetisch geordnet Informationen rund um die Themen Schwangerschaft und Geburt sowie Gesundheit, Erziehung und Betreuung von Kindern.

www.bdh.de
 Der Bund deutscher Hebammen e. V. bietet als Interessenverband der freiberuflichen und angestellten Hebammen neben einer Verbandszeitschrift Informationen sowohl für Hebammen als auch für Eltern.

www.bielefelder-institut.de
 Internetseite des Vereins Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung e. V., der sich mit Früherkennung, Prävention und der frühen Behandlung von Entwicklungsproblemen im Bereich des Denkens und der Sprache beschäftigt.

www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/zwoelfter-kjb,property=pdf.pdf
 Schwerpunkt des 12. Kinder- und Jugendberichtes der Bundesregierung ist das Thema Bildung, Betreuung und Erziehung vor und neben der Schule. Dabei werden zunächst die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Konzeptionen dargestellt. Im zweiten Teil werden Bildungsprozesse im Kindes- und Jugendalter aufgezeigt, wobei z. B. auch die Themen Gesundheit als Ressource und Gesundheit sozial benachteiligter Kinder aufgegriffen werden. Weiterhin geht es um bestehende Bildungsangebote und -leistungen sowie Zukunftsperspektiven.

www.dji.de
 Das Deutsche Jugendinstitut e. V. (DJI) ist eine Forschungseinrichtung zum Thema Kinder, Jugendliche, Frauen und Familien. Neben der Durchführung von unterschiedlichen Forschungsprojekten veranstaltet das DJI auch Fachtagungen. Die einzelnen Abteilungen haben verschiedene Schwerpunkte, z. B. Kinder und Kinderbetreuung sowie Familie und Familienpolitik. Die Internetseite gibt einen Überblick über die Projekte und die Publikationen.

www.dgspj.de
 Die Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. ist eine Fachgesellschaft mit Mitgliedern aus dem medizinischen, pflegerischen, pädagogischen und therapeutischen Bereich. Zu den Aufgaben gehören u. a. die Entwicklung von Leitlinien, Durchführung von Veranstaltungen, allgemeine Informationen und die Herausgabe der Zeitschrift ›Kinderärztliche Praxis – Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin‹.

www.eundc.de
 Das Bundesmodellprojekt E & C bündelt Mittel und Aktivitäten, um die Lebensbedingungen und Chancen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Kinder und Jugendliche in sozialen Brennpunkten und strukturschwachen ländlichen Regionen sollen vor Benachteiligung wegen ihrer Herkunft geschützt und vor einem gesellschaftlichen Abseits bewahrt werden.

www.familienhandbuch.de
 Das internetbasierte Handbuch beinhaltet Themen der Kindererziehung, Partnerschaft sowie Familienbildung und richtet sich sowohl an Eltern als auch an Fachkräfte aus den Bereichen Erziehung, Bildung und Wissenschaft. Dort finden sich Beiträge unterschiedlicher Autoren und Autorinnen zu verschiedenen Themen. Im Bereich Kindergartenpädagogik findet sich beispielsweise ein Artikel zur Kindertagesbetreuung in Frankreich, Finnland und Schweden.

www.faustlos.de
 Faustlos ist ein Curriculum, mit dem impulsives und aggressives Verhalten von Kindern vermindert und die sozialen Kompetenzen erhöht werden sollen. Es richtet sich sowohl an Kindertagesstätten mit unterschiedlichen Altersgruppen als auch an Grundschulen.

www.handbuch-kindheit.uni-bremen.de
 Das Handbuch ›Gebildete Kindheit‹ ist im Rahmen einer Kooperation zwischen der Universität Bremen und dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales entstanden und richtet sich an Erzieherinnen und Erzie-

her in Kindertageseinrichtungen. Es ist im pdf-Format verfügbar.

www.ifp-bayern.de
 Das Staatsinstitut für Frühpädagogik ist eine Forschungseinrichtung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Forschungsbereiche sind Frühpädagogik, Entwicklungspsychologie sowie Kindheits- und Familienforschung. Die Internetseite bietet einen Überblick über die Forschungsprojekte und Publikationen.

www.kinder-frueher-foerdern.de
 Die Bertelsmann-Stiftung will mit dem Projekt ›Kinder früher fördern‹ die kindliche Neugier und Lernbereitschaft fördern. Sie unterstützt damit die Persönlichkeitsentfaltung und Entwicklung individueller Potenziale von Kindern. Frühkindliche Bildung ist elementar für eine zukunftsfähige Gesellschaft. Kinder sollen über das Projekt zu bürgerschaftlichem Engagement befähigt werden.

www.pflegeeltern.de
 Pflegeeltern.de ist ein Portal zum Thema Pflegekinder und Pflegeeltern. Neben aktuellen Nachrichten finden sich Links zu relevanten Einrichtungen und Organisationen zum Thema Pflugesellschaft.

www.quag.de
 Aufgabe der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. ist die Erhebung und Dokumentation der außerklinischen Geburten. Die Ergebnisse werden regelmäßig veröffentlicht und können in der Geschäftsstelle angefordert werden.

www.telekomstiftung.de/static/html/DTS/Page/id=59086.html
 Mit Projekten im Bereich der frühkindlichen Förderung will die Deutsche Telekom Stiftung Kindertageseinrichtungen darin unterstützen, bei Kindern frühes Interesse an Naturwissenschaften, Mathematik und Technik zu wecken.



Veranstaltungen der LVG

Altern – Schönheit – Ethik: Leitbilder zwischen Ästhetik und Gesundheit

2. Mai 2006, Hannover

Ausgehend von Vorgaben aus Medien, Schönheitsindustrie und Medizin zum Umgang mit Alter(n) setzt sich die Tagung mit dem natürlichen Alterungsprozess und dem ›Alles-ist machbar-Prinzip‹ auseinander. Normen des Alter(n)s, Schönheits- und Körperideale werden darauf untersucht, welche Leitbilder des Alter(n)s sie hervorbringen, wer Maßstäbe für Körperästhetik im Alter setzt und welche Akteure einen Richtungswechsel zu einem selbstbewussten Umgang mit Alterungsprozessen und stärkeren Wohlbefinden in diesem Lebensabschnitt herbeiführen können.

Sozialraumorientierte Prävention – Gemeinsame Herausforderungen und Chancen von Gesundheitsförderung, Sucht-, Gewalt, Kriminal- und Unfallprävention Jahrestagung der LVG

4. Mai 2006, Hannover

Das bisherige Scheitern des sektoral angelegten Präventionsgesetzes in Deutschland bietet auch die Chance, sektorübergreifende Präventionsansätze voranzutreiben. Bereits in ihren Zielen sehr ähnliche Präventionsansätze wie die der Sucht-, Kriminal- und Gewaltprävention werden von heterogenen Trägern organisiert und arbeiten bislang kaum zusammen. Auch Gesundheitsförderungsprogramme und gesundheitsbezogene Präventionsaktivitäten im engeren Sinne erreichen bestimmte Zielgruppen nur schwer und werden häufig parallel zu anderen Angeboten vorgehalten. Im Rahmen der Jahrestagung sollten Grundbedingungen für mehr sozialraum- und zielgruppenorientierte Präventionsmaßnahmen benannt werden und Anknüpfungspunkte für mehr vernetzte Prävention aufgezeigt werden.

Über das Rauchverbot zum Präventionskonzept – Open Space Konferenz

10. Mai 2006, Hannover

Seit 1. August 2005 sollen gemäß eines Erlasses des Kultusministeriums alle niedersächsischen Schulen rauchfrei sein und Präventionskonzepte entwickeln. Auf der Open-Space-Konferenz sollen Erfahrungen ausgetauscht und Modelle guter Praxis vorgestellt werden. Die Konferenz findet im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative ›Rauchfrei in Niedersachsen‹ statt und wird gemeinsam mit der Landesstelle für Suchtfragen Niedersachsen veranstaltet.

›Mit Betreuungsangeboten durchstarten ...‹ – Aufbaukurs zur Etablierung anerkannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote

10.–11. Mai 2006, Bad Bevensen

Für Anbieter niedrigschwelliger Betreuungsangebote ist es wichtig, ihre Angebote in der Praxis zu etablieren, um die Zugänge zu den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu schaffen. Die fachliche Begleitung der freiwilligen Helferinnen und Helfer als Qualitätsmerkmal, die eigene Profilbildung sowie Öffentlichkeitsarbeit sind wesentliche Bestandteile erfolgreicher Umsetzung. Die Fortbildung richtet sich an

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits anerkannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote.

Gesund leben lernen – Abschlussveranstaltung und Neustart für das nds. Modellprojekt

18. Mai 2006, Hannover-Sarstedt

Die bisherigen Modellschulen des Kooperationsprojekts zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der LVG werden in einem bunten Programm ihre Erfahrungen und Erfolge beim Aufbau eines schulinternen Gesundheitsmanagements präsentieren. Gleichzeitig ist die Veranstaltung der Auftakt für eine Weiterführung des Projekts auf Landesebene. Die LVG und ihre Kooperationspartner und -partnerinnen stellen Planungen und Voraussetzungen für eine Ausweitung des Modells in den nds. Schulen vor.

›Mit Betreuungsangeboten durchstarten ...‹ – Eintägiger Aufbaukurs zur Etablierung anerkannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote

24. Mai 2006, Walsrode-Hünzingen

Die Fortbildung richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits anerkannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote, insbesondere in Soltau-Fallingb. und umliegenden Landkreisen.

Was bewegt Bewegte Schule?

30. Mai 2006, Hannover

Bewegte Schule ist mehr als ein sportives Konzept und muss ›im Kopf von Verantwortlichen‹ beginnen, wenn sie alle Betroffenen bei der Erhaltung und Stärkung des individuellen Wohlbefindens fördern will. Deshalb ist eine Bewegte Schule immer auch eine Gesunde Schule. Die Frage ›Was bewegt Bewegte Schule?‹ soll vor diesem Hintergrund diskutiert werden. Ziel der Fachtagung ist es, Wissen und Handeln zu verbinden, Kooperationen und Kontakte zu knüpfen, Ideen und Ansatzpunkte vorzustellen und zu erörtern sowie Strategien für die Weiterentwicklung der eigenen Schule zu entwickeln. Die Veranstaltung wird in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Kultusministerium, dem GUV Hannover, der Fridtjof-Nansen-Schule, der Akademie des Sports und der Universität Osnabrück durchgeführt und richtet sich an Schulleitungen, Lehrkräfte allgemeinbildender Schulen sowie Interessierte aus den Bereichen Bildung, Bewegung, Gesundheit, Wissenschaft und Politik.

Abschlussveranstaltung ›be smart – don't start‹

14. Juni 2006, Hannover

Mit der Veranstaltung wird der o.g. Wettbewerb zur Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen für das Schuljahr 2005/2006 in Niedersachsen offiziell beendet. An diesem Nachmittag werden einerseits die Leistungen der teilnehmenden Schulklassen gewürdigt und andererseits zeigen die Schülerinnen und Schüler wie, mit welchen vielfältigen Ideen sie das Thema ›Nichtrauchen‹ in ihrer Schule und mit Kooperationspartnern und -partnerinnen bearbeitet haben.

Neues aus der Akademie für Sozialmedizin

»Arbeiten mit Betreuungsgruppen«

14. Juni 2006, Hannover

Workshop zur Betreuungsgruppenarbeit im Rahmen niedrigschwelliger Betreuungsangebote. Die Veranstaltung richtet sich in erster Linie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits anerkannter Angebote.

1. Fachtagung Gesundheitsförderung in Universitätskliniken

23. Juni 2006, Bonn

Realisierungsmöglichkeiten von Gesundheitsförderung in der Arbeits-, Lern- und Lehrwelt Universitätsklinikum werden vorgestellt, Strategien, Interventionsmöglichkeiten und Modelle guter Praxis vermittelt. Die Tagung ist eine Kooperationsveranstaltung des Arbeitskreises Gesundheitsfördernder Hochschulen, der Landesunfallkasse NRW, des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und des Universitätsklinikums Bonn.

Netzwerk Kita und Gesundheit Niedersachsen Gesunde Kita ... nur mit uns!

23. Mai 2006, Hannover

Zweite Netzwerktagung des Netzwerks Kita und Gesundheit Niedersachsen mit Informationen und praktischen Anregungen zum Abbau beruflicher Belastungen im Kita-Alltag. Die Veranstaltung widmet sich z. B. folgenden Fragen: Wie wird Gesundheit zu einem wichtigen Thema in allen Bereichen der Einrichtung? Wie müssen pädagogische Konzepte gestrickt sein, damit sie auch die Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher mit berücksichtigen? Die Netzwerktagung bietet Anregungen und Vorschläge zu unterschiedlichsten Themen rund um die Gesundheitsförderung, beispielsweise zur ressourcenschonenden Gestaltung der Dienstpläne oder für einen gezielten und schonenden Einsatz der Stimme. Die landesweite Fachtagung richtet sich an die Netzwerkmitglieder und an Fachkräfte in Kindergarten, -tagesstätte, Hort, an Eltern sowie andere Professionelle aus den Bereichen Erziehung, Gesundheit, Soziales und Bildung. Sie wird in Kooperation mit dem GUV Hannover und dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen durchgeführt.

Schmerztherapie – Schmerzchronifizierung vorbeugen und chronische Schmerzen lindern

17.5.2006, Hannover, 31.5.2006, Oldenburg,
14.6.2006, Osnabrück, je 16.00–19.00 Uhr

Auf den Veranstaltungen werden verschiedene Schmerzformen und deren ambulante Behandlungsmöglichkeiten und Therapieverfahren vorgestellt, die eine Chronifizierung von Schmerzen verhindern. Thematisiert wird außerdem, in welchen Fällen der Hausarzt bzw. die Hausärztin die Versorgung des Schmerzpatienten gewährleisten kann und wann sich die Einbindung von Schmerztherapeutinnen bzw. -therapeuten empfiehlt. Die Veranstaltungen richten sich vor allem an Hausärztinnen und -ärzte sowie alle interessierten niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen. Alle drei Veranstaltungen finden in Kooperation mit der AOK Niedersachsen statt. Die Zertifizierung der Veranstaltungen mit Fortbildungspunkten der Ärztekammer Niedersachsen ist beantragt.

EU-Richtlinie für Kinderarzneimittel – bringt sie mehr Sicherheit? Inhalt – Umsetzung – Konsequenzen

15. Juni 2006, Hannover

Mit der neuen EU-Verordnung zu Kinderarzneimitteln, die noch in diesem Jahr in Kraft treten soll, wird europaweit eine Verbesserung der Arzneimittelsicherheit für Kinder und Jugendliche erwartet. Ziel der Veranstaltung ist es, die Inhalte der Verordnung, ihre Umsetzung, Tragweite und zu erwartenden Konsequenzen aus verschiedenen Blickwinkeln zu diskutieren. Die Tagung wird in Kooperation mit dem IKK-Landesverband Niedersachsen durchgeführt.

Die Zertifizierung der Tagung mit Fortbildungspunkten der Ärztekammer Niedersachsen ist beantragt.

Weitere Informationen und Anmeldungen unter www.akademie-sozialmedizin.de.

Vorschau

Ältere Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer – Altes Eisen? Wege zu einer ressourcenorientierten Unternehmenskultur
Voraussichtlich 28. Juni 2006, Hannover

Resilienz – Kinder stärken

11. Juli 2006, Hannover

2. Onkologisches Symposium zum Thema Palliation in der visceralchirurgischen – gastroenterologischen Onkologie mit »Langer Tafel der Selbsthilfe« in der Henriettenstiftung
20. September 2006, Hannover

Vorschau

14. Robert-Koch-Tagung, zugleich 28. Fortbildungsveranstaltung der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Niedersachsen
7./8. September 2006, Clausthal-Zellerfeld

Niedersachsen

Qualmende Schüler auf rauchfreien Klassenfahrten?, 25.04.2006, Wedemark, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

Tagung, Stressfrei leben? Möglichkeiten und Grenzen der Prävention in sich wandelnden Lebenswelten, 26.04.2006, Hannover, Kontakt: KKH Kaufmännische Krankenkasse, Hauptverwaltung, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 28 02-0, Fax: (05 11) 28 02-32 99, E-Mail: service@kkh.de; www.kkh.de

Mobil und flexibel? Oder: Was hält eine altersgeteilte Gesellschaft zusammen?, 17.-19.04.2006, Loccum Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Münchehäger Straße 6, 31547 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-1 01, E-Mail: Petra.Fleischer@elvk.de

Erziehe dein Kind für seine Zeit!, Muslimische Kinder und Jugendliche in der deutschen Schule, 08.-10.05.2006, Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Münchehäger Straße 6, 31547 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-1 01, E-Mail: Petra.Fleischer@elvk.de

Sexuelle Gewalt in Teenagerbeziehungen, Intervention und Prävention in Jugendhilfe und Schule, 04.07.2006, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88/ 85 30 61, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

Bundesweit

Ausstellung zur Geschichte der Geburt, Bis zum letzten Schrei, 02.04.-04.10.2006, Kiel, Kontakt: Medizin- und Pharmaziehistorische Sammlung der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Brunswiker Straße 2, 24105 Kiel, www.med-hist.uni-kiel.de

3. Siegener Symposium, Familie hat Zukunft – Hat Familie Zukunft?, 06.-07.04.2006, Siegen, Kontakt: Universität Siegen, Fachbereich 2, Levke Carstens, Adolf-Reichwein-Str. 2, 57068 Siegen, Tel.: (02 71) 7 40 45 41, E-Mail: carstens@fb2.uni-siegen.de, www.sas-familie.de

112. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, 22.-26.04.2006, Wiesbaden, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Anna Julia Voormann, Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart, Tel.: (07 11) 89 31 552, Fax: (07 11) 89 31-1 67, E-Mail: info@medizin kommunikation.org, www.dgim2006.de

„Älter werden – wohnen bleiben“ auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, 24.04.2006, Lübeck, Kontakt: Verband norddeutscher Wohnungsunternehmen e.V., Silke Winkler, Tagnstedter Landstraße 83, 22415 Hamburg, Tel.: (0 40) 5 20 11-0, Fax: (0 40) 5 20 11-2 01

4. Nordbayerisches Forum „Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit“, 04.-05.05.2006, Erlangen, Kontakt: RG GmbH, Gabi Riedl, Bahnhofstr. 3a, 82166 Gräfelfing, Tel.: (0 89) 89 89 16 18, Fax: (0 89) 89 80 99 34, E-Mail: info@rg-web.de

Erfahrung nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern, Partizipative Entwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, 04.-06.05.2006, Berlin, Kontakt: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin,

Tel.: (0 30) 2 54 91-5 55, Fax: (0 30) 2 54 91-6 84, E-Mail: uhofmann@wz-berlin.de

Generationenfolge, 05.-07.05.2006, Rothenburg o.d.T., Kontakt: Evangelische Akademie Tutzing, Schloss-Straße 2+4, 82327 Tutzing, Tel.: (0 81 58) 2 51-1 46, Fax: (0 81 58) 99 64 43, E-Mail: programme@ev-akademie-tutzing.de

2. Symposium für Salutogenese, Zugehörigkeitsgefühl, 05.-07.05.2006, Bad Gandersheim, Kontakt: Zentrum für Salutogenese, Am Mühlenteich 1, 37581 Bad Gandersheim, Tel.: (0 53 82) 9 55 47 30, Fax: (0 53 82) 9 55 47 12, E-Mail: info@salutogenese-zentrum.de

Weltgesundheitstag 2006 – Menschen für Gesundheit: Die Gesundheitsberufe, 06.05.2006, Berlin, Kontakt: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Michaela Goecke, Heilsbachstr. 30, 53123 Bonn, Tel.: (02 28) 9 87 27-0, Fax: (0228) 6 42 00 24, E-Mail: mg@bvgesundheits.de, <http://www.weltgesundheitstag.de/2006index.htm>

11. Deutscher Präventionstag „Sport und Prävention“, 8.-9.05.2006, Nürnberg, Kontakt: Deutscher Präventionstag, Am Waterlooplatz 5a, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 235 49 49, Fax: (05 11) 235 49 50, E-Mail: dpt@praeventionstag.de

Gute Ideen – kein Geld? Fit werden für neue Partnerschaften!, 10.05.2006, Hamburg, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Petra Hofrichter, Repsoldstrasse 4, 20097 Hamburg, Tel.: (0 40) 63 22 22 0, Fax: (0 40) 632 58 48, E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

Wissenschaftlicher Kongress, Öffentlicher Gesundheitsdienst ohne Grenzen in der neuen Mitte Europas, 11.-13.05.2006, Frankfurt (Oder), Kontakt: Gesundheitsamt, Leipziger Straße 53, 15232 Frankfurt/Oder, Tel.: (03 35) 5 52 53 00, Fax: (03 35) 5 52 53 99, E-Mail: Gesundheitsamt@Frankfurt-Oder.de

8. Deutscher Seniorentag 2006, „Alter als Chance“, 16.-18.05.2006, Köln, Kontakt: Deutscher Seniorentag 2006, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisation e.V., Eifelstraße 9, 53119 Bonn, Tel.: (02 28) 24 99 93 0, Fax: (02 28) 24 99 93 20, E-Mail: kontakt@bags0.de

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Krankenhaus Klinik Rehabilitation 2006, 17.-19.05.2006, Berlin, Kontakt: Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstraße 48, 10243 Berlin, Tel.: (0 30) 49 85 50 31, Fax: (0 30) 49 85 50 30, E-Mail: info@hauptstadtkongress.de

„Alec und Sara – über Freundschaft, Liebe und Zärtlichkeit“, 18.05.2005, Köln, Kontakt: Malteser Gesundheitsförderung und Prävention, Kalker Hauptstraße 22-24, 51103 Köln, Tel.: (02 21) 98 22-5 96, Fax: (02 21) 98 22-5 89, E-Mail: gup@malteser.de

Fachtagung „Health Inequalities“, 19.05.2006 – 20.05.2006, Bielefeld, Kontakt: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Frau Dagmar Kanig, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Fax: (05 21) 106-64 33, E-Mail: dagmar.kanig@uni-bielefeld.de

Fachtagung „Bildung – Schule – Bürgerengagement“, 19.-20.05.2006, Stuttgart, Kontakt: Birger Hartnuß, Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement, Michaelkirchstr. 17-18, 10179 Berlin, Tel.: (0 30) 6 29 80-110, Fax: (0 30) 6 29 80-1 51, E-Mail: birger.hartnuss@b-b-e.de

Frühjahrsplenartagung, „Individuelle Förderung – eine neue Lehr- und Lernkultur bereitet den Weg für eine zukunftsfähige Schule im 21. Jahrhundert“, 19.-21.05.2006, Porta Westfalica, Kontakt: BundesElternRat, Albert Buchmannstraße 15, 16515 Oranienburg, Tel.: (0 33 01) 57 55-37 u. -38, Fax: (0 33 01) 57 55-39, E-Mail: info@bundeselternrat.de

Kinder haften für die Gesellschaft – Soziale Arbeit zwischen Innovation und Restriktion, 24.-27.05.2006, Bielefeld-Sennestadt, Kontakt: Gilde Soziale Arbeit e.V., Schmiedestr. 1; 38159 Vechelde, Tel.: (0 53 02) 64 58 (freitags), E-Mail: gildesoziale@aol.com,

Konflikt – Kulturen: kulturelle und interkulturelle Aspekte von Konflikten, 01.-02.06.2006, Hamburg, Kontakt: KONTRAST e.V., Verein für erfolgreiche Fortbildung, Gaußstraße 17a, 22765 Hamburg, Tel.: (0 40) 39 20-47, Fax: (0 40) 39 20-73, E-Mail: kontakt@kontrast-ev.de

Fachtagung, Arme Kinder – Kranke Kinder, 13.06.2006, Bremen, Kontakt: Universität Bremen, Heidegret Bosche, Tel.: (04 21) 5 95 96 34, Fax: (04 21) 5 95 96 68, E-Mail: Bosche@bips.uni-bremen.de

Gesundheitsförderung und Prävention mit und für Familien und Kinder/n in Krisen: Zugangswege finden – Ressourcen fördern statt Defizite kompensieren!, 21.06.2006, Hamburg, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Repsoldstraße 4, 20097 Hamburg, Tel.: (0 40) 6 32 22 20, Fax: (0 40) 6 32 58 48, E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

International

14th International Conference on Health Promoting Hospitals, 24.-26.05.2006, Palanga/Litauen, Kontakt: Rima Drukteinienė, Project manager, Con-Ex, Vytkinto 7-3, LT-08118 Vilnius, LITHUANIA, Tel.: +370 52 10 18 08, Fax: +370 52 70 59 75, E-Mail: HPH@con-ex.com

1. Internationaler palliative care Kongress, 13.-14.06.2006, Friedrichshafen/Bodensee, Kontakt: HomeCare Akademie GmbH, Mühlstraße 10, 88085 Langenargen, Tel.: (0 75 43) 9 13 64 41, Fax: (0 75 43) 9 13 64 42, E-Mail: info@home-care-akademie.de

Weltkonferenz 2006, Soziale Balance in einer Welt der Ungleichheit, 30.07.-03.08.2006, München, Kontakt: Socialwork 2006 – Konferenzbüro Frau Christel Liese, Landwehrstraße 26, 80336 München, Tel.: (0 89) 23 11 49 66, E-Mail: congressoffice@socialwork2006.de

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