

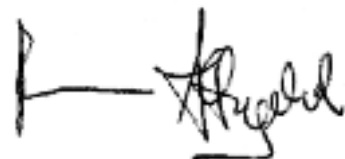
Landesvereinigung
für Gesundheit
und Akademie für
Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.

Was Hänchen nicht lernt, lernt Hans nimmer mehr. Getreu diesem Motto hat sich für fast alle primärpräventiven und gesundheitsfördernden Ansätze das Prinzip der möglichst frühen Intervention als Kernstrategie durchgesetzt. Deshalb sind Kindertagesstätten und Schulen auch die Lieblingsinterventionsorte fast aller Präventionsakteure geworden. Aus Kostenersparnisgründen werden in den letzten Jahren auch vermehrt die präventiven Potenziale des Alters und Gesundheitsförderungsstrategien für ältere Menschen diskutiert, ohne allerdings eine ähnliche Programmflut auszulösen wie für Kinder und Jugendliche.

Die längste Phase des menschlichen Lebens, das mittlere Lebensalter, bleibt dagegen seltsam unterbelichtet. Schon bei der Definition der gesundheitlichen Herausforderungen für diese Lebensphase fangen die Probleme an, wie unser Einleitungsartikel deutlich aufzeigt. In diesem Heft betrachten wir besondere Facetten und Zielgruppen der Gesundheitsförderung im mittleren Lebensalter. Häufig bleibt es bei der Benennung der Problemstellungen, dagegen sind innovative Projekte und effektive Strategien für die Generation 30plus kaum zu finden.

Außerdem berichten wir im aktuellen Teil des Heftes unter anderem über einen kommunalen Gesundheitsförderungsansatz für Männer und Jungen sowie über Tagungen, Modellprojekte und aktuelle Entwicklungen. Innerhalb der Rubrik Kommunales werden Beispielprojekte zu erfolgreichen Ansätzen zur Gesundheitsförderung bei der Generation 30plus vorgestellt. Darüber hinaus finden Sie in diesem Heft wieder eine Fülle von Rezensionen neuer Veröffentlichungen und Tagungsankündigungen. Wie immer sind Sie an dieser Stelle zur Beteiligung an den nächsten Ausgaben unseres Newsletters mit Beiträgen, Anregungen und Informationen herzlich eingeladen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Healthy Homes‹ (Redaktionsschluss 07.11.2008) und ›Migration, Kultursensibilität und Gesundheit‹ (Redaktionsschluss 06.02.2009).

Mit herzlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Das mittlere Lebensalter – schwer zu fassen, viel zu tun	02
■ Vereinbarkeit von Beruf und Familie heute – mehr Risiken als Chancen	03
■ Sandwich-Generation und Gesundheitsförderung	04
■ Familienplanung im mittleren Lebensalter	05
■ Männergesundheit im Fokus des DAK-Gesundheitsreport 2008	06
■ Berufliche Neu-/Umorientierung von Frauen im mittleren Lebensalter	07
■ Milieus, Lebensführung und Gesundheit	08
■ Altersgerechte Personalstrategien – Ansätze zur Gesunderhaltung von Beschäftigten	09
■ Migrantinnen im mittleren Lebensalter und ihr Erleben der Wechseljahre	10
■ Hauptsache, das Auto ist gesund	11
■ Mit DMPs auch im mittleren Lebensalter gut versorgt	13
■ Gute Vorsätze im höheren Lebensalter – was bringen sie für die Gesundheit	14
■ Männergesundheit – ein Thema der KGK Bielefeld	15
■ Betreuungsangebote für demenzerkrankte Menschen mit Migrationshintergrund	15
■ Gleiche Chancen – Asthma in der Schule	16
■ Wettbewerb – wer richtig isst, ist besser drauf	17
■ Im Einsatz für mehr Lebensqualität	18
■ Ortenau und Kinzigtal werden Gesundheitsregion der Zukunft	19
■ Mediothek	21
■ Termine	26
■ Impressum	20

30plus,
40plus,
50plus –
Mittleres
Lebens-
alter und
Gesundheit

Petra Kolip

Das mittlere Lebensalter – schwer zu fassen, viel zu tun

Definiert man das mittlere Lebensalter als Lebensphase zwischen den groben Eckpunkten ›Erste Eheschließung‹ (die längst nicht mehr zwingend zur ›Normalbiografie‹ gehört) und ›Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt‹, so umfasst es eine Zeitspanne von etwa 35 bis 40 Jahren. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist diese Phase aus vielen Gründen von Interesse. So zeigen sich erste Auswirkungen gesundheitsriskanten Verhaltens. Gerade hier wird ein großes Präventionspotenzial gesehen, das bislang wenig genutzt wird. Sie ist zum anderen von Fragen reproduktiver Gesundheit (vor allem bei Frauen) geprägt, die die Anforderungen an eine angemessene Versorgung während Schwangerschaft und Geburt, aber auch in den Wechseljahren in das Zentrum der Aufmerksamkeit stellen. Und sie ist nicht zuletzt deshalb von Interesse, weil vielfältige soziale Rahmenbedingungen die gesunde Entwicklung prägen, die den Handlungsrahmen für eine breit verstandene Gesundheitsförderung aufspannen.

Geschlechtsunterschiede in den Gesundheitsindikatoren

Beim Blick auf die einschlägigen Gesundheitsindikatoren fallen deutliche Geschlechtsunterschiede ins Auge. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium fasst diese pointiert zusammen: ›Vom mittleren Lebensalter an leiden Männer mehr an Krankheiten, die zum Tode führen. Frauen hingegen entwickeln chronische Krankheiten im psycho-somatischen und psychischen Bereich. Doch auch an lebensbedrohlichen Krankheiten sterben sie später als Männer. Die längere Lebenszeit der Frauen geht mit Behinderungen und Einschränkungen einher.‹ Zwar ist die Mortalität in der Altersgruppe 30 bis 65 Jahre insgesamt relativ niedrig, aber das Sterblichkeitsrisiko der Männer ist doppelt so hoch wie jenes der Frauen. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist bei Herzinfarkt, Leberzirrhose, Unfällen und Suiziden sowie bei einzelnen Krebserkrankungen besonders auffällig und macht deutlich, dass das gesundheitsriskante Verhalten vieler Männer seinen Niederschlag in der Sterblichkeitsstatistik findet. Nur folgerichtig wird die Forderung erhoben, in der Prävention und Gesundheitsförderung geschlechtersensibel zu arbeiten und insbesondere Konzepte zu erarbeiten, die Männer auch erreichen. Die Zahlen zur Nutzung der Angebote der Gesetzlichen Krankenkassen zeigen, dass dies bislang kaum gelungen ist: Noch immer werden die Kurse zu 80 % von Frauen besucht.

Häufige Erkrankungsformen im mittleren Lebensalter

Das mittlere Lebensalter ist auch davon geprägt, dass chronische Erkrankungen zunehmen: Die Prävalenz von Gelenkverschleiß, erhöhtem Cholesterin und Bluthochdruck steigt, Muskel- und Skeletterkrankungen, Krankheiten des Kreislaufsystems, aber auch psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen sind häufige Diagnosen für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen. So zeigt der jüngste Fehlzeitenreport, dass ein Viertel aller Arbeitsunfähigkeitstage bei beiden Geschlechtern durch Muskel- und Skeletterkrankungen begründet ist. Bei den Männern folgen Verletzungen und Erkrankungen der Atemwege, bei den Frauen Erkrankungen der Atemwege und psychische Krankheiten. Muskuloskelet-

tale Erkrankungen, Neubildungen und psychische Störungen sind die wichtigsten Diagnosen für die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen. Letztere erhalten seit einiger Zeit zunehmend Aufmerksamkeit: 15 % der 18- bis 65-jährigen Frauen und 8 % der gleichaltrigen Männer hatten in den vergangenen 12 Monaten eine Depression, und psychische Erkrankungen sind nach jüngsten Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen der Hauptgrund für die Frühberentung. Frauen sind insbesondere von Depressionen stärker betroffen, aber auch bei Männern nehmen diese Erkrankungen zu – vielleicht auch ein Hinweis auf die stärkere Geschlechtersensibilität in der Diagnostik.

Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Erfreulicherweise hat sich die Gesundheitsberichterstattung in den vergangenen Jahren geschlechtersensibel weiterentwickelt, so dass differenzierte Aussagen zu den Geschlechtsunterschieden in Gesundheit und Krankheit möglich sind und ein Blick auf die Rahmenbedingungen gelenkt werden kann. So sind die Lebensform und der Erwerbsstatus wichtige Determinanten der Gesundheit. Werden sie berücksichtigt, lassen sich Zielgruppen für gesundheitsbezogene Interventionen klarer definieren und Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung können aufgezeigt werden. Das Beispiel der allein erziehenden Elternschaft soll dies kurz illustrieren. Detaillierte Analysen zeigen erwartungsgemäß, dass allein erziehende Mütter – Väter sind hier noch immer eine Ausnahme – eine in gesundheitlicher Hinsicht besonders benachteiligte Gruppe bilden. So rauchen in der Altersgruppe 30–44 Jahre 32 % der Frauen mit Partner und Kind, aber 62 % der allein erziehenden Frauen. Das bestimmende Moment für die schlechtere Gesundheitssituation sind hier die ökonomischen Rahmenbedingungen. So liegt die durchschnittliche Armutsquote in deutschen Haushalten bei 13,1 %, sie ist bei Alleinerziehenden mit einem (28,8 %) oder mehr Kindern (58,5 %) ungleich höher. Die jüngst veröffentlichten Auswertungen der Luxemburg Income Study zeigen die politischen Gestaltungsmöglichkeiten auf. Die Studiengruppe um Misra hat im internationalen Vergleich vier familienpolitische Modelle identifiziert:

- **Betreuungsmodell:** Frauen, die Kinder betreuen, erhalten Unterstützung; Politik stärkt traditionelle Rollenaufteilung (Deutschland, Niederlande)
- **Ernährerinmodell:** Erwerbsarbeit von Frauen und Männern wird betont, wenig Unterstützung für Familienarbeit (Kanada, Großbritannien, USA)
- **Wahlfreiheitsmodell:** Unterstützung der Kinderbetreuung, zugleich Ermunterung zur Teilnahme am Arbeitsmarkt (Frankreich)
- **Gleichstellungsmodell:** Balance zwischen Erwerbsarbeit und Fürsorge (Finnland, Norwegen, Schweden).

Gestaltung von Rahmenbedingungen

Die Studiengruppe kann zeigen, dass die Armutsquoten von allein erziehenden Müttern in Ländern mit dem Ernährerinnenmodell am größten sind, aber auch das in Deutschland etablierte Betreuungsmodell ist mit einer hohen Armutsquote

dieser Gruppe verbunden. Die Gleichstellungsstrategie hingegen geht damit einher, dass Frauen ohne Partner auch dann erwerbstätig sein können, wenn sie Kinder zu versorgen haben, so dass die Armutsquoten unter diesen familienpolitischen Rahmenbedingungen besonders niedrig ausfallen. Diese Ergebnisse verweisen darauf, dass Gesundheitsförderung breit verstanden werden muss, weil sie die Gestaltung von Rahmenbedingungen in vielen Lebensbereichen betrifft. Gesundheitsförderung als Querschnittsbereich, so wie es in der Ottawa-Charta formuliert ist, meint eben auch die Reduzierung sozialer Ungleichheit in Arbeitsmarkt-, Renten- und Familienpolitik. Ein alter Hut? Vielleicht! Aber die politische Realität zeigt, dass das Thema Gesundheit noch immer vor den Ressortgrenzen Halt macht. Eine gendersensible Perspektive, die auch die Lebensbedingungen berücksichtigt, und die Berücksichtigung der gesundheitlichen Auswirkungen politischer Entscheidungen können hier langfristig zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage bislang wenig berücksichtigter Bevölkerungsgruppen im mittleren Lebensalter beitragen.

PROF. DR. PETRA KOLIP, *Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Grazer Str. 2, 28359 Bremen, E-Mail: kolip@uni-bremen.de*

Karin Jurczyk

Vereinbarkeit von Beruf und Familie heute – mehr Risiken als Chancen?

Weibliche Teilzeitarbeit ist nicht mehr der Königsweg zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, und diese wird zu einem Thema zunehmend auch für Männer. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf steht unter neuen Vorzeichen, denn nicht nur die Erwerbswelt, sondern auch die Familie selber hat sich geändert – und mit beiden zusammen die Lebensverhältnisse der Geschlechter.

Entgrenzung von Zeit, Raum und Geschlechterrollen

Es geht heute nicht mehr darum, zwei stabile und klar strukturierte Sphären, Erwerb und Familie, kompatibel zu machen, was für Frauen schon schwierig genug war. Aktuelle Studien zeigen, dass Phänomene der sog. Entgrenzung die bisherige Arbeitsteilung zwischen Beruf und Familie, Männern und Frauen ins Rutschen bringen. Entgrenzung umschreibt die zunehmende Brüchigkeit bis dahin sicherer (oder zumindest für sicher gehaltener) struktureller Ab- und Begrenzungen von Sphären der Gesellschaft und des persönlichen Lebens, sie beleuchten Aspekte des forcierten Wandels von westlichen Industrie- zu Wissens- und Dienstleistungsgesellschaften. Besonders markant sind Entgrenzungen hinsichtlich der Geschlechterrollen sowie der zeitlichen und räumlichen Organisation von Arbeiten und Leben, begleitet von einer Verdichtung der Erwerbsarbeit. Fast immer zeigen sich neben Optionssteigerungen und Flexibilitätsgewinnen auch Probleme der Orientierung und Neuordnung im alltäglichen

Leben. Auch wenn bspw. die Erosion der sog. Normalfamilie und die vermehrte Frauenerwerbstätigkeit weitgehend positiv besetzt sind und flexible Arbeitszeiten sowie berufliche Mobilität neue Spielräume eröffnen, stellen sie sich doch als folgenreiche und vor allem als höchst zwiespältige Prozesse dar. Das neue Label der Work-Life-Balance beschönigt dabei eher die konkreten Herausforderungen an das Familienleben.

Vielmehr sehen wir, dass große Anstrengungen und Einfallstiefe notwendig sind, um unter Entgrenzungsbedingungen eine gemeinsame familiäre Lebensführung zu etablieren. Diese führen dazu, dass Familie oft in den Zeitlücken der Erwerbsarbeit gelebt werden muss. Zeitknappheit aufgrund langer Arbeitszeiten betrifft vor allem Paarhaushalte mit zwei vollzeiterwerbstätigen Eltern sowie die große Gruppe der Alleinerziehenden. Andersartige Zeitröte entstehen durch die Flexibilisierung von Arbeitszeiten, die in Lage und Dauer stark variieren. Die Beschäftigten haben wenig Einfluss auf ihre Arbeitszeitpläne, ihre Arbeitseinsätze sind häufig kurzfristig, ent-rhythmisiert und wenig planbar. Dies führt zu einer Zerstückelung des familialen Alltags. Familienleben muss gleichsam auf Knopfdruck und verdichtet stattfinden, wenn gerade Zeit dafür ist. Ebenso führt die zunehmende projektförmige Arbeit zu Synchronisationsproblemen der verschiedenen Familienmitglieder. Gemeinsame Zeit muss heutzutage oft erst gefunden, ja geplant werden. Die spezifische Zeitlogik familialer Fürsorgearbeit verträgt sich jedoch nur bedingt mit vorab eingeplanten Zeitpaketen. Zeitliche ist zudem von räumlicher Entgrenzung begleitet: die Zunahme erwerbsbedingter räumlicher Mobilität führt zu längeren Arbeitswegen, mehreren Arbeitsorten sowie Wochenend- und Fernpendeln. Die Belastungen aus dem Erwerbsbereich verknüpfen sich oft mit Entgrenzungen des Familienlebens, etwa durch das Leben in zwei Haushalten nach Trennung und Scheidung. Die ›doppelte Entgrenzung‹ führt zu Zeit-, Energie- und Aufmerksamkeitskonkurrenzen, die eine aktive Beteiligung der Einzelnen am Familienleben erschweren.

Familie als Herstellungsleistung

Ein gemeinsames Familienleben ergibt sich nicht mehr von alleine, sondern wird immer mehr zu einer aktiven Herstellungsleistung aller Beteiligten. Stressreiche Arbeitsbedingungen können das Familienleben massiv einschränken, womit der ›Eigensinn‹ von Familie, ein zentrales Qualitätsmerkmal von Familienleben, in Frage gestellt wird. Selbst bei finanziell gut ausgestatteten Doppelkarriereeltern zeigt sich, dass Geld gemeinsame Zeit in ihrer Qualitätsdimension eben nicht kompensieren kann. Familiäre Kopräsenz, d. h. gemeinsame zeit-räumliche Anwesenheit der Familienmitglieder, wird zur knappen Ressource, sie muss auf innovative Weise neu gestaltet werden. Verloren gehen auch die für persönliche Beziehungen und das Großziehen von Kindern so wichtigen häufigen Gelegenheiten zur vertiefenden Interaktion. Eltern sind häufig so erschöpft, dass sie kaum zum pragmatischen Vereinbarkeitsmanagement, noch weniger aber zur Herstellung von Gemeinsamkeit beitragen können. Selbstsorge wie Fürsorge werden oft an der Grenze der Belastbarkeit praktiziert, reduziert wird jedoch weniger die Zeit für Kinder als die

für Partnerschaft und die eigene Regeneration. Gesundheitliche Folgen, aber auch Belastungen für die Partnerschaft sind nur eine Frage der Zeit.

Neu ist, dass auch Männer vermehrt Doppelbelastungen erfahren, sie wünschen sich selber mehr Zeit für die Familie. Anerkennt man, dass gemeinsame Zeit die Vorbedingung für ein Familienleben ist, verwundert es nicht, dass die meisten erwerbstätigen Männer und Frauen ihre bezahlten Wochenstunden senken wollen. Insgesamt finden sich deutliche Hinweise auf Wechselwirkungen zwischen Erwerbsarbeit und Familie. Die doppelte Entgrenzung wirkt – insbesondere für Frauen – teilweise auch positiv auf den Erwerbsbereich zurück. Ein gelingender Familienalltag und gelingende Balancen verstärken etwa die Erwerbsmotivation und das Engagement der Beschäftigten. Erfahren sich jedoch die Beschäftigten zu eingeschränkt bei der Abstimmung mit den Bedürfnissen der Familie, tragen sie diese Unzufriedenheit in die Arbeitswelt zurück.

Wenn Mütter und Väter nicht mehr in der Lage sind, für sich selbst, aber auch für andere hinreichend Sorge für das Wohlbefinden zu tragen, droht ohne sozial-, arbeits- und familienpolitische Unterstützungen langfristig eine Reproduktionslücke in Familien – mit Konsequenzen für Wirtschaft und Gesellschaft. Da Familie jedoch nach wie vor eine unverzichtbare Ressource für individuelles Wohlbefinden, wirtschaftliche Stabilität und gesellschaftlichen Zusammenhalt ist, sollte gegengesteuert werden – zumal kein Weg zurück in die Verhältnisse der 1960er Jahre geht.

Literatur bei der Verfasserin

DR. KARIN JURCZYK, *Deutsches Jugendinstitut e.V., Abteilung Familie und Familienpolitik, Nockherstr. 2, 81541 München, Tel.: (089) 62 30 62 55, E-Mail: jurczyk@dji.de*

Andreas Borchers

Sandwich-Generation und Gesundheitsförderung

Die Alterung der Bevölkerung, die zunehmende Zahl und der steigende Anteil von Älteren und Hochbetagten werden seit einiger Zeit auch in den Kommunen wahrgenommen, die in gravierendem Maße die Auswirkungen zu spüren bekommen werden. Nur: Wie können sie die zunehmenden Aufgaben in den auch zukünftigen Zeiten knapper Kassen leisten?

Der Blick gerät dann leicht auf die Familien der unterstützungsbedürftigen Älteren und insbesondere deren Kinder. Familien können als der größte Pflegedienst bezeichnet werden, der Umfang privater Hilfe ist weitaus größer als die professionell erbrachten Leistungen.

Es reicht aber nicht aus, Familien als bloße Ressource wahrzunehmen, die die gesellschaftlichen Probleme schon lösen werden. Notwendig ist vielmehr, den Blick auf die Lebenssituation derjenigen zu lenken, die die Leistungen erbringen. Eine besondere Rolle spielen dabei die Frauen im mittleren Lebensalter, die sich in der Pflege und Versorgung von unter-

stützungsbedürftigen Älteren am stärksten engagieren.

Die amerikanische Gerontologin Elaine Brody hat als Erste darauf hingewiesen, dass Frauen in der Lebensmitte neben Pflege und Versorgung auch noch andere Verpflichtungen haben, z. B. gegenüber ihren Kindern. Auch wenn diese oftmals bereits erwachsen sind, werden die Eltern auch von ihnen gefordert. Dieses doppelte Gefordert-Sein durch Eltern und Kinder hat zum Begriff ›Sandwich-Generation‹ geführt – der Generation in der Mitte.

Die Sandwich-Generation: ein schillernder Begriff

Das Bild mag einleuchten – allerdings ist die Sandwich-Generation empirisch nur schwer zu bestimmen und es gibt unterschiedliche Definitionen, z. B. nach dem Alter: Für Menschen, die ›zwischen Enkelbetreuung und Altenpflege‹ stehen, wird oft die Altersgrenze zwischen 40 und 60 Jahren gewählt. Jedoch: In dieser Altersgruppe pflegt und versorgt lediglich eine Minderheit tatsächlich die alten Eltern.

Eine andere Sichtweise geht von der Familienkonstellation aus. Dass es eine mittlere Generation gibt, setzt voraus, dass mindestens drei Generationen einer Familie gleichzeitig leben. Die Situation, dass die meisten Kinder ihre Groß- und sogar ihre Urgroßeltern kennen, ist historisch relativ neu. Ein wesentlicher Grund dafür ist die gestiegene Lebenserwartung.

Leistungen der Sandwich-Generation

Wer aber ›in der Mitte‹ lebt, dessen Lebenssituation ist häufig nicht durch die intensive Versorgung der Eltern oder Schwiegereltern gekennzeichnet. Allerdings kommt für viele Menschen der Zeitpunkt, zu dem sie sich mit der Anforderung der Pflege der Eltern konfrontiert sehen. Sie kommen in eine – und dieser Begriff wäre wohl angemessener – ›Sandwich-Situation‹, die zu individuell unterschiedlichen Zeiten beginnt und unterschiedlich lange dauert. Die o. g. Altersgrenzen werden zwar häufig verwendet, tatsächlich aber beginnt die intensive Doppelbelastung oft später und kann in die nachberufliche Phase hineinreichen.

Sie ist durch hohe Anforderungen und intensive Leistungen geprägt. Die meisten Älteren erwarten, dass die Versorgung von den Kindern übernommen wird, vor allem den Töchtern. Besonders Frauen erbringen sehr umfangreiche und zeitintensive Leistungen der Pflege und Versorgung. Seltener wahrgenommen wird, dass sich auch Männer häufig ihren Möglichkeiten entsprechend engagieren. Sie übernehmen allerdings seltener die Pflege, wohl aber Behördengänge, kümmern sich um Haus und Garten u. a. m. Gleichzeitig werden die eigenen erwachsenen Kinder unterstützt. Hier sind es einerseits finanzielle Unterstützung und Geschenke, aber auch zeitintensive Leistungen wie Enkelbetreuung und Unterstützung im Haushalt.

Belastungen der Sandwich-Generation

In der mittleren Lebensphase geben die Menschen wesentlich mehr, als sie selbst erhalten. Starke Belastungen entstehen häufig, wenn Pflege und Versorgung der Eltern anstehen. Die Anforderungen nehmen oft kontinuierlich zu. Darauf wird mit einer Intensivierung der eigenen Leistungen reagiert, Unter-

Cornelia Helfferich

Familienplanung im mittleren Lebensalter

stützung von außen wird zu wenig in Anspruch genommen. Hierfür gibt es unterschiedliche Gründe: das Gefühl der Verpflichtung den Angehörigen gegenüber; im Umfeld ist kein passendes professionelles Unterstützungsangebot vorhanden, es ist nicht bekannt oder erscheint zu teuer; Personen im sozialen Netzwerk sind selbst stark gefordert oder nicht nahestehend genug, um angefragt zu werden.

Die individuellen Belastungen umfassen unterschiedliche Dimensionen: Der zeitliche Aufwand kann enorm sein und zunehmen; die psychischen Belastungen nehmen zu, zumal bei steigender Intensität die eigenen sozialen Kontakte, die Entlastung und Ausgleich bringen können, leiden; Ehe und eigener Haushalt werden in Mitleidenschaft gezogen; es kommt zu gesundheitlichen Problemen, da nicht nur die Pflege selbst, sondern auch die intensiven pflegebegleitenden Leistungen körperlich anstrengend und fordernd sein können (z. B. doppelte Hausarbeit, Besorgungen).

Die Mehrzahl der Menschen im mittleren Lebensalter ist erwerbstätig. Die Männer sind i. d. R. vollzeitbeschäftigt. Der Anteil der erwerbstätigen Frauen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Von den Frauen ist etwa die Hälfte vollzeitbeschäftigt. Sie bekommen jetzt Probleme bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie in neuer Form: die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. Viele Frauen reduzieren ihre Arbeitszeit oder steigen aus dem Erwerbsleben aus.

Handlungsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene

Der demographische Wandel führt dazu, dass zunehmend pflege- und unterstützungsbedürftige Ältere in großer Zahl durch Familienmitglieder versorgt werden. Der Begriff der Sandwich-Generation kann als Metapher verstanden werden, der daran erinnern soll, dass die Pflegenden ein eigenes Leben mit weiteren Verpflichtungen haben.

Bei der Altenhilfeplanung darf das Engagement nicht bloß als kostengünstige Ressource wahrgenommen werden. Die Absicherung und Unterstützung der familialen Pflege und Versorgung von unterstützungsbedürftigen Älteren muss auch die Perspektive derer berücksichtigen, die die Unterstützung leisten.

Die Kommune kann dies in doppelter Weise unterstützen. Zum einen sollte sie die Sandwich-Generation mit einbeziehen, um überhaupt deren Anforderungen und Bedarfssituationen zu erfahren, z. B. im Rahmen einer Seniorenbefragung oder als deren Ergänzung. Zum anderen kann sie in ihrer Rolle als Arbeitgeber mit gutem Beispiel vorangehen, indem sie die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf aktiv aufgreift und unterstützt. Hierfür gibt es unterschiedliche Wege, von der Vermittlung von Informationen und Kenntnissen für (potenziell) Pflegenden bis zu Möglichkeiten, die Belastungen zu begrenzen, z. B. durch erweiterte Möglichkeiten für Teilzeitbeschäftigung – und zwar nicht nur für Frauen, sondern auch für Männer.

DR. ANDREAS BORCHERS, *Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung (ies) GmbH, Universität Hannover, Bödekerstr. 7, 30161 Hannover, Tel.: (05 11) 399 72 70, Fax: (05 11) 399 72 29*

Im mittleren Lebensalter sind viele Weichen für den Lebenslauf bereits gestellt. Aber einige Frauen und vor allem Männer haben Festlegungen auf eine Familie noch aufgeschoben. Und für alle, auch für diejenigen, die schon geheiratet und Kinder bekommen haben, ist das mittlere Lebensalter die Phase, in der die endgültige Form der privaten Lebensführung mit und ohne Kinder ausgestaltet wird.

2003 waren etwas mehr als ein Viertel der Frauen und etwas mehr als 40% der Männer mit 30 Jahren kinderlos. Frauen in den neuen Bundesländern und Ausländerinnen haben jünger eine Familie gegründet und lebten etwas häufiger mit 30 Jahren mit Kindern unter 18 Jahren im Haushalt verglichen mit Frauen aus den alten Bundesländern. Weil Übergänge in Familie im Lebenslauf früher oder später – mitunter auch gar nicht – stattfinden, finden wir gerade im mittleren Lebensalter eine Vielfalt an Lebensformen nebeneinander: Single-Haushalte, unverheiratete Paare, größere oder kleinere Familien. Entsprechend der Unterschiedlichkeit der Lebensformen divergieren auch der weitere Kinderwunsch sowie das Verhütungs- und Abbruchverhalten.

Die Zeit zwischen 30 und 40

Die erste Phase im mittleren Lebensalter, die Zeit zwischen 30 und 40 Jahren, ist wesentlich durch die parallelen Anforderungen von Berufstätigkeit und Familienleben geprägt. In dieser ›Rush hour des Lebens‹ stehen eine berufliche Konsolidierung und eine Familiengründung an – und beides verlangt einen hohen Einsatz. Dies bestimmt auch die Familienplanung, die in dieser Phase gekennzeichnet ist durch das Abwägen, was ein günstiger Zeitpunkt für ein erstes bzw. ein weiteres Kind ist, denn generell besteht die Ansicht, dass Elternschaft Ressourcen voraussetzt und dass vor allem die Familie abgesichert sein muss, um Kindern geeignete Voraussetzungen für das Aufwachsen zu bieten. Stichworte sind die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Frauen, die Möglichkeit, eine (größere) Familie zu ernähren, bei Männern. Nur ein geringer Anteil von Frauen und Männern hat jung die gewünschte Anzahl von Kindern bekommen und vor dem 30. Lebensjahr die Familienplanung definitiv abgeschlossen. Dies trifft z. B. auf türkische Migrantinnen zu, die dem Muster der früh im Lebenslauf gelagerten Familienphase aus ihrem Herkunftsland folgen.

Die zweite Phase des mittleren Lebensalters

Die Geburt eines ersten Kindes wird zunehmend in das mittlere Lebensalter aufgeschoben, ein Viertel bis ein Drittel aller Geburten finden im Alter zwischen 30 und 40 Jahren statt (mit steigender Tendenz, in den neuen Bundesländern ein geringerer, in den alten ein höherer Anteil). Seit Beginn der 90er Jahre stieg der Anteil der ehelichen Erstgeburten von Frauen im Alter von 35 Jahren und älter von 5,7% auf 16,9%. ›Späte‹ Mutterschaft (= ab 35 Jahren) gewann an Akzeptanz. ›Späte‹ Mütter holen dann auch auf: Wenn weitere Kinder folgen, dann kommen diese in kürzerem Abstand als bei Frauen, die jung eine Familie gegründet haben.

Familienplanung in der zweiten Phase des mittleren Lebensalters ist gekennzeichnet davon, dass in der Regel die

berufliche Konsolidierung abgeschlossen ist, dass aber die Zeitplanung unter Druck gerät, weil sich mit einem Geburtenaufschub das subjektive und das objektive ›Zeitfenster‹ für Kinder verkleinert: Wenn (noch) ein Kind, dann jetzt, denn ein weiterer Aufschub ist nicht möglich. Auch bei Adoptionen werden Paare unter 40 Jahren bevorzugt. Mit Methoden der Reproduktionsmedizin lässt sich zwar theoretisch das Ende der reproduktiven Phase für Frauen hinausschieben, hier werden aber häufig spektakuläre Einzelfälle einer sehr späten Mutterschaft in den Medien hochgespielt. Die Familienplanung wird also entweder definitiv abgeschlossen oder, wenn noch ein Kind gewünscht wird, wird die Planung jetzt dezidiert angegangen. Ungewollte dritte oder vierte Schwangerschaften wurden in diesem Alter von Frauen aus den neuen Bundesländern seltener ausgetragen: Ihre Familienplanung war eher abgeschlossen, sie waren (wieder) voll in das Erwerbsleben integriert. Frauen aus den alten Bundesländern, die ihre Erwerbstätigkeit mit zwei oder drei Kindern unterbrochen hatten, waren eher bereit, eine ungewollte Familienerweiterung zu akzeptieren.

Weitere Aspekte

Männer sind bei der Geburt von Kindern im Schnitt zwei Jahre älter als ihre Partnerin. Das Zeitfenster für Kinder verschiebt sich für sie damit biografisch nach hinten. Aber auch sie haben subjektive Altersnormen, ab wann es ›zu spät‹ ist, Vater zu werden, und einer der häufigsten Gründe gegen Kinder war in einer Umfrage bei Männern das eigene Alter oder das der Partnerin.

Das mittlere Lebensalter ist auch eine Phase der Konsolidierung der Partnerschaften. Bei Männern beträgt das durchschnittliche Heiratsalter lediger 32,6 Jahre (2006; Frauen: 29,6 Jahre). Partnerschaften, aber auch Phasen von Partnerlosigkeit dauern nun länger. Im mittleren Lebensalter finden aber auch Trennungen und Scheidungen statt und damit ändert sich der Rahmen für die Familienplanung. Mehr Männer als Frauen heiraten wieder. Die Wahrscheinlichkeit, mit jemand Jüngerem eine neue Partnerschaft einzugehen, steigt aber für Frauen und Männer, wenn sie später im Leben eine Partnerschaft beginnen - doch nur Männer können in dieser neuen Partnerschaft im fortgeschrittenen Alter noch einmal Kinder bekommen.

Wichtigstes Verhütungsmittel in der mittleren Lebensphase ist die Pille. Mit dem Abschluss der Familienplanung wechseln Paare zu definitiveren Verhütungsmethoden wie Spirale und Sterilisation. Schwangerschaftsabbrüche werden im mittleren Lebensalter vor allem vorgenommen, um die Familiengröße zu begrenzen - besonders in den neuen Bundesländern.

Als Fazit: Durch den Aufschub der Geburten gewinnt die Familienplanung im mittleren Lebensalter, an dessen Ende sich das Zeitfenster für Kinder geschlossen hat und die wesentlichen Entscheidungen gefallen sind, an Bedeutung.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. CORNELIA HELFFERICH, *Evangelische Fachhochschule Freiburg, Bugginger Str. 38, 79114 Freiburg,*
E-Mail: helfferrich@t-online.de

Katrin Krämer

Männergesundheit im Fokus des DAK-Gesundheitsreports 2008

2008 hat die DAK das Thema Männergesundheit interdisziplinär beleuchtet, nachdem bereits 2006 die ›Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter‹ im Fokus stand. Zentrale Ergebnisse sind: Zwischen erwerbstätigen Männern und Frauen bestehen teils deutliche Unterschiede bezüglich Gesundheitszustand, Krankheitsrisiken, Gesundheitsverhalten und Lebenserwartung. In 2007 wiesen die Männer im Durchschnitt mit 3,0% einen wiederholt niedrigeren Krankenstand als Frauen (3,3%) auf. Sind Männer in der Arbeitswelt somit das weniger gesundheitlich beeinträchtigte Geschlecht?

Gesundheitliche Probleme von erwerbstätigen Männern

Die Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK des Jahres 2007 haben trotz des niedrigeren Krankenstands der Männer eine Reihe von männerspezifischen Gesundheitsproblemen aufgezeigt. Männertypische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen zählen vorrangig zu den Gruppen der Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems begründen 23,5% aller Fehltage im Vergleich zu 19,7% bei den Frauen. Verletzungen und Vergiftungen verursachen bei den Männern sogar fast doppelt so viele Fehltage (18,1% vs. 9,4%) wie bei den Frauen; so auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (5,8% vs. 3,3%).

Sind die Herzkranzgefäße betroffen, liegt eine koronare Herzkrankheit vor. Besonders im mittleren Lebensalter sind Männer hiervon häufiger betroffen als Frauen. Prominentester Vertreter dieser Gruppe ist der akute Herzinfarkt. Dieser sorgt bei männlichen Versicherten für fünfmal mehr Fehltage als bei den Frauen.

Die höhere Betroffenheit der Männer bei diesen Krankheitsspektren bestätigen auch die Analysen der Krankenhausdaten. Ein auffallendes Ergebnis war zudem, dass 2007 Männer an rund fünfmal mehr Tagen wegen Schlafstörungen im Krankenhaus behandelt wurden als Frauen. Auch zeigte sich bei den Behandlungstagen eine deutlich höhere Betroffenheit der Männer in Bezug auf psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol, Neubildungen wie den Lungenkrebs sowie bei Erkrankungen des Verdauungssystems.

Gründe für geschlechtsspezifische Unterschiede

Zur Erklärung der Problematik der geschlechtsspezifischen Diagnosen lassen sich zunächst Unterschiede in den Arbeitsbedingungen und Tätigkeitsschwerpunkten anführen. Der Einfluss dieses Faktors zeigt sich insbesondere bei branchenspezifischen Analysen. Innerhalb der männlichen DAK-Population weisen Männer im ›Baugewerbe‹, ›Sonstigen verarbeitenden Gewerbe‹ sowie ›Verkehr und Nachrichtenübermittlung‹ überdurchschnittlich hohe Krankenstände auf. 2007 lag hier der Krankenstand nicht nur deutlich über dem Durchschnitt aller männlichen Versicherten in Höhe von 3,0%, sondern auch deutlich über dem Durchschnitt der weiblichen Kolleginnen in den jeweiligen Branchen.

Innerhalb der männlichen DAK-Population und im Vergleich zu den Frauen sind die Männer hier zu den besonders belasteten Versicherten zu zählen. Männer arbeiten hier über-

wiegend im Produktionsbereich mit hohen körperlichen Belastungen und Unfallgefahren. Frauen sind in diesen Branchen meist in dem weniger gesundheitlich belastenden Verwaltungsbereich tätig. Diese unterschiedlichen Arbeitsplatzprofile sind insbesondere auch eine Erklärung dafür, dass in 2007 die Zahl der Fehltage aufgrund von Rückenschmerzen bei Männern mit 89,5 die der Frauen (74,5 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre) deutlich übertrifft.

In den genannten Branchen könnten die männlichen Versicherten von Ansätzen zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung besonders gut profitieren.

Gesundheitsverhalten von Männern

Männer verhalten sich in Bezug auf ihre Gesundheit riskanter als Frauen. So liegen sie in den Statistiken zum Alkohol- und Tabakkonsum noch immer an der Spitze. Bei vielen der bekannten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- und Krebserkrankungen bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede, so dass diese Erkrankungen entsprechend häufiger bei den Männern auftreten.

Die Ursachendiskussion zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in Bezug auf Krankheitsrisiken erfolgt größtenteils vor dem Hintergrund rollentheoretischer Ansätze. Die männliche Geschlechterrolle wird als wesentlicher Risiko- und Belastungsfaktor gesehen, da sie zu selbstschädigenden Einstellungen und Verhaltensweisen führt. Bereits im Zuge einer geschlechtsspezifischen Sozialisation werden Männer nach Expertenmeinung zu einer weniger ausgeprägten Wachsamkeit gegenüber ihrem Körper erzogen. Indiz ist z. B. die geringe Inanspruchnahmequote bei Vorsorgeuntersuchungen.

Laut einer repräsentativen Befragung der DAK nimmt nur jeder fünfte Mann alle zwei Jahre regelmäßig an der Gesundheitsuntersuchung Check-up 35 teil. Bei der jährlichen Krebsvorsorge ist es nur jeder vierte Mann. Diese Zahlen unterstreichen den aus Expertensicht ausgemachten Bedarf an mänderspezifischen Vorsorge- und Präventionsangeboten. Eine möglichst frühe Wahrnehmung von Krankheitsanzeichen sowie regelmäßige Vorsorge gelten als wünschenswert. Die Ermittlung gesundheitsrelevanter Einstellungen von Männern und deren Bedürfnisse im Rahmen der Männergesundheitsforschung können eine geschlechtssensiblere Ausrichtung der Angebote verstärken.

Gewinnt Gesundheit für Männer an Bedeutung?

Die Ergebnisse der DAK-Bevölkerungsbefragung von mehr als 1.000 Männern im Alter von 30 bis 65 Jahren zeigen, dass Gesundheit für Männer nicht allein eine Frage der körperlichen Gesundheit, sondern vielmehr ein mehrdimensionaler Prozess ist, der auch Energie und Lebensfreude, Familie/Kinder sowie Partnerschaft/Sexualität umfasst. Für 87% der Männer ist die geistige Leistungsfähigkeit der wichtigste Aspekt für das eigene Wohlbefinden. Anders als erwartet, messen Männer dem Beruf bzw. beruflichem Erfolg von allen abgefragten Dimensionen die geringste Bedeutung zu. Neben den schon genannten Dimensionen wurden Freundschaften (soz. Beziehung/Unabhängigkeit/persönliche Freiheit und finanzielle Sicherheit/Einkommen) abgefragt. Neben

diesem relativ differenzierten Gesundheitsverständnis fällt auf, dass das Thema Work-Life-Balance bei rd. zwei Dritteln der befragten Männer im Trend liegt.

Wie sind die aktuellen Zahlen zu interpretieren? Zeichnet sich unter Männern ein Wertewandel ab? Gewinnt Gesundheit für die Männer an Bedeutung und wird deshalb in Zukunft Gesundheit bzw. Gesundheitsbewusstsein zur selbstverständlichen Eigenschaft von Männern? Dafür spricht, dass die Ergebnisse der Befragten in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen in Bezug auf die finanzielle Sicherheit/Einkommen, Beruf/Karriere und Work-Life-Balance kaum von dem hier präsentierten Durchschnitt abweichen.

DR. KATRIN KRÄMER, IGES Institut GmbH, Friedrichstr. 180, 10117 Berlin, E-Mail: katrin.kraemer@iges.de, Internet: www.iges.de

Irène Stratmann

Berufliche Neu-/Umorientierung von Frauen im mittleren Lebensalter

In Niedersachsen werden derzeit 19 Koordinierungsstellen Frauen und Wirtschaft aus Landes- und EU-Mitteln gefördert. Diese Koordinierungsstellen fördern die berufliche Gleichstellung von Frauen und ihre Integration in das Erwerbsleben nach der Familienphase durch Information, Beratung und die Initiierung von Qualifizierungsmaßnahmen.

Verbindung von Familie und Beruf

Frauen, die das Dienstleistungsangebot der Koordinierungsstelle in Anspruch nehmen, lassen sich in zwei unterschiedliche Zielgruppen einteilen.

Einmal gibt es die Gruppe der Frauen, die immer berufstätig gewesen ist und im mittleren Lebensalter noch einmal eine berufliche Umorientierung für sich sucht. Beratungsanlass ist häufig, dass sie sich unter Druck gesetzt fühlen, eine Superfrau sein zu müssen, die Kinder, Haushalt, Beruf und soziale Beziehungen gleichermaßen meistern zu müssen. Aufgrund dieser Mehrfachbelastungen fühlen sich diese Frauen überfordert und ausgebrannt. Eine erste Kontaktaufnahme erfolgt oft im Rahmen einer psychosozialen Reha-Maßnahme.

Die weitaus größere Gruppe von Frauen sind die klassischen ›Berufsrückkehrerinnen‹. Für diese gilt noch der frauentypische Lebenslauf, der mit dem Erlernen eines durchschnittlichen oder auch eines hochqualifizierten Berufs beginnt. Diese Berufstätigkeit wird für eine kurze oder auch längere Zeit ausgeübt, bis Heirat und Kinder kommen und damit das oft völlig fraglose Eintauchen in das Leben der Familie bis hin zur Kinderpflege und Sorge für den Partner und dessen berufliche Karriere.

Individuelle Lebensgestaltung und gesundheitliche Aspekte

Mit Abnahme der Familienpflichten sehen sich Frauen in der Situation einer Neu- oder Umorientierung. Schwellen überschreiten, Altes zurücklassen und Neues erfahren bedeutet

für sie in dieser Situation Angst und Verunsicherung. Immer mehr Frauen beginnen in der Zeit der Um- bzw. Neuorientierung eine Therapie oder besuchen eine Gruppe, um sich mit anderen auszutauschen und sich Unterstützung zu holen. Während der Familienphase definieren sich Frauen ausschließlich über ihre Zuständigkeit für die Familie, was sich auch in ihrem Sprachverhalten wiederfindet. So stellen sie sich als ›Mutter von‹ oder ›Ehefrau von‹ vor. Während der Familienzeit war kaum Raum für individuelle Lebensgestaltung. Der teilweise Wegfall von ihrem Kompetenz- und Zuständigkeitsbereich hat häufig schwere Identitätskrisen zur Folge. Diese Krisen beinhalten aber eine Chance zur Neuformung, und mit einem neuen Selbstverständnis, alte Zwänge und Rollenklischees mit eigenen Vorstellungen zu tauschen. Häufig stoßen Frauen auf fehlendes Verständnis in ihrer Partnerschaft, was dann unter Umständen zu Trennungen führt. So ist bei der Hälfte der ›Berufsrückkehrerinnen‹ eine Trennungssituation Anlass für die Kontaktaufnahme.

Bei diesen Frauen ist ein ausgeprägter Mangel an Selbstwertgefühl zu beobachten. Sie bringen dieses auch sprachlich zum Ausdruck, indem sie sich als ›Nurhausfrau‹ wahrnehmen. In der Familienphase tritt die Sorge für Kinder und Partner in den Vordergrund. Mit sich selber gehen diese Frauen weniger fürsorglich um, was oft zu gesundheitlichen Problemen führt. So berichten Frauen häufig über Suchtprobleme, Verspannungen, Depressionen und Antriebsschwäche.

Neue Wege

Je länger eine Familienphase dauert, desto schwerer fällt es Frauen, neue Wege für sich zu finden. Zunehmend lässt sich jedoch eine Veränderung bei jüngeren Frauen, in der Altersgruppe bis 35, feststellen. Für diese Frauen sind Familie und Beruf Lebensentwürfe, die gleichzeitig gelebt werden. Die familienbedingten Unterbrechungszeiten sind wesentlich kürzer und gehen in der Regel nicht über die gesetzliche Elternzeit hinaus. Sie haben auch den Anspruch an die Partner, sie in die Familienarbeit und Kindererziehung einzubeziehen.

Eine Hilfestellung bieten die von der Koordinierungsstelle angebotenen Seminare wie Rhetorik, Zielfindung und Bewerbungstraining. In diesen Seminaren erfahren die Frauen, dass es nicht ein persönliches Problem einer Einzelnen ist und fassen dabei wieder Mut, für ihr zukünftiges Leben neue Ziele zu finden.

IRÈNE STRATMANN, *Leiterin Koordinierungsstelle Frau und Beruf, Prinzenstraße 12, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 61 62 35 41, E-Mail: irene.stratmann@region-hannover.de, Internet: www.frau-und-beruf-hannover.de*

Michael Vester

Milieus, Lebensführung und Gesundheit

Die Lebensführung, von der auch das Verhältnis zur Gesundheit abhängt, ist nach sozialen Milieus verschieden. Praktische Interventionen sind relativ aussichtslos, wenn sie auf Einzelfaktoren zielen anstatt auf die Lebensführung und Lebensbedingungen als Ganze. Die drei Hauptgruppen der Volksmilieus (und ihre Unterteilungen) unterscheiden sich aufgrund verschiedener Lebensrisiken und Lebensführungen auch in ihren Gesundheitsbiographien und der Art, in der diese zu beeinflussen sind.

Beschreibung der Volksmilieus

Die großen kleinbürgerlich-konservativen Volksmilieus (ca. 25%) finden ihre Sicherheit in vorgegebenen Hierarchien. Sie orientieren sich eher über Konventionen und über die Autoritäten von Vätern, Vorgesetzten, kirchlichen und politischen Würdenträgern oder eben auch Ärztinnen und Ärzten.

Zentral für die modernen Volksmilieus (ca. 35%) ist die Autonomie. Ihre Angehörigen möchten ein Stück Unabhängigkeit von äußeren Zwängen und Autoritäten erlangen, nicht als Geschenk oder Gnade, sondern durch eigene, methodische Anstrengung. Sie orientieren sich über fachkompetente Information – auch Beratung –, die sie allerdings nicht ungeprüft übernehmen. Sie gehen auf die Tradition selbstbestimmter Bauern, Handwerker und Facharbeiter zurück.

Für die genannten Volksmilieus sind Stetigkeit des Lebensverlaufs und Sicherheit des Status ein Zeichen ihrer ›Respektabilität‹. Für die prekären Volksmilieus (ca. 12%) hat sich dagegen die Lage einer ›Unterklasse‹ mit ›negativer Privilegierung‹ verfestigt. Mangels eigener Ressourcen an Bildung, Einkommen und Ansehen helfen sie sich durch flexible Nutzung von Gelegenheiten und die Anlehnung an Stärkere. Sie gehen historisch zurück auf die Volksmilieus unterhalb der ständischen Ehre.

Ihre Grunderfahrung ist die Abhängigkeit, der unüberbrückbare Gegensatz von Macht und Ohnmacht. So entsteht ein eher fatalistischer Habitus. Das Leben erscheint als Schicksal, Natur oder auch Glücksspiel. Es wird meist nicht erwartet, für anhaltende Mühen angestregten Arbeitens und Bildungserwerbs gerecht belohnt zu werden.

Der Schicksalsglaube ist nicht nur passiv. Zwar überwiegt die Underdog-Mentalität. Man hat wenig Chancen, kann aber ›Glück haben‹. Für diese Glücksfälle werden oft virtuose und aktive Techniken und Sensibilitäten kultiviert. Strategien der Anlehnung und Gelegenheitsnutzung verbinden sich mit hochsensibler Einfühlung in Situationen und Menschen.

Auswirkungen auf die Gesundheit

Der gesundheitliche Preis dafür, die soziale Ausgrenzung durch flexible Selbstverleugnung und Selbstaussbeutung abzumildern, ist hoch. Hoch sind die Zumutungen an Körperbelastung und Stress, Unsicherheit und Unvorhergesehenem, Demütigungen und beruflichen, familialen und gesundheitlichen ›Schicksalsschlägen‹. Für eine ›gesunde‹ Lebensweise fehlt die Stetigkeit eines sorgenfreien Lebens. Der äußere Gleichmut (bei Fragen heißt es: ›kein Problem‹), wird durch die Verdrängung von Demütigungen und Leiden und von ungesunden Praktiken körperlich bezahlt. Während in anderen

Altersgerechte Personalstrategien – Ansätze zur Gesunderhaltung von Beschäftigten

Milieus appelliert werden kann, sich das Rauchen oder Trinken abzugewöhnen, prallt hier guter Rat ab an Sprüchen wie ›alles im Griff, ›man stirbt sowieso eher.

Das reale Verhalten ist aber durch den Habitus nicht fest ›programmiert. Der Habitus ermöglicht je nach konkreten äußeren Chancen verschiedene Handlungsweisen. Chancen-erweiternde Bildungs- und Sozialreformen können Lageverbesserungen ermöglichen. Es gibt auch eine erhebliche ›Binnendifferenzierung‹ der Milieus. Einige Teilmilieus bleiben in Teufelskreisen der Ausgrenzung und Nichtachtung gefangen; Hilfe von außen wird manchmal passiv ausgenutzt.

Andere Teilmilieus finden zur aktiven Selbsthilfe. Dazu nutzen sie milieuspezifische Stabilisierungsstrategien und Sensibilitäten. Jugendliche entdecken die Freude am Lernen, wenn fördernde Pädagogik mit stabiler Berufsperspektive zusammenkommt, wenn ein ›guter Lehrer‹ die im bisherigen Leben verweigernde Anerkennung und Zuwendung gibt. Andere Auswege entstehen im mittleren Lebensalter. Viele wollen in der Jugend die Zukunft beiseite schieben. Nicht nach einer inneren Ethik, sondern nach dem Prinzip ›Aus Schaden wird man klug‹ können später doch Elemente einer vorausschauenden Lebensführung (als Gegengewicht gegen die bei anderen Teilmilieus festgestellten kumulativen Effekte der Gesundheitsschädigung) angeeignet werden. Durch gutes Haushalten, Sport, die Pflege von Freundschaft und Nachbarschaft, die Nutzung von Vorsorge- und Beratungsangeboten oder den Ruf als guter Handwerker in der informellen Ökonomie werden Stabilität und Anerkennung erworben.

Zudem spielt eine Rolle, dass die Abhängigkeit vom Wohlwollen anderer viele motiviert hat, die Körperlichkeit, die Einfühlung in andere und das Nehmen der Menschen, wie sie nun einmal sind, zu kultivieren. Verbreitet ist, sich durch Anlehnung an Vorbilder gewissermaßen von außen zu disziplinieren. Eine Frau aus dem Braunkohlebergbau: ›Ja, warum wir diese Filme mit Bodybuildern gucken. Von Schwarzenegger lernt man seinen Körper beherrschen.‹ Es ist aber auch möglich, eine tiefere innere Motivation auf dem Weg in Berufe zu entwickeln, die das Vermögen, sich in Personen und Situationen einzufühlen, besonders brauchen. Die wachsenden Berufsfelder der sozialen Dienstleistungen ziehen daher viele Angehörige dieser Milieus an.

Die Rede von der groben, unkultiviert affektgesteuerten Masse, die von oben ›versittlicht‹ werden müsse, trifft also auf große Milieuteile nicht zu. Abhilfen und Problemlösungen sind für kein Milieu durch vollkommene ›Umerziehung‹ zu den Werten und Wissensständen der Bildungsschichten möglich. Problemlösungen wirken nur, wenn sie in den Modi der Milieus operieren und wenn sie die Praktiken und Attribute der Lebensführung als Teile einer Lebensweise verstehen, die so eng miteinander verwoben sind, dass sie nicht isoliert verändert werden können.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. MICHAEL VESTER, *Altenbekener Damm 28, 30173 Hannover, E-Mail: m.vester@agis.uni-hannover.de*

Ausgangslage und Herausforderungen für die Betriebe

Aufgrund des demografischen Wandels wird sich auch die Altersstruktur der Erwerbsbevölkerung verändern. Im erwerbsfähigen Alter gelten Menschen zwischen 20 und 64 Jahren. Eine Veränderung wird dahingehend stattfinden, dass vor allem die größte mittlere Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen deutlich abnehmen wird. Im Gegenzug wird die Anzahl der 50- bis 64-Jährigen in Zukunft größer werden. Nach Expertenmeinungen ist es unbestreitbar, dass sich mit einer steigenden Anzahl von älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch die Wahrscheinlichkeit von Langzeiterkrankungen und Frühberentungen erhöhen wird. Dies ist von hoher betriebswirtschaftlicher Bedeutung für die Unternehmen, da die dadurch entstehenden Kosten stark ansteigen werden. Zudem ist in vielen Organisationen noch immer das Meinungsbild präsent, dass mit steigendem Alter der Beschäftigten im gleichen Zuge die Leistungsfähigkeit sinke.

Aufgrund des demografischen Wandels gibt es bereits eine Vielzahl von Empfehlungen, die den Betrieben für ein ›altersgerechtes Handeln‹ an die Hand gegeben werden. Viele Ratgeber lassen vermuten, dass ältere Beschäftigte bestimmte Schwächen und Stärken haben, auf die es nur richtig zu reagieren gilt – so seien bspw. jüngere Beschäftigte besonders flexibel einsetzbar und kreativ und ältere Beschäftigte besonders erfahren und routiniert. Bei solchen Formulierungen ist die Gefahr von Stereotypisierungen und verallgemeinernden Interventionen, die davon abgeleitet werden, sehr hoch. Umso wichtiger ist es daher, dass sich Unternehmen im Vorhinein darüber klar werden, welche Ziele sie mit ihren Interventionen verfolgen, welches Vorgehen sinnvoll ist und ob die geplante Strategie von den Beschäftigten mitgetragen und unterstützt wird.

Strategien

Zielführend für die meisten betrieblichen Aktivitäten ist der Gedanke, die Gesundheit der Beschäftigten zu forcieren und ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten, um als Organisation arbeitsfähig und somit auch konkurrenzfähig zu bleiben. Die Interventionen können dabei in verschiedenen Bereichen ihren Schwerpunkt finden. Nachfolgend werden drei unterschiedliche Strategien vorgestellt.

In der niedersächsischen Landesverwaltung arbeitet man seit 2002 am Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements in den einzelnen Dienststellen des Landes. Damit wird das Ziel verfolgt, die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu steigern sowie Fehlzeiten und Frühpensionierungen zu reduzieren. Angestrebt wird, dass die Beschäftigten der Dienststelle Maßnahmen entwickeln, mit denen ihre Arbeit gesundheitsfördernder gestaltet werden kann. Es handelt sich um einen partizipativen und präventiven Ansatz, der die Organisation und die spezifischen Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in den Fokus nimmt. Mithilfe von gängigen Instrumenten wie Mitarbeiterbefragungen oder Gesundheitszirkeln wird ein Höchstmaß an Beteiligung angestrebt. Die Einführung des Gesundheitsmanagements wird in Form eines Großprojektes vom Ministerium für Inneres und Sport gesteuert. Ein extra eingerichteter Beratungsservice, getragen von der

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. sowie dem Weiterbildungsstudiengang Arbeitswissenschaft, steht den Dienststellen zur fachlichen Einstiegsberatung zur Verfügung. Bisher arbeiten ca. 60 Dienststellen mit diesem Ansatz.

Auch die BMW Group verfolgt das Ziel, ihre Beschäftigten länger leistungs- und beschäftigungsfähig zu halten. Aus diesem Grund hat sie das Projekt »Heute für morgen« aufgelegt. Das Unternehmen hat ein Maßnahmenpaket mit fünf Themenschwerpunkten entwickelt: Gesundheitsmanagement und -prävention, Ergonomie des Arbeitsplatzes, kontinuierliche Mitarbeiterqualifizierung, altersgerechte Austrittsmodelle und individuell ergänzende finanzielle Vorsorge sowie umfassende Kommunikation. In Leipzig hat sich BMW für eine heterogene Beschäftigungsstruktur entschieden. Die Belegschaft wurde altersgemischt strukturiert, wobei auch darauf geachtet wurde, dass es einen hohen Anteil an Frauen in Verwaltung und Produktion gibt. Ziel ist es zu vermeiden, dass viele Beschäftigte an einem Zeitpunkt x das Unternehmen verlassen und ihr Wissen mitnehmen. Zudem möchte BMW die Ressourcen, die sich aus alters- und geschlechtergemischten Teams ergeben, nutzen: stärkerer Erfahrungsaustausch, positiveres Arbeitsklima sowie der Ausgleich von Stärken und Schwächen innerhalb eines Teams.

Beteiligungsorientierter Ansatz

Ein konzeptioneller Ansatz aus Österreich (www.arbeitsleben.at) ist der der »Alternsgerechten Arbeitskarrieren«. In dem beteiligungsorientierten Ansatz werden mit Beschäftigten und Führungskräften Tätigkeiten im Betrieb hinsichtlich der Schwere der Belastung sowie der Art der Tätigkeit beurteilt. Danach werden die Arbeitsplätze in vier Typen eingeteilt, je nachdem ob sie besonders geeignet sind für den Einstieg (beschränkte Dauer der Einarbeitung), für den Umstieg (Belastungswechsel und horizontale bzw. vertikale Weiterentwicklung), für ein Verweilen (unbeschränkte Tätigkeitsdauer, altersgerecht) oder für den Ausstieg (höherqualifiziert, altersgerecht). Durch diese Typisierungen ist es möglich, Arbeitsplatzlandkarten zu entwickeln, anhand derer die Unternehmen Laufbahnen sowie Anforderungs- und Belastungswechsel planen können. Ziel ist eine gesundheitsförderliche Karriereplanung, bei der präventive Anforderungs- und Belastungswechsel der Beschäftigten im Vordergrund stehen.

Natürlich gibt es neben gesundheitlichen Risikofaktoren im Arbeitsleben mit steigendem Alter auch vermehrt einsetzende biologische Alterungsprozesse. Das Ausmaß dieser Prozesse ist jedoch individuell sehr unterschiedlich. Funktions- und Leistungsveränderungen sind also als sehr heterogen einzuschätzen. Aus diesem Grund sind besonders solche betrieblichen Interventionen sinnvoll, die eine hohe Beteiligung der Beschäftigten ermöglichen und somit ein zielgerichtetes und bedarfsorientiertes Vorgehen – auch im Sinne des Nutzens für das Unternehmen – ermöglichen. Pauschale Maßnahmen, die für alle älter werdenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in gleichem Maße gelten, sind langfristig nicht der richtige Weg.

Migrantinnen im mittleren Lebensalter und ihr Erleben der Wechseljahre

Migranten und Migrantinnen stellen eine sehr heterogene Gruppe dar, und neben Alter, Geschlecht und sozialer Lage bestimmen auch spezifische Migrationshintergründe, Herkunftsregionen, Bildung, Sprachkompetenz u. a. Faktoren die Lebenslage und Partizipationsmöglichkeiten und wirken damit in unterschiedlicher Weise auf die Gesundheit.

Anhand ausgewählter Ergebnisse unserer auf Frauen konzentrierten transkulturellen Studie zu Menopause und Hormontherapie soll daher exemplarisch dargestellt werden, welche Unterschiede sich abhängig von der soziokulturellen Herkunft und der sozialen Lage bei deutschen, türkeistämmigen und asiatischen Migrantinnen (aus China, Japan u. Korea) beim Erleben und im Umgang mit den Wechseljahren ergeben.

Methodik

Während bisher aus Deutschland keine Untersuchungen zum Einfluss von Migration und Kultur auf das Erleben der Wechseljahre vorlagen, zeigen internationale Studien, dass biologische, soziodemographische, psychosoziale Faktoren, Ethnizität und der soziokulturelle Kontext die Wahrnehmung der Wechseljahre beeinflussen. In unsere 2005/2006 durchgeführte Studie wurden gezielt Migrantinnen aus verschiedenen Herkunftsregionen einbezogen. Insgesamt wurden im quantitativ ausgerichteten Studienteil in Berlin 264 türkeistämmige, 280 asiatische und 418 deutsche Frauen (Alter 45–60 Jahre) anhand eines Fragebogens (Menopause Rating Scale II – MRS II) befragt, der u. a. soziodemographische und migrationsbezogene Daten, Wechseljahresbeschwerden sowie Aspekte zur Informiertheit und zur Anwendung der Hormontherapie umfasste. Die Gewinnung der Studienteilnehmerinnen und Verteilung der Fragebögen erfolgte zunächst über eine repräsentative Stichprobenziehung. Da der Rücklauf bei dieser schriftlichen Erhebungsphase v. a. bei den Migrantinnen enttäuschend war, folgte eine ergänzende zweite Erhebungsphase, bei der die Frauen im »Schneeballsystem« mit Unterstützung von Multiplikatorinnen gewonnen und anhand des Fragebogens in standardisierten Interviews mündlich befragt wurden. Dieses Verfahren erwies sich zwar als zeitaufwändig, aber im Hinblick auf die Erreichbarkeit und Beteiligung der Migrantinnen als sehr erfolgreich.

Lebenslage der Frauen

Die Auswertung der soziodemographischen Daten zeigte, dass der größte Teil der befragten Migrantinnen seit mehr als 20 Jahren in Berlin lebte und deren Lebenslage stark von der soziokulturellen Herkunft beeinflusst ist. Dass die asiatischen Migrantinnen meist als qualifizierte Fachkräfte und die türkeistämmigen überwiegend als Arbeiterin oder als Familienangehörige nach Deutschland zugewandert waren, spiegelte sich in deutlich höherem Bildungsgrad, stärkerer Erwerbsbeteiligung sowie besseren Deutsch- und Schreibkenntnissen der Asiatinnen wider. Die besondere Bildungsbenachteiligung der türkeistämmigen Migrantinnen in der untersuchten Altersgruppe zeigte sich darin, dass nur ein Drittel der Frauen dieser Stichprobe über einen Schulabschluss verfügte. Im Vergleich zu den deutschen und den asiatischen Frauen waren

die türkeistämmigen Frauen insgesamt deutlich unzufriedener mit ihrem Leben und v. a. mit ihrer beruflichen Situation, ihrem Einkommen und mit ihrer Gesundheit.

Erleben der Wechseljahre

Wechseljahresbeschwerden werden von Frauen verschiedener soziokultureller Herkunft unterschiedlich präsentiert, während soziodemographische Faktoren dagegen kaum Einfluss auf die Symptomwahrnehmung haben. Häufigste Symptome waren bei allen befragten Frauen Reizbarkeit, Gelenk-/Muskelbeschwerden, Hitzewallungen, Schlafstörungen und Erschöpfung. Jedoch nannten die türkeistämmigen Frauen bei allen elf Symptomskalen des MRS II deutlich häufiger starke Beschwerden als die deutschen und v.a. die asiatischen Frauen. Der Vergleich des Beschwerdenspektrums zwischen Frauen in den prä-/perimenopausalen und der postmenopausalen Phase (deren letzte Regelblutung seit mindestens einem Jahr zurücklag) zeigte zwar, dass die Symptombelastung in der Postmenopause insgesamt zunimmt, ergab aber auch signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So reduzierte sich der Anteil der Frauen, die keine Wechseljahressymptome angaben, im Prä-/Post-Vergleich bei den asiatischen von ca. 71% auf 53%, bei den deutschen von 55% auf 53% und bei den türkeistämmigen Frauen von 18% auf 15%.

Informiertheit und Nutzung der menopausalen Hormontherapie (HT)

Die befragten Frauen fühlten sich über Nutzen und Risiken einer Hormontherapie insgesamt schlecht informiert, wobei die Informiertheit mit zunehmendem Bildungsgrad anstieg. Die Ergebnisse der Women's Health Initiative-Studie kannten etwa 50% der deutschen Frauen, aber nur knapp 40% der asiatischen und nicht einmal 20% der türkeistämmigen Migrantinnen.

Bisher keine HT genutzt hatten von den Frauen in der postmenopausalen Phase 66% der asiatischen gegenüber 52% der deutschen und 45% der türkeistämmigen Frauen. Die frühere oder aktuelle Anwendungsrate der HT stand in engem Zusammenhang mit dem Grad der Beschwerden und dem Aufsuchen von Ärztinnen und Ärzten aufgrund dieser Symptome. Da die türkeistämmigen Migrantinnen einerseits eine deutlich stärkere Symptombelastung angaben, Ärztinnen und Ärzte für sie die wichtigsten Kontaktpersonen und sie am geringsten informiert waren, ist anzunehmen, dass die allgemeine Tendenz des Rückgangs der Medikalisierung der Wechseljahre durch die HT seit der WHI-Studie und die informierte Entscheidung im Umgang mit Wechseljahressymptomen für sie ebenso wenig zutrifft wie für die unterste soziale Schicht der einheimischen deutschen Frauen.

Angesichts der unterschiedlichen Lebenslagen, Versorgungs- und Beratungsbedürfnisse vor dem Hintergrund der Migration ergeben sich für Gesundheitsdienste v. a. für die Versorgung und Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter neue Herausforderungen. Wie die Studie zeigt, ist es möglich und erforderlich, Migranten und Migrantinnen zu erreichen und deren Partizipation zu ermöglichen. Insbesondere bei

Migrantinnen und Migranten im mittleren Lebensalter gilt es, die komplexe Interaktion von sozialen und kulturellen Aspekten, von Alter, Geschlecht und Migrationserfahrung zu verstehen, um angemessene Versorgungs- und Gesundheitsförderungskonzepte sowie effektivere Informations- und Kommunikationsstrategien zu entwickeln.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. THEDA BORDE, MPH, Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin, E-Mail: borde@asfh-berlin.de

Gerd Glaeske

›Hauptsache, das Auto ist gesund!‹

So lautete vor einigen Jahren die Überschrift eines Beitrages, der sich mit der Krebs-Früherkennung allgemein und mit der auffällig niedrigen Beteiligungsrate der Männer beschäftigte. Nur 18% der Männer ab 45 Jahren, für die kostenlose Früherkennungsuntersuchungen bei Krebs angeboten werden, nehmen diese auch in Anspruch, so die Angaben aus dem Jahr 2004. Bei den Frauen, für die solche Früherkennungsuntersuchungen bereits ab dem 20. Lebensjahr angeboten werden, waren es zum damaligen Zeitpunkt immerhin 48%. Eine Untersuchung des Zentralinstitutes der kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) aus dem Jahre 2003 zeigt bei den Frauen immer geringer werdende Beteiligungsquoten mit ansteigendem Alter, während die Männer ›aufholen‹. So nahmen im Alter von 40–49 Jahren 57,2% der Frauen an solchen Früherkennungsuntersuchungen teil, aber nur 1,2% der Männer. Im Alter von 65–69 waren es nur noch 38,9% der Frauen, inzwischen aber 4,2% der Männer, bei den über 70-jährigen sank der Anteil bei den Frauen immer weiter (30,2%), während der Anteil bei den Männern mit dem Alter stetig anstieg (26%) – im hohen Alter also eine erkennbare Annäherung der Geschlechter, allerdings auf niedrigem Niveau.

Prävention – Unterschiede bei Männern und Frauen

Schon oft ist versucht worden, die Gründe für diese unterschiedlichen Reaktionen der Geschlechter auf die Früherkennungsuntersuchungen zu erheben. Frauen haben den häufigeren und beständigeren Kontakt mit dem medizinischen System als Männer: Die Verordnung der ›Pille‹ in jüngeren Jahren, die Begleitung während der Schwangerschaft und Stillzeit, die Behandlung von Wechseljahresbeschwerden oder die Behandlung der Osteoporose senken die Barrieren für die Inanspruchnahme auch anderer Leistungen, die während einer Konsultation in einer Arztpraxis angesprochen werden – medizinische Leistungen sind ständige ›Begleiterinnen‹ einer weiblichen Biografie, ob immer sinnvoll, sei dahingestellt. Dennoch: Frauen gehen sensibler mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit um, sie sind eher beunruhigt, wenn körperliche und psychische Missbefindlichkeiten auftreten, die allerdings häufig genug von der Medizin unangemessen beantwortet werden.

Männer, vor allem solche im Alter unter 60, empfinden medizinische Diagnostik oder Therapie dagegen oft als Kränkung ihres Selbstbildes, das von Risikobereitschaft und Stärke geprägt ist – die Geschlechterrolle ist nicht unbedingt assoziiert mit einem pfleglichen und sorgenden Zugang zum eigenen Körper. Was nicht mehr funktioniert, wird mechanistisch geregelt, da gibt es dann eben Pillen wie Viagra, die für die Funktionstüchtigkeit des Körpers eingesetzt werden. Männer fühlen sich eben gesund, bis sie tot umfallen! Der Kontakt mit dem Medizinsystem ist daher für Frauen Alltag, für Männer eher die Ausnahme im Notfall. Außerdem haben viele Früherkennungsmaßnahmen mit dem Genital- und Analbereich zu tun – und da gibt es insbesondere Zurückhaltung bei Männern, sich an diesen Stellen »zu öffnen« und untersuchen zu lassen: Schließlich wird an diesen Stellen »der Mann an sich« verletzlich und angetastet, im Zentrum seiner Männlichkeit und Sexualität.

Anreize zur Früherkennung durch finanzielle Bestrafung?

Früherkennung kann für manche Krankheiten eine wirksame Strategie der Prävention sein. Durch die Früherkennung soll der Beginn einer therapeutischen Maßnahme möglichst so früh erfolgen, dass es gute Chancen gibt, die Krankheit noch verhindern oder zumindest besser heilen oder behandeln zu können. Dies gilt aber offensichtlich längst nicht für alle Untersuchungen, die angeboten werden. So hat die Stiftung Warentest im Jahre 2006 ein Buch mit der Bewertung von gängigen Krebsfrüherkennungsmaßnahmen veröffentlicht: Bislang unwidersprochen wurde dort festgestellt, dass nur 14 Methoden (u. a., wenn auch mit Vorbehalten, die Mammografie zur Früherkennung von Brustkrebs, der Pap-Abstrich zur Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses oder die Koloskopie zur Früherkennung des Darmkrebses) geeignet oder mit Einschränkungen geeignet sind, 36 Verfahren sich dagegen überhaupt nicht zur Früherkennung eignen. Als effektiv kann ein Screening also nur dann bewertet werden, wenn die erwünschten Wirkungen (Verhinderung oder Senkung der Morbidität oder Mortalität) die unerwünschten (Anzahl falsch positiver oder falsch negativer) Befunde, unnötige psychische Belastungen und Ängste der an sich gesunden Männer und Frauen übersteigen. Die erwünschten Wirkungen sind aber auch bei den eher positiv bewerteten Früherkennungsmaßnahmen begrenzt.

Es ist daher geradezu kontraproduktiv, im Hinblick auf den seit Jahren auch öffentlich kontrovers diskutierten Nutzen mancher Früherkennungsmaßnahmen die Beteiligungsraten durch eine finanzielle »Bestrafung« erhöhen zu wollen.

Strategien zur Erhöhung der Beteiligung

Es gibt nur wenige wirksame Strategien, mit denen die Akzeptanz verbessert werden kann: Zum einen muss der Nutzen nachgewiesen werden, denn es fehlt die »belastbare« Evidenz für viele der gesetzlich angebotenen Früherkennungsmaßnahmen. Im § 25 des SGB V sollte daher die Forderung nach dem evidenzbasierten Nutzen als Voraussetzung für die Anwendung dieser Screeningmaßnahmen ergänzt werden.

Dies würde Vertrauen in die Methoden schaffen und den Ver-

sicherten eine wirkliche Mitentscheidung über die Durchführung ermöglichen. Voraussetzung dafür wäre aber auch, dass die Ärztinnen und Ärzte lernen, die Vor- und Nachteile einer solchen Früherkennungsmaßnahme versichertenorientiert zu erläutern und damit eine gemeinsame Entscheidung zu ermöglichen.

Zum Zweiten müssen die Anforderungen an die Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte, die Früherkennungsmaßnahmen durchführen, klar geregelt, transparent und kontinuierlich überprüft werden. Unser dezentral organisiertes System leidet an dieser Stelle besonders daran, dass es nur wenige zentrale Institutionen gibt, die einer ständigen Qualitätssicherung unterliegen – nicht alle Ärztinnen und Ärzte können alles gleich gut, die Anreize zur Abrechnung drängen qualitative Anforderungen oftmals in den Hintergrund.

Zum Dritten gibt es seit langem eine Evidenz dafür, dass eine passive Komm-Struktur schlechtere Ergebnisse mit sich bringt als eine Veränderung der Angebots- und Zugangsmodalitäten. Diese Strategien reichen von Einladungs- und Erinnerungsschreiben bis hin zu telefonisch ausgesprochenen Einladungen, mobilen Untersuchungsangeboten (»Screening-Bus« als »aufsuchende Prävention«) oder öffentlichen Kampagnen. Auf diese Weise können Beteiligungsraten von über 60 % erreicht werden, auch bei älteren Menschen.

Der Nutzen muss überzeugen!

Früherkennung kann helfen – dies sollte aber durch Studien belegt sein. Die Bevölkerung braucht viel Vertrauen in solche Maßnahmen. Diesen Schritt dadurch überspringen zu wollen, dass eine finanzielle Bestrafung ausgesprochen werden sollte, war sicherlich der rundheraus falsche Weg. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Teilnahmepflicht an Früherkennungsmaßnahmen, die ursprünglich vorgesehen war, mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ab dem 1.4.2007 in eine Beratungspflicht abmildern können. Aber wie soll beraten werden, wenn die Evidenz für viele Früherkennungsmaßnahmen fehlt? Wir brauchen Ergebnisse, die gesunde Menschen überzeugen können, Früherkennungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen – solche Argumente wirken am besten, bei jungen wie bei älteren Menschen, bei Männern und bei Frauen!

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. GERD GLAESKE, Co-Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen, Postfach 33 04 40, 28334 Bremen, Tel.: (04 21) 218 44 01, Fax: (04 21) 218 40 16, E-Mail: gglaeske@zes.uni-bremen.de

Kai Kolpatzik

Mit DMPs auch im mittleren Lebensalter gut versorgt

Disease-Management-Programme (DMP) gehören fünf Jahre nach ihrer Einführung längst zum guten Versorgungsstandard in Deutschland. Mittlerweile sind mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2, koronarer Herzkrankheit (KHK), Brustkrebs, Asthma bronchiale und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) sechs verschiedene Programme für chronisch erkrankte Menschen erfolgreich eingeführt worden. Insgesamt haben sich in Deutschland über 5 Millionen Menschen in ein Programm eingeschrieben. Gemeinsam mit dem Arzt werden Behandlungsziele vereinbart, die Betroffenen werden aktiv in die Behandlung ihrer Erkrankung eingebunden. Schulungen helfen dabei, die Krankheit besser zu verstehen und den Umgang mit ihr zu erleichtern. Folgeerkrankungen und Komplikationen können so gezielt vermieden werden.

Die DMPs für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale und mit Diabetes mellitus Typ 1, der juvenilen Zuckererkrankung, richten sich ganz gezielt auch an Personen im jüngeren bis mittleren Lebensalter. Aber auch bei der Brustkrebserkrankung, der koronaren Herzerkrankung und dem Diabetes mellitus Typ 2 ist ein größerer Teil der Erkrankten jünger als 60 Jahre. So zeigt sich beispielweise bei Frauen ein leichter Anstieg der Herzinfarktquote in der Altersgruppe der unter 50-Jährigen. In den Programmen werden sowohl die Bedürfnisse von Betroffenen des mittleren Lebensalters wie auch von älteren Menschen gleichermaßen berücksichtigt. Die DMPs gehen individuell auf die jeweiligen Belange bzw. Gesundheitszustände der Betroffenen unterschiedlicher Altersgruppen ein. Die Programme unterstützen sie zielgenau mit den Therapien und Maßnahmen, die für die jeweilige Erkrankungsphase erforderlich sind und dabei wissenschaftlich nachgewiesen die beste Wirksamkeit erzielt haben.

Gesundheitszustand von chronisch Kranken verbessert

Dass die Maßnahmen die Betroffenen auch zielgenau erreichen, zeigen mittlerweile mehrere Untersuchungen zu den DMPs. Die größte Datenbasis liefert hierbei die gesetzlich vorgeschriebene Evaluation. Die Auswertungen wurden für die AOK von drei unabhängigen Forschungsinstituten erstellt. Sie haben die Ergebnisse sämtlicher Diabetesprogramme der AOK 2007 zu einem bundesweiten Bericht zusammengefasst, in den die Daten von rund 1,25 Millionen Versicherten eingeflossen sind. Die Vorgaben für die Evaluation hat das Bundesversicherungsamt (BVA) unter Mitarbeit eines unabhängigen wissenschaftlichen Beirates festgelegt.

Die Ergebnisse zeigen sowohl bei den klinischen Parametern wie auch bei den Änderungen des Lebensstils eine deutliche Verbesserung. Der Blutdruck geht im Verlauf des Beobachtungszeitraums von drei Jahren von systolisch 148 mm Hg auf 139 mm Hg und von diastolisch 83 mm Hg auf 79 mm Hg zurück. Der Langzeitblutzuckerwert HbA_{1c} stabilisiert sich bei ca. 7%, wobei insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit hohen Ausgangswerten der HbA_{1c}-Wert gesenkt werden konnte. Ein positiver Einfluss auf die Veränderungen des Lebensstils zeigt sich in einem Rückgang der Raucherquote bei den Teilnehmenden, die zu Beginn ihrer Teilnahme am Programm geraucht haben. Sie sank von 12,8 auf 6,5%. Bei den primären klinischen Endpunkten Herzin-

farkt, Schlaganfall, Erblindung und Amputation zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Rückgang.

ELSID-Studie: Diabetiker im DMP leben länger

In einer weiteren aktuellen Untersuchung zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 konnte gezeigt werden, dass es bei Erkrankten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, deutlich weniger Todesfälle gibt als bei Patientinnen und Patienten, die nicht in ein solches Programm eingeschrieben sind. Das belegen Ergebnisse der bundesweit ersten kontrollierten Studie zum Vergleich zwischen DMP-Teilnehmenden und Patientinnen und Patienten in der Regelversorgung, die von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg in Kooperation mit dem AOK-Bundesverband durchgeführt wurde. Die Daten dieser Personengruppe sind über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren beobachtet worden. Nach den ersten Endergebnissen der sogenannten ELSID-Studie lag die Sterblichkeitsrate bei Diabetikern im gleichen Alter und mit gleicher Krankheitsschwere im DMP mit 9,5% deutlich niedriger als bei den Personen in der Regelversorgung mit 12,3%.

Nachdem zum DMP Diabetes also mittlerweile zahlreiche Ergebnisse vorliegen, hat die AOK nun auch die ersten Zwischenberichte zur gesetzlichen Evaluation der DMPs für Menschen mit koronaren Herzkrankheiten (KHK) veröffentlicht.

Herzpatienten bekamen häufiger die richtigen Medikamente

Die Zwischenberichte zum DMP KHK belegen, dass sich bei Herzpatienten, die kontinuierlich an dem strukturierten Programm teilnehmen, die medizinischen Werte deutlich verbessern. So verringerte sich zum Beispiel der Anteil der teilnehmenden Personen, die erstmalig im DMP einen Herzinfarkt erlitten, im Auswertungszeitraum von zwei Jahren um mehr als die Hälfte (von 1,07 auf 0,44%). Alle vorliegenden Zwischenberichte zeigen darüber hinaus, dass sich der Anteil der Erkrankten mit Brustschmerzen (Angina Pectoris) im Laufe der Programmteilnahme deutlich verringert hat. Während die Ärztinnen und Ärzte zu Beginn bei knapp 37% der Teilnehmenden die Kategorie ›Keine Schmerzsymptomatik‹ dokumentierten, waren es im vierten Teilnahmehalbjahr schon knapp 53%.

Die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen und die Behandlungsempfehlungen im Rahmen des DMP zeigen auch in der medikamentösen Versorgung ihre Wirkung. So erhielten die Teilnehmenden häufiger die richtigen Medikamente als Patienten und Patientinnen in der Regelversorgung: Die Ärzte und Ärztinnen verordneten beispielsweise bei 71% der DMP-Teilnehmenden so genannte Beta-Blocker, die Herzpatienten nachweislich helfen und die Zahl der Todesfälle verringern können. Nach der DETECT-Studie aus dem Jahr 2003 erhalten in der Regelversorgung nur etwa 57% Erkrankter diese Medikamente.

Folge-Erkrankungen und Komplikationen frühzeitig vermeiden

Da das Haupterkrankungsalter bei den beiden großen Volkskrankheiten Diabetes mellitus Typ 2 und koronare Herzkrankheit bei etwa 65 bis 70 Jahren liegt, stellen Erkrankte des mittleren Lebensalters nur einen kleineren Teil der Teilnehmenden dar. Umso wichtiger ist es, bereits hier mit den Bemühungen anzufangen und Komplikationen zu vermeiden. Durch frühzeitige Aufklärung und Beratung über die Erkrankung und ihre Folgen besteht hier eine große Chance, z. B. beim Diabetes mellitus Typ 2 eine medikamentöse Insulintherapie durch geeignete Maßnahmen zur Änderung des Lebensstils um Jahre hinauszuzögern.

DMPs können also als maßgeschneiderte Programme bezeichnet werden, die auch jüngere Lebensalter zielgenau erreichen. Behandlungserfolge können hier durch eine frühzeitig einsetzende strukturierte Behandlung in besonderem Maße erreicht werden. Insbesondere beim Diabetes und bei der KHK können dadurch Folgeerkrankungen und Komplikationen vermieden werden.

KAI KOLPATZIG, MPH, EMPH, AOK-Bundesverband, Stabsbereich
Medizin, Charlottenstraße 42, 10117 Berlin,
Tel.: (0 30) 340 60 25 52, E-Mail: kai.kolpatzik@bv.aok.de

Kathrin Beyer

Gute Vorsätze im höheren Lebensalter. Was bringen sie für die Gesundheit?

Die meisten Menschen wünschen sich Gesundheit! Und alle scheinen zu wissen, was damit gemeint ist. Doch fragt man genau nach, entstehen statt Antworten neue Fragen. Wo beginnt Gesundheit, und wo hört sie auf? Was hält die Einzelnen gesund? Wie gesund ist die ständige Beschäftigung mit der Gesundheit, oder anders herum gefragt: Wie krank muss ich sein, um mich ständig um meine Gesundheit zu kümmern?

Die Interpretation der Definitionen von Gesundheit in Abgrenzung zur Krankheit ist oft verbunden mit der Idee, wer richtig lebt (was auch immer das für die Einzelnen bedeuten mag), ist auf dem besten Wege gesund zu bleiben, gesund zu werden oder zumindest das Beste für sich zu tun. So sind es denn auch die guten Vorsätze, die sich Menschen selbst verschreiben, besonders nach Festtagen, zum Jahreswechsel oder beispielsweise in Zeiten sich ändernder Lebens- und Beziehungsverhältnisse, getreu der Devise: wenn man schon sonst nichts kontrollieren kann, dann wenigstens sich selbst.

Doch nach kurzer Zeit der völligen Hingabe an gesundheitliches Denken und Handeln sind die guten Vorsätze wieder vom Tisch oder können zu krankhaft perfektionistischem Handeln führen. Woran liegt das? Warum scheitern gute Vorsätze, oder besser gesagt, scheitern die Menschen selbst an ihnen? Passen sie zum eigenen Leben? Und wie denken Männer und Frauen ab der Lebensmitte darüber nach?

Vielleicht ist es gesünder, das Lassen zu üben, das Lassen der guten Vorsätze. Die Lebensmitte lädt ein dazu, Bilanz zu ziehen und hinzugucken, was wichtig ist im eigenen Leben, was Freude bereitet und Sinn stiftet. So bewundern wir die hoch betagte Schauspielerin, die nach wie vor Rollen auswendig lernt und sich mit Hingabe auch weiterhin ihrem Beruf widmet. Wir staunen über den Ex-Politiker, der scheinbar von Kaffee und Zigaretten lebt, sich aber weiterhin für das politische Geschehen in der Welt interessiert und einen erfüllten Lebensabend im Kreise seiner Lieben hat.

Wir freuen uns über die 50-jährige Nachbarin, die munter durch die Alleen joggt und dabei eine Leichtigkeit ausstrahlt, die ihr kein Trainingsprogramm vermitteln kann. Alle sind diszipliniert in dem, was sie gerne tun. Sie leben auf ihre Weise ihr Leben, und das scheint passend zu sein. Gesundheitliche Empfehlungen und Studien, die ständig auf uns niederprasseln, können in der Lebensmitte kritisch auf ihre Tauglichkeit überprüft werden. Fragen wie: »Wann und in welchen Situationen lebe ich gesund, und was ist dann anders als an Tagen mit guten Vorsätzen?« sind da vielleicht nützlicher als regelmäßige Versuche, gesundheitliche Empfehlungen umzusetzen.

Spannend kann die Erkenntnis sein, dass das eigene Leben jenseits von Empfehlungen und Ratschlägen doch sehr lebenswert ist und dass sich das Leben selbst nicht kontrollieren lässt.

DR. KATHRIN BEYER, Richard-Wagner-Str. 21, 30177 Hannover,
Tel.: (05 11) 162 60 66, E-Mail: info@beyer-beratung.de,
Internet: www.beyer-beratung.de

Andreas Haase, Dirk Cremer

Männergesundheit – ein Thema der KGK Bielefeld

Ausgangssituation

Die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) Bielefeld ist ein Gremium, in dem alle zentralen Institutionen des Gesundheitswesens an einem Tisch zusammenkommen und Entscheidungen für die Weiterentwicklung im Gesundheitsbereich treffen, genauso wie es mit der Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes 1998 in Nordrhein-Westfalen vorgesehen war.

Das Thema Frauen- und Mädchen-gesundheit war von Beginn an vertreten, weil ein entsprechendes Netzwerk bereits existierte. Über Männergesundheit sprach hingegen niemand, lediglich verschiedene gesundheitliche Aspekte von Jungen wurden durch den Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002 thematisiert, da z. B. in den klassischen Befunden der Schuleingangsuntersuchungen annähernd durchgängig deren Häufigkeitsraten größer waren als die der Mädchen. Maßnahmen für das gesundheitlich gesehen ›schwache‹ Geschlecht erfolgten daraus kaum. Es bleibt zu ergründen, warum so wenig über Männergesundheit gesprochen wird, obwohl Männer eine geringere Lebenserwartung haben und häufiger z. B. an chronischen Erkrankungen leiden. Die Gesundheit von Männern verdient es, dass ihr mehr Beachtung zuteil wird.

Dieses soll in Bielefeld in kleinen Schritten erreicht werden. Die KGK hat vor einiger Zeit dem Sozial- und Gesundheitsausschuss des Rates der Stadt Bielefeld empfohlen, geschlechtsspezifische Gesundheitsberichte zu erstellen. Diese Empfehlung hat der Sozial- und Gesundheitsausschuss angenommen und die Verwaltung beauftragt, geschlechtsspezifische Gesundheitskurzberichte zu erstellen. Zwei Berichte liegen nun vor: der Bericht zur ›Prävention und Früherkennung ausgewählter Krebserkrankungen von Männern‹ und der Bericht ›Herzinfarkt von Frauen – die längere Prä-hospitalphase. Ein weiterer Bericht zur häuslichen Gewalt ist in Vorbereitung.

AG Männergesundheit

Im Zuge der Verabschiedung des ›Männerberichts‹ war vorgesehen, dass eine AG Männergesundheit eingerich-

tet wird. Ziele dieser AG sollten vor allem sein:

- Bildung eines Netzwerkes zum Thema Männergesundheit in Bielefeld für alle am Thema Arbeitenden und Interessierten. Dabei wird die Verankerung eines Netzwerkes zu diesem Thema als eine Entwicklungsaufgabe gesehen. Die Versteigerung und Verankerung eines solchen Netzwerkes wäre als Erfolg zu werten, da das Netzwerk mit Akteuren aus unterschiedlichen Fachrichtungen und Disziplinen sehr heterogen besetzt sein wird und das Thema Männer- und Jungengesundheit noch einen geringeren Stellenwert hat.
- Bearbeitung eines oder mehrerer Themen (als Projekte) im Zuge der Umsetzung des o. g. Berichts.

Die Arbeitsthemen des Netzwerkes ›Männergesundheit‹ sollen eine präventive Ausrichtung haben.

Aktivitäten

Anfang des Jahres wurde eine Auftaktveranstaltung in Form eines World-Cafés durchgeführt. Sie war ein wichtiger Impuls zur Gründung eines Netzwerkes zur Männergesundheit mit den folgenden Themen:

- Was bedeutet Gesundheit aus Männersicht?
- Wie können Männer erreicht werden?
- Jungenspezifische Gesundheitsförderung
- Gesundheitserziehung in KiTa und Schule

Seit April 2008 hat sich die AG Männergesundheit bisher viermal getroffen. Dabei wurde u.a. auch die Frage aus der Auftaktveranstaltung aufgegriffen, was Gesundheit aus Männersicht bedeutet.

Um sich dieser Frage zu nähern, berichteten die Teilnehmenden über die Anliegen und Probleme der Männer, die in der jeweiligen Beratungsstelle oder Arztpraxis vorsprechen. Es zeichnete sich ein Konsens darüber ab, dass diese Debatte mit allen unterschiedlichen Facetten auch im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung geführt werden könnte. Ziel wäre es, die Vielzahl

der Perspektiven von Männergesundheit zu benennen und zu verdeutlichen.

In den folgenden Sitzungen wurde diese Problematik weiter erörtert. Als Zwischenergebnis einigte sich die AG Männergesundheit auf die Durchführung einer Fachtagung für Professionelle im Bereich der Männergesundheitsarbeit. Ausgehend von der Fragestellung, ob zur eigenen Gesundheit den Patienten (Jungen und Männern) eher eine positive Leitlinie vermittelt oder doch nur der ›Werkzeugkoffer‹ bereit gehalten wird, wurde überlegt, mit welcher dieser beiden Haltungen die (Männergesundheits-) Akteure in der Behandlung und Beratung (Prävention) von Jungen und Männern diesen eher gegenüberstehen.

Die nächste Aufgabe wird nun sein, die Fachtagung zu konzipieren und gute Fragestellungen für die verschiedenen Workshops zu formulieren, damit sich die Akteure im Gesundheitswesen angesprochen fühlen. Es wird derzeit noch diskutiert, ob es bereits am Rande der Fachtagung einen ersten Praxisworkshop für eine konkrete Maßnahme vor Ort geben soll.

DIRK CREMER, *Gesundheitsberichterstattung Stadt Bielefeld*,
Tel.: (05 21) 51 50 22,

E-Mail: dirk.cremer@bielefeld.de,

ANDREAS HAASE, *ext. Moderator und Leiter der AG*, Tel.: (01 79) 440 96 14, E-Mail: andreas.haase@gender-oe-coaching.de

Ligita Didzgalvyte, Birgit Wolff

Betreuungsangebote für demenzerkrankte Menschen mit Migrationshintergrund

Ende des Jahres 2005 lebten in der Region Hannover rund 18 700 Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 65 Jahren und älter. Diese Gruppe ist in Deutschland die am schnellsten wachsende Altersgruppe, weil die erste Generation der Menschen mit Migrationshintergrund mittlerweile das siebzigste Lebensjahr erreicht hat. Aufgrund dieser Entwicklung und der

mit zunehmendem Alter wachsenden Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, ist in den kommenden Jahren mit einem Anstieg Demenzerkrankter mit Migrationshintergrund zu rechnen. Bei der mittleren Prävalenzrate von 7,2 % lebten Ende 2005 in der Region Hannover Schätzungen zufolge etwa 1.987 Demenzerkrankte mit Migrationshintergrund. Dabei wurde auch die Altersgruppe ab 60 Jahre einbezogen, weil Alterungsprozesse aufgrund der Migrationsbiografie bei der Zielgruppe früher einsetzen. Das bedeutet, dass auch die Prozesse demenzieller Erkrankungen früher einsetzen können. In den statistischen Angaben wird allerdings nicht berücksichtigt, dass ein Teil der Menschen mit Migrationshintergrund im Alter längere Zeit im Herkunftsland lebt oder zwischen beiden Ländern pendelt.

Kultursensibilität in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten

So lautete der Titel einer Veranstaltung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG&AFS) am 26.08.2008 in Hannover. Die Vorträge thematisierten u.a. die Zugangsbarrieren zu diesen Personengruppen.

Durch migrationsspezifische, soziokulturelle und strukturelle Barrieren sind Demenzerkrankte mit Migrationshintergrund sowie ihre Angehörigen von der Ausgrenzung aus der Regelversorgung bedroht.

Besonders ausgeprägte Tabuisierung der Erkrankung, fehlende Informationen über vorhandene Angebote, besonders über den Sinn und Zweck dieser Angebote, geringes ehrenamtliches Engagement sowie eine stark ausgeprägte ›Geh-Struktur‹ in der Versorgung kennzeichnen die außergewöhnliche Versorgungssituation der Gruppe.

Das herkömmliche monokulturelle Versorgungssystem, das kein sprachlich und kulturell angepasstes Demenzdiagnostikverfahren sowie keine soziokulturell und sprachlich angepasste Versorgung für diese Personengruppe vorweisen kann, führt daher zur geringen Inanspruchnahme der Regelangebote. Neben den genannten strukturel-

len Barrieren verstärkt die fehlende Verbindung zwischen Migrationsarbeit und Gerontopsychiatrie die Ausgrenzung maßgeblich. Trotz bestehender interkultureller Beratungsstellen und Pflegedienste kann die Versorgung der demenzerkrankten Menschen mit Migrationshintergrund in der Region Hannover nicht als bedarfsgerecht bezeichnet werden.

Neue Arbeitsgemeinschaft initiiert

Die LVG&AFS hat vor diesem Hintergrund eine Arbeitsgemeinschaft mit dem Ziel initiiert, die Versorgung von Demenzerkrankten mit Migrationshintergrund mit niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zunächst in der Region Hannover zu verbessern. Die Mitglieder aus ambulanten gerontopsychiatrischen/pflegerischen Einrichtungen und Migrantendiensten arbeiten insbesondere daran, wie die Zugänge zu den Familien mit Migrationshintergrund gestaltet werden sollten, um eine angestrebte Öffnung zu ermöglichen. Voraussetzung dafür ist die Sensibilisierung für eine interkulturelle Öffnung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens und gezielte Öffentlichkeitsarbeit. Es bedarf jeweiliger kulturspezifischer Informationen um einen entsprechenden kultursensiblen Zugang zu finden und niedrigschwellige Angebote zu entwickeln. Einem anderen kulturspezifischen Verständnis von Krankheiten und Vorurteilen bzgl. der Ursachen einer Alzheimererkrankung kann durch Information und Aufklärung begegnet werden. Auch die Entwicklung von muttersprachlichen Informationsmaterialien kann nützlich sein. Zur Vorbereitung eines ersten Kontaktes zu betroffenen Familien sollten Menschen einbezogen werden, die einen gemeinsamen Kultur- und Sprachhintergrund und bereits einen guten Zugang zu der Zielgruppe haben. Sie können als Türöffner bzw. Brückenbauer dienen. Informationen über die Arbeitsgemeinschaft oder zu Literaturhinweisen erteilt die LVG&AFS.

LIGITA DIDZGALVYTE,
E-Mail: diligita@gmx.de,
BIRGIT WOLFF, siehe Impressum

Gleiche Chancen?! – Asthma in der Schule

Chronisch kranke Kinder in der Schule

Die Fortschritte in der Medizin in den letzten Jahrzehnten haben dazu geführt, dass viele Kinder und Jugendliche mit einer chronischen Erkrankung länger und besser überleben bzw. durch ihre Therapie prinzipiell die Chance haben, in gleichem Umfang wie Gleichaltrige am Schulleben teilzunehmen. Diese Fortschritte in Diagnostik und Therapie bedeuten aber nicht, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht trotzdem Handikaps haben: Die Krankheiten selber können Einschränkungen bedeuten, die notwendige Therapie benötigt viel Zeit und zusätzlichen Kraftaufwand, die Therapie muss teilweise auch während der Schulzeit kontinuierlich durchgeführt werden/möglich sein, die Krankheiten selber können Auswirkungen auf die physische und psychische Entwicklung darstellen. Letztendlich kann auch eine chronische Erkrankung derart belastend sein, dass eine normale Teilhabe am Schulalltag für Kinder und Jugendliche fast nicht mehr oder sogar unmöglich wird. Die Handikaps müssen sich nicht unbedingt aus der Stigmatisierung durch die Erkrankung ergeben. Sie sind somit nicht primär für Mitschülerinnen und Mitschüler sowie Lehrkörper erkennbar, gleichwohl können sie deutliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen.

Die Aktion ›Gleiche Chancen?! – Asthma in der Schule‹ greift paradigmatisch das Asthma bronchiale als häufigste chronische Krankheit im Kindesalter auf, um zu zeigen, wie auch im Schulalltag Unterstützungen möglich sind und somit eine Chancengleichheit in Bezug zu anderen Gleichaltrigen gewährleistet werden kann.

Asthma bronchiale in der Schule

Asthma bronchiale stellt mit einer Prävalenz von etwa 10% die häufigste chronische Krankheit im Kindes- und Jugendalter dar. Die Weiterentwicklung der Medikamente und Optimierung der therapeutischen Stufenpläne sowie die strukturierte, qualifizierte Schulung der Familien sind Bausteine, die heute ein adäquates Management von Akut- und Dauertherapie im ambulanten Bereich

ermöglichen. Vor dem Hintergrund der Prävalenz ist davon auszugehen, dass jede Lehrkraft pro Schulstunde – je nach Klassengröße – 2 bis 5 von Asthma betroffene Kinder und Jugendliche zu betreuen hat. Die Dauertherapie beim Asthma bronchiale ist meist im häuslichen Bereich möglich; darüber hinaus wird es aber immer wieder in der Schule, bei Sport und Bewegung (Pause!) und bei weiteren Schulaktivitäten notwendig und erforderlich sein, dass die Betroffenen akut vorbeugend für eine Situation oder aber auch mit einer Notfalltherapie sich selber helfen müssen. Situativ kann auch Unterstützung durch Klasse und/oder Lehrkräfte erforderlich sein.

Wissenschaftliche Untersuchungen ergaben erhebliche Defizite auf Seiten der Schulen/Lehrkräfte bzgl. der schulalltagsrelevanten Fakten. Daneben zeigt sich, dass Kinder mit Asthma ein dreimal so hohes Risiko von Schulfehltagen haben.

Ziel der Aktion ›Gleiche Chancen?! – Asthma in der Schule‹

Die Aktion ›Gleiche Chancen?! – Asthma in der Schule‹ hat sich zum Ziel gesetzt, bestehende Nachteile für die betroffenen Kinder und Jugendlichen zu verringern, diese Nachteile auszugleichen und zusammen mit den Schulen eine Basis für eine Chancengleichheit dieser Schüler und Schülerinnen zu schaffen, so dass diese trotz der chronischen Erkrankung den ihnen gemäßen Schulabschluss erreichen und gleichberechtigt am sozialen Leben in Schule und Freizeit teilhaben können.

Projektbeschreibung

Das Projekt ›Gleiche Chancen?! – Asthma in der Schule‹ ist auf Anregung der Deutschen Atemwegsliga e. V. entstanden. Gemeinsam mit dem Deutschen Allergie- und Asthmabund (DAAB), der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter (AGAS), der Arbeitsgemeinschaft Lungensport, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands (BVKJ), des Berufsverbandes der Pneumologen (BdP), der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) und der Gesellschaft für

Pädiatrische Pneumologie (GPP) wurde ein Konzeptvorschlag entwickelt, mit dessen Hilfe die Chancengleichheit verbessert werden soll. Das Projekt wird insbesondere von der ständigen Kultusministerkonferenz unterstützt.

Das Projekt wird derzeit zusammen mit dem niedersächsischen Kultusministerium durchgeführt. Angesprochen bzgl. einer Teilnahme an diesem Projekt werden Schulen in ganz Niedersachsen sowie alle niedersächsischen Referendariats-Seminare. Seit Anfang 2008 werden die Seminare abgehalten. Das Projekt soll 2008 und 2009 weiterlaufen.

DR. RÜDIGER SZCZEPANSKI, *Kinderhospital Osnabrück, Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück, E-Mail: szczepanski@kinderhospital.de*

A.-M. Steinmeier, D. Hennemann

Wettbewerb ›Wer richtig isst, ist besser drauf‹

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hat in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz und Landesentwicklung sowie der Heinz-Lohmann-Stiftung zum zweiten Mal einen Wettbewerb zur Verbesserung der Schulverpflegung an Ganztagschulen in Niedersachsen ausgeschrieben. Aufgrund des stetig zunehmenden Problems von Übergewicht bei Kindern ist die richtige Schulverpflegung ein sehr wichtiger Aspekt. Vollwertiges Essen ist eine Voraussetzung für gute Laune und Leistungsfähigkeit. Doch leider ist gutes Essen im Schulalltag keine Selbstverständlichkeit. Die zahlreichen Bewerbungen haben jedoch gezeigt, dass zwar schon viele Schulen eine gute Schulverpflegung praktizieren, aber längst nicht alle. Die Preisträger des Wettbewerbes zeigten mit ihren Angeboten, wie durch gelungene Kooperation von Lehrkräften, Schülern und Schülerinnen sowie Eltern eine optimale Schulverpflegung zu realisieren ist.

Am 23. Juni 2008 wurden im Niedersächsischen Landtag die Gewin-

nerschulen des Wettbewerbes ›Wer richtig isst, ist besser drauf‹ von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Sektion Niedersachsen e.V. ausgezeichnet. Mehr als 50 Schulen aus Niedersachsen haben sich an dieser Aktion beteiligt. Eine Jury aus qualifizierten Fachpersonen wählte die Schulen mit einem besonders hochwertigen Angebot an Speisen aus.

Gewinner des Wettbewerbs

So bietet z. B. die Astrid-Lindgren-Schule Edewecht seit 2004 ein rundum vollwertiges Angebot in ihrem Schulkiosk ›Saftladen‹ an. Neben Obst, Gemüse und Milchprodukten können von den Schülern und Schülerinnen unter anderem Vollkornbrote und Getränke an der Ladentheke täglich gekauft werden. Das klare ›Nein‹ zu Süßigkeiten wurde ohne großen Widerstand schnell akzeptiert. In der Schule steht jedem Durstigen ein kostenloser Trinkbrunnen zur Verfügung.

Der Haupt- und Realschule am Lindhoop in Kirchlinteln ist es gelungen, in Zusammenarbeit mit der Gemeinde Kirchlinteln einen regionalen Koch für die Verpflegung zu engagieren. Deshalb wird anstatt der geplanten externen Warmanlieferung in der neu gebauten Mensa täglich frisch gekocht.

In der neuen Mensa der Schule am Lindhoop wird großer Wert auf den Einsatz von regionalen Produkten gelegt. Ortsansässige Lieferanten werden bevorzugt.

Auf jedem Tisch steht eine große Karaffe mit kostenlosem Trinkwasser. Bis zu 140 Schülerinnen und Schüler können in der geschmackvoll eingerichteten Mensa essen.

Einen ganz anderen Weg hat die Realschule Salzgitter eingeschlagen. Hier wird schon sehr früh den Schülerinnen und Schülern das Frühstück ermöglicht. Ab 7:30 Uhr kann im ›Chill in‹ für nur 1,00 Euro ein komplettes Frühstück gekauft werden. An einem kostenlosen Büfett können sich die Schülerinnen und Schüler täglich bedienen. Neben Salaten, Joghurt und Gemüse werden dort auch Saftschorlen sowie Müsli angeboten. Der Service wird sowohl von den Jugendlichen als

auch von ehrenamtlichen Müttern, Omas und Lehrkräften geleistet.

Die Hauptschule Hoya erhielt einen Sonderpreis. Der Pausenkiosk zeichnet sich an dieser Schule durch ein sehr gutes Angebot mit Obstspießen, Salatbechern, Vollkornbrötchen, Joghurt, Milchmixgetränken und Säften aus. Durch das große Engagement einer Hauswirtschaftslehrerin und der freiwilligen Eltern konnte aber noch mehr erreicht werden: Die Ansiedlung der neuen Hauptschule in ein bestehendes Schulzentrum gestaltete sich zunächst schwierig. Über den Verkauf des Vollwertkiosks konnte zu deren Integration beigetragen werden.

ANNE-MARIE STEINMEIER, DÖRTHE HENNEMANN, *Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.*, Tel.: (05 11) 380 24 66, E-Mail: hennemann.dge-nds@t-online.de

Katharina Keimer

Im Einsatz für mehr Lebensqualität im Alter

Wichtig für das Projektteam vom Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) an der Universität Bremen ist, dass Menschen in hohem Alter möglichst lange eigenständig bleiben und ihr Leben in gewohnter Qualität selbst gestalten können. Um diesem Ziel ein Stück näher zu kommen, arbeiten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unter der Leitung des Ökotrophologen Dr. Holger Hassel derzeit daran, Ernährungsgewohnheiten von Seniorinnen und Senioren zu erforschen. Zusätzlich wollen die Mitarbeitenden eine Beratungshilfe entwickeln, die die Generation 60 plus darin unterstützen soll, gesund zu essen, zu trinken und sich ausreichend zu bewegen – auch und gerade im Freien.

Einer der Hintergründe des Projektes Optima(h)l 60plus liegt in der einseitigen Ernährung von älteren Menschen. Gerade im höheren Lebensalter könne dies zu Gesundheitsschäden führen oder bestehende Gesundheitsrisiken noch erhöhen. In Deutschland leiden mehr als die Hälfte der im eigenen

Haushalt lebenden Menschen über 60 Jahren an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder des Bewegungsapparates. Rund ein Drittel von ihnen ernährt sich nicht ausgewogen genug. Bekannte Hilfestellungen für eine gesunde Ernährung wie etwa die Ernährungspyramide oder das Aufstellen eines Wochenspeiseplans haben sich unter Senioren wenig bewährt. Sie seien zu komplex, so die Annahme des Projektteams.

Seniorinnen und Senioren bringen eigenes Wissen und Erfahrung ein

Im November startete das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekt Optima(h)l 60 plus in Bremen. Beteiligt sind Menschen ab 60 Jahren, die allein oder zu zweit im eigenen Haushalt leben sowie aus Stadtteilen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Bewohnerinnen und Bewohnern oder Menschen mit Migrationshintergrund stammen. Ungleiche Gesundheitschancen sollen abgebaut werden. In einem ersten Schritt wurde in Zusammenarbeit mit teilnehmenden Seniorinnen und Senioren die neue Beratungshilfe für gesunde Ernährung entwickelt. Vier verschiedene Grundmodelle standen zur Auswahl. Entstanden ist eine reich bebilderte Ankreuzhilfe, mit der die Befragten einfach und effektiv durch Abstreichen prüfen können, ob sie täglich genügend Obst und Gemüse zu sich genommen und sich ausreichend bewegt haben.

Im September hat die zweite Projektphase begonnen. In Face-to-face Interviews werden die teilnehmenden Seniorinnen und Senioren zu ihren Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten befragt, bevor sie in zwei Gruppen geteilt werden. Eine der Gruppen wird die neue Ankreuzhilfe zunächst drei Monate lang verwenden können. Hinzu kommen Informationsmaterialien und Tipps zur gesunden Ernährung seitens des BIPS-Teams, wie etwa Rezepte in deutscher und türkischer Sprache. Kooperationspartner im Projekt sind u. a. die Bremer Heimstiftung, die Arbeiterwohlfahrt oder das Deutsche Rote Kreuz sowie das Zentrum für Migranten und Interkulturelle Studien (ZIS) in Bremen. So ist es möglich, auch

Leiterinnen und Leiter aus Senioreneinrichtungen oder Nachbarschaftshelferinnen einzubeziehen, die bei Fragen der Teilnehmenden ansprechbar sind und das Projekt unterstützen.

Hilfestellung auch für Pflegekräfte und Hausärzte

Für Dezember 2008 sowie Mai 2009 planen die Teammitarbeitenden eine zweite beziehungsweise dritte Befragung von Interventions- und Kontrollgruppe, um die Akzeptanz, Verwendung und Wirkung der Ankreuzhilfe und der Ernährungstipps zu prüfen. Damit einher geht jeweils auch eine telefonische Befragung von Hausärztinnen und -ärzten der Teilnehmenden. Nach den Vorstellungen der Projektinitiatoren soll die neue Beratungshilfe den Seniorinnen und Senioren wie auch Ärztinnen, Ärzten oder Pflegepersonal u. a. dazu dienen, gelungene Gespräche über Ernährung zu führen. In der intensiv betreuten Interventionsgruppe ist eine tatsächliche Verhaltensänderung in punkto Ernährung und Bewegung von etwa 15 Prozent der Teilnehmenden zu erwarten.

Ist die Studie Optima(h)l 60plus Ende des Jahres 2009 abgeschlossen, wollen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ihre Forschungsergebnisse sowie die neue Beratungshilfe der Öffentlichkeit zugänglich machen. Gedacht ist an eine Homepage, auf der das Informationsmaterial zur gesunden Ernährung im Alter abrufbar sein wird, und an Fortbildungen oder auch an Expertenworkshops, in denen neue wissenschaftliche Sichtweisen zum Thema diskutiert werden können.

KATHARINA KEIMER,
Tel.: (04 21) 595 96 36,
E-Mail: keimer@bips.uni-bremen.de

B. Bächlein, H. Hildebrandt, M. Roth

Ortenau und Kinzigtal werden ›Gesundheitsregion der Zukunft‹

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen weiter wachsenden Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für Deutschland hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Anfang 2008 einen Wettbewerb zur Förderung von ›Gesundheitsregionen der Zukunft‹ ausgeschrieben. Ziele des Wettbewerbs sind die Erschließung der Potenziale einer Region für Innovationen im Gesundheitswesen durch Forschung und Entwicklung, die nachhaltige Stärkung der regionalen Wertschöpfungsketten in der Gesundheitswirtschaft und die Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Die ausgewählten 20 Regionen erhalten in Stufe 1 für den Zeitraum August 2008 bis März 2009 jeweils 100.000 Euro an Fördergeldern. Ist das Konzept in der nächsten Auswahlrunde erfolgreich, sind für die fünf Gewinner-Regionen Einzelförderung von bis zu zehn Millionen Euro möglich.

Ausgangspunkt: Gesundes Kinzigtal

Einer der 20 Preisträger ist die Gesundheitsregion Ortenau/Kinzigtal (GRO). Die am Rhein gelegene Region in Südbaden wird jetzt mit Unterstützung des BMBF einen Masterplan für ihre weitere Entwicklung erarbeiten können. Ausgangspunkt ist das bundesweit bekannte Modellprojekt einer populationsbasierten medizinischen Versorgung in einer Teilregion der Ortenau: das ›Gesunde Kinzigtal‹. Ärzteschaft, Gesundheitsmanagement-Unternehmen sowie die AOK- und LKK Baden-Württemberg haben seit 2005 ein in Deutschland einmaliges ›Integriertes Vollversorgungsmodell‹ aufgebaut, das die Gesundheitsentwicklung der Versicherten dauerhaft vorantreibt. Als ergebnisgetriebene Organisation strebt die Gesundes Kinzigtal GmbH eine Reorganisation der Versorgungsabläufe zur Verringerung von Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie die maximale Erreichung des Potenzials von Gesundheitsförderung und damit der Erhöhung des Gesundheitsnutzens der Population an.

Erweiterung: Gesunde Ortenau

Die Zielstellung orientiert sich an den demographischen Entwicklungen und dem Arbeitskräftebedarf dieser Region. In den 51 Städten und Gemeinden leben gut 416.000 Einwohner und Einwohnerinnen, wobei der Anteil der Menschen im erwerbsfähigen Alter langsam aber stetig abnimmt. Gemeinsam mit Partnern aus Gesundheitswesen, Wirtschaft, Verwaltung und Forschung sollen bestehende Initiativen für die Gesundheitsregion Ortenau evaluiert und bedarfsgemäß angepasst werden. Schrittweise werden hierzu die Pilotergebnisse des ›Gesunden Kinzigtals‹ auf die Ortenau ausgeweitet und die regionalen Besonderheiten in die Strukturen der Gesundheitswirtschaft umgesetzt. Die vier wichtigsten Entwicklungsfelder werden in der Gesundheitsförderung, Dienstleistung, Versorgungsforschung und e-Health gesehen. Insbesondere wird es auch darum gehen, Anforderungen aufzunehmen, die aus der Grenzlage zu Frankreich erwachsen.

Kooperationspartner

Die WHL Wissenschaftliche Hochschule Lahr konnte als Mittragstellerin gewonnen werden. Sie wird die Projektpartner wissenschaftlich begleiten und durch Umsetzungsprojekte im Bereich der Versorgungsforschung für den wissenschaftlichen Transfer Sorge tragen. Daneben haben bereits über 30 Projektpartner angekündigt, die Weiterentwicklung der Gesundheitsregion Ortenau aktiv zu unterstützen. Dazu gehören neben den beteiligten Krankenkassen und kommunalpolitischen Institutionen sowie Wohlfahrtsverbänden, medizinischen Leistungserbringern und Bildungsträgern auch mehrere Industriepartner, die die Region als idealen Einstieg für medizinische bzw. medizintechnische Innovationen ansehen. Hierzu zählen z. B. die Errichtung eines Telemedizinischen Zentrums, die Einführung einer elektronischen Schlüsselkarte, mit der die Patienten und Patientinnen den Ärzten und Ärztinnen die Freigabe einer praxisübergreifenden Patientenakte erlauben können oder das Nutzen von Ansätzen für ein Predictive Modeling für erste

populationsbezogene Analysen. Hierbei werden mittels Algorithmen potenziell risikoreiche Entwicklungen in Patientengeschichten erkannt. Ein individuelles oder kollektives Case Management kann in der Folge wesentlich effektiver eingesetzt werden.

Die Entscheidung über die Beteiligung an der Stufe 2 des Förderprogramms fällt das BMBF im Frühsommer 2009. Die Bekanntgabe der Preisträger wird anlässlich des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit Ende Mai 2009 in Berlin erfolgen.

BÄRBEL BÄCHLEIN, HELMUT HILDEBRANDT,
MONIKA ROTH
Gesundes Kinzigtal GmbH, Strickerweg 3d,
77716 Haslach, Tel.: (078 32) 97 48 90,
Fax: (078 32) 974 89 88,
E-Mail: mr@gesundess-kinzigtal.de,
Internet: www.gesundes-kinzigtal.de

Jutta Kindereit

›Sternstunden‹ im Harz

Es werden im Oktober bereits vier Jahre, dass die Alzheimer Gesellschaft Region Harz e. V. Anbieter des Niedrigschwelligen Angebotes unter Leitung von Jutta Kindereit und Manuela Oehler ist.

Nach anfänglicher Ungewissheit folgten die Helferausbildung, Öffentlichkeitsarbeit, Werbung, viele Gespräche und eine Menge Organisation. Der Name ›Sternstunde‹ entstand durch einen pflegenden Ehepartner, für den unsere Treffen, im wahrsten Sinne des Wortes, echte ›Sternstunden‹ geworden sind.

Im Frühjahr 2006 erfolgte die feierliche Eröffnung im benachbarten Seniorenzentrum Lamm in Zorge. Hier hat unsere Tagesbetreuung die besten Voraussetzungen, eine große offene Küche, viel Raum zum unentwegten ›Wandern‹ und Entdecken und dennoch lauschige Plätzchen zum Ausruhen und um ein Schläfchen zur Mittagszeit abzuhalten.

Ablauf der Betreuung

Nach Begrüßung der Teilnehmenden an der Gruppenbetreuung werden

alle, die Geburtstag hatten, mit einem Lied und einem kleinen Blumenstrauß geehrt, und es wird an die Menschen gedacht, die krank sind. Wenn wir Abschied von einem Menschen aus unserer Mitte nehmen müssen, halten wir eine kleine Andacht ab. Von einem großen Vertrauensbeweis spricht das weitere Kommen von Angehörigen, deren Partner bzw. Partnerinnen jetzt im Seniorenheim leben oder verstorben sind. Unsere ›Sternstunden‹ brachte auch 3 Paare aus unserer Mitte zusammen.

Ein festes Ritual ist der Spaziergang von Helferinnen und Demenzerkrankten geworden. Bei der Betreuung der Demenzerkrankten hat die individuelle Begleitung immer Vorrang.

Der Helferinnenkreis ist eine wunderbare Mischung, die bereichert, kreative Ansätze vereint und nie langweilig wird, die älteste ehrenamtlich Tätige ist 84 und die Jüngste 34 Jahre.

Die Frage nach unserem Erfolgsrezept wird oft gestellt. Sie lässt sich nicht so einfach beantworten. Für uns steht fest, dass neben der fachlich professionellen Begleitung auch viel Humor und Herzenswärme notwendig sind.

Während der ›Sternstunden‹ findet für die Angehörigen parallel ein Treffen statt, in dem sie sich in einer geselligen angenehmen Runde austauschen können und ihre Probleme besprechen.

›Sternstunden‹ gibt es als Tagesbetreuung in der Gruppe und selbstverständlich in der Begleitung zu Hause. Dem Betreuungseinsatz der Ehrenamtlichen geht immer ein Hausbesuch der Professionellen voraus, um die Betreuung vorzubereiten und mit viel Fingerspitzengefühl die ›passenden Wellenlängen‹ zusammenzubringen.

Das Seniorenzentrum Lamm hat die Arbeit der ›Sternstunde‹ umfassend unterstützt, ebenso der Vorstandsvorsitzende der Alzheimer Gesellschaft Region Harz, Dr. med. M. Daneschdar, der in kürzester Zeit einen notwendig gewordenen Treppenlift für die Außentreppe zu unserer ›Sternstundenwohnung‹ organisiert hat.

Oktober 2007 neue Wege. Wir bieten in der Klinik ›Meine Gedächtnisstütze‹ an, ein Aktivierungsprogramm für Menschen mit Demenz im Frühstadium. Außerdem findet der ›Treffpunkt Demenz‹ jeden Mittwochnachmittag in der Bibliothek des Krankenhauses statt. Hier können sich betroffene Familien über Hilfsangebote informieren und eigene Fragen und Probleme klären. Die Beratung ist ein wichtiger Bestandteil unseres Angebotes geworden, hat sich etabliert und wird gut nachgefragt. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 01.07.2008 gibt es einen steigenden Bedarf, besonders für Möglichkeiten individueller Entlastung bei Pflegestufe o. Zu jeder Zeit ist unser Alzheimer-Telefon geschaltet, auch hier werden Beratung und Hilfsangebote unbürokratisch vermittelt.

Wir wünschen uns, dass es in bewährter Weise weitergehen kann. Bei den vielen Sorgen und Problemen, die die Demenzerkrankung für die Familien mit sich bringt, ist es für die Angehörigen wichtig, sich in einer Gemeinschaft mit Gleichbetroffenen treffen zu können.

Das Alzheimer Telefon ist erreichbar unter: 05586 8040, weitere Informationen sind abrufbar: www.demharz.de oder Kontakt über: mail@demharz.de

JUTTA KINDEREIT, *Alzheimer Gesellschaft Region Harz e.V., Harzstraße 47, 37447 Wieda*

Erratum

In Nr. 59 von *impulse* ist uns leider ein Fehler unterlaufen. In dem Artikel von Daniel Tolks und Claudia Lampert: Möglichkeiten der akademischen Ausbildung im Bereich Gesundheitskommunikation, S. 16 fehlt eine Tabelle, auf die im Text mehrfach hingewiesen wird. Wir bitten dieses Versehen zu entschuldigen. Der vollständige Text ist in der Online - Version unseres Newsletters, S. 16f auf unserer Homepage unter folgendem Link zu finden: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/impulse59.pdf>

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin 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, Claudia Bindl, Iris Bunzendahl, Mareike Claus, Sabine Hillmann, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter, Tania-Aletta Schmidt, Dr. Ute Sonntag, Kerstin Utermark, Dagmar Vogt-Janssen, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Bärbel Bächlein, Dr. Kathrin Beyer, Dr. Andreas Borchers, Prof. Dr. Theda Borde, Mareike Claus, Dirk Cremer, Ligita Didzgalvyte, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Andreas Haase, Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Dörthe Hennemann, Helmut Hildebrandt, Dr. Karin Jurczyk, Katharina Keimer, Jutta Kindereit, Prof. Dr. Petra Kolip, Kai Kolpatzik, Dr. Katrin Krämer, Monika Roth, Anne-Marie Steinmeier, Irène Stratmann, Dr. Rüdiger Szczepanski, Prof. Dr. Michael Vester, Birgit Wolff

Sekretariat: Dana Kempf

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 61: 31.10.2008

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

Auflage: 7.000

Gestaltung: formfuersorge, Jörg Wesner

Druck: Interdruck Berger & Herrmann GmbH

Erscheinungsweise: 4x jährlich, im Quartal

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

Verstehen und Handeln

Demenzielle Erkrankungen gehen häufig mit Verhaltensänderungen einher, die einen besonderen Umgang der pflegenden und betreuenden Personen mit den Betroffenen und Kenntnis geeigneter Interventionen verlangt. In dem vorliegenden Buch aus der Reihe Wittener Schriften werden Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten anhand einer internationalen Literaturanalyse vorgestellt und diskutiert. Nach der Darstellung der methodischen Vorgehensweise werden Definitionen und Beschreibungen sowie Erklärungsmodelle aufgezeigt. Anschließend werden einzelne pflegerische Interventionen wie z. B. Validation, Erinnerungsarbeit und Snoezelen vorgestellt und bewertet. (ts)

MARGARETA HALEK, SABINE BARTHOLOMEYCZIK: *Verstehen und Handeln. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2006, 105 Seiten, ISBN 978-3-89993-167-9, 26,90 Euro*

Christopher Erzinger

Demographie konkret

Diese von der Bertelsmann Stiftung herausgegebene Studie aus der Reihe ›Demographie konkret‹ vermittelt mithilfe von Sozialdaten aus 65 Städten und rund 3000 Stadtteilen einen Einblick in das Ausmaß und die Entwicklung sozialräumlicher Segregation in deutschen Großstädten. Um Verständnisprobleme zu minimieren, werden relevante Fachtermini definiert. So wird die soziale Segregation gleich zu Beginn als Parameter für soziale Unterschiede innerhalb einer Stadt und die Konzentration von Wohn- und Lebensräumen in verschiedenen Stadtgebieten definiert. Zudem werden drei Formen der Segregation unterschieden: demographische, ethnische und soziale Segregation.

Die untersuchten Städte wurden in acht Gebietstypen eingeteilt und durch Merkmale zum demographischen und wirtschaftlichen Wachstum sowie zum Segregationsfaktor näher charakterisiert. Im Anschluss daran erfolgt der Schritt von der Theorie in die Praxis.

Mittels ausgewählter Beispiele guter Praxis werden Handlungsansätze exemplarisch vorgestellt, die zur Vermeidung unerwünschter Segregation und zur Bearbeitung ihrer Folgen beitragen. Eine umfangreiche Literaturliste rundet diese informationsreiche und übersichtlich strukturierte Studie ab.

BERTELSMANN STIFTUNG (HRSG.): *Demographie konkret. Soziale Segregation in deutschen Großstädten. Daten und Handlungskonzepte für eine integrative Stadtpolitik. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2008, 104 Seiten, ISBN 978-3-89204-9524, 18,00 Euro*

Stephanie Schluck

Fit sein macht Schule

Der Bewegungsmangel, das zunehmende Übergewicht und die abnehmende Fitness im Kindes und Jugendalter haben die AOK, den Deutschen Olympischen Sportbund und das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands gem. e. V. (WIAD) im Jahr 2000 veranlasst, das Projekt ›Fit sein macht Schule‹ ins Leben zu rufen. Dieses Buch bietet einen Überblick für Praktiker, Praktikerinnen und Entscheidungsträger aus dem Setting Schule, der Politik, Kommunen und Interessierte, die sich mit Bewegungs- und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter befassen.

Die Grundlagen und Entwicklungstrends, die Folgeinitiativen, Praxiserfahrungen sowie Empfehlungen des Bewegungskonzeptes werden in einzelnen Kapiteln aufgegriffen. Die Kombination aus informierend-beschreibenden Teilen und praktischen Hilfestellungen, wie z. B. den im Anhang enthaltenen Leitfaden zur Durchführung des Konzeptes, machen dieses Buch zu einer gelungenen Handlungsanleitung für Bewegungskonzepte im Setting Schule.

LOTHAR V. KLAES, FRANK PODDIG, SABINE WEDEKIND U.A. (HRSG.): *Fit sein macht Schule. Erfolgreiche Bewegungskonzepte für Kinder und Jugendliche. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2008, 278 Seiten, ISBN 978-3-7691-0547-6, 19,95 Euro*

Kommunale Netzwerke für Kinder

Kinder brauchen eine Umgebung, in der sie ihre Persönlichkeit entfalten, Bildung und soziale Kompetenzen erwerben können. Dies betrifft sowohl den Bereich innerhalb als auch außerhalb der Familie. In der Diskussion um soziale Frühwarnsysteme und Bildungsnotstand kommt der Kommune eine zunehmend größere Bedeutung zu. Sie stehen vor der Herausforderung, kindgerecht, familienfreundlich und bürgernah zu agieren. Das Projekt der Bertelsmann Stiftung ›Kinder & Ko‹ hat sich dieser Herausforderung angenommen und in den Projekt-Standorten Paderborn und Chemnitz hierzu Erfahrungen gesammelt. Im Handbuch sind diese Erfahrungen zusammengeführt und bieten detaillierte Einblicke über mögliche Strategien und Methoden für Beteiligungsprozesse im Netzwerk. Es werden Themen wie erste Schritte, Ressourcen, wichtige Mitstreiter und -streiterinnen, Arbeitsgruppen und Impulsprojekte, Zusammenarbeit mit Entscheidungsträgern, gemeinsame Zielfindungen, Presse und Öffentlichkeitsarbeit sowie Evaluation bearbeitet. (am)

BERTELSMANN STIFTUNG (HRSG.): *Kommunale Netzwerke für Kinder. Ein Handbuch zur Governance frühkindlicher Bildung. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2008, 186 Seiten, ISBN 978-3-89204-978-4, 25,00 Euro*

Qualität von Schule – Ein kritisches Handbuch

Das vorgelegte Handbuch will die einschlägigen Ergebnisse einzelschulischer Qualitätsentwicklung darstellen und kritisch reflektieren. In 36 Beiträgen renommierter Autorinnen und Autoren werden eine Vielzahl von Aspekten behandelt. Modelle, um Schulqualität herzustellen, werden vorgestellt, z. B. das Schulprogramm als zentrales Steuerungsinstrument, externe und interne Evaluation oder Standards zur Outputsteuerung. Unter dem Titel ›systemische Bedingungen für die einzelschulische Qualitätsentwicklung‹ werden die Schulverwaltung, die Bildungs-

berichterstattung oder die föderale Struktur des Bildungswesens diskutiert. Zudem werden Felder einzelschulischer Qualitätsentwicklung wie Medienintegration, komplexe Lehr-Lern-Arrangements oder diagnostische Lehrexpertise beschrieben und internationale Perspektiven aufgezeigt. (us)

JÜRGEN VAN BUER, CORNELIA WAGNER (HRSG.): *Qualität von Schule. Ein kritisches Handbuch*. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main, 2007, 652 Seiten, ISBN 978-3-631-55033-5, 68,00 Euro

Literacy im Kindergarten

Die Autorinnen stellen in den Materialien ihre Erfahrungen zum Thema Spracherwerb mit mehr- und einsprachigen Kindern im Elementarbereich dar. Der gewählte Begriff ›Literacy‹ kommt aus dem anglo-amerikanischen Raum und bedeutet verkürzt soviel wie die ›kindlichen Erfahrungen rund um Buch-, Erzähl-, Reim- und Schriftkultur‹. Die Auseinandersetzung mit der Schrift ist somit ein Teil der sprachlich-kognitiven Entwicklung von Kindern. Um die Kommunikation zu fördern und zu unterstützen, ist es sinnvoll, mit der Förderung frühzeitig im Kindergarten zu beginnen. Das heißt, Sprachanlässe zu schaffen, in denen die Mädchen und Jungen ihr begriffliches Wissen erweitern können. Füssenich und Geisel bieten hier Handlungshilfen für den Erwerb von Wort-Bedeutungen z. B. in einem Spielforum oder dem Schriftspracherwerb aus Sicht des Kindes. Zusätzliche förderdiagnostische Beobachtungsaufgaben erleichtern es den Erzieherinnen und Erziehern, die Erfahrungen eines Kindes und eventuelle Schwierigkeiten bei dessen Spracherwerb zu erfassen. Zu dem beigelegten Bilderbuch ›Toni hat Geburtstag‹ gibt es eine unterstützende Durchführungsanleitung sowie Protokoll- und Beobachtungsbögen. (am)

IRIS FÜSSENICH, CAROLIN GEISEL (HRSG.): *Literacy im Kindergarten. Vom Sprechen zur Schrift. Mit Bilderbuch*. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, 2008, 71 Seiten, ISBN 978-3-497-01962-5, 24,90 Euro

Schulische Steuergruppen und Change Management

Die Schulen werden zurzeit mit vielen Anforderungen und Veränderungen konfrontiert. Die stärkere Betonung der Eigenverantwortlichkeit bezüglich der strategischen Weiterentwicklung der eigenen Schule erfordern von den dort Arbeitenden neue Wege, um die vielfältigen Entscheidungen und Aktivitäten besser koordinieren zu können. Die schulischen Steuergruppen sind ein Instrument, um Entwicklungen in der Schule voranzutreiben und zielgerichtet zu steuern.

Im ersten Teil des Buches werden theoretische Erkenntnisse zu den Steuergruppen vorgestellt. Dabei wird u. a. auf Anwendungsfelder, Aufgaben und die Zusammensetzung der Gruppe sowie die Einbindung des Instruments in Veränderungsprozesse eingegangen. In dem zweiten Teil werden erste empirische Ergebnisse zu der Arbeit mit schulischen Steuergruppen dargestellt. Dabei werden Fragen zu der Wirksamkeit, zu den Erfolgen aber auch zu den Stolpersteinen beantwortet. (mc)

NILS BERKEMEYER, HEINZ GÜNTER HOLTAPPELS (HRSG.): *Schulische Steuergruppen und Change Management. Theoretische Ansätze und empirische Befunde zur schulinternen Schulentwicklung*. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2007, 221 Seiten, ISBN 3-7799-1693-2, 19,50 Euro

Borderline-Störungen im Jugendalter

Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität stellen die häufigsten Leitsymptome für akute Behandlungsnotwendigkeiten bei Jugendlichen dar. Nicht selten sind diese Phänomene Ausdruck der Borderline-Störung, einer umfassend gestörten Persönlichkeitsentwicklung. Der Reader versammelt wissenschaftlich fundierte Beiträge, die den Bogen spannen von neuen neurobiologischen und neuropsychologischen Ergebnissen der Grundlagenforschung über Untersuchungen zur Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten, Suizidalität und Risikoverhalten von Jugendlichen bis hin zu Diagnostik- und Therapieaspekten. Aufgeworfene

Fragen sind dabei z. B., ob die Diagnosekriterien einer Borderline-Störung vom Erwachsenenalter auf das Jugendalter übertragbar sind oder ob die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter überhaupt sinnvoll und möglich ist. Die Abgrenzung der Borderline-Persönlichkeitsstörung von schweren Adoleszenzkrise im Jugendalter ist ein weiterer diagnostischer Aspekt. Leider wird in dem mit medizinischem Blick geschriebenen Buch viel zu selten zwischen den Geschlechtern unterschieden, wo doch z. B. Mädchen deutlich häufiger selbstverletzende Verhaltensweisen zeigen als Jungen. (us)

ROMUALD BRUNNER, FRANZ RESCH (HRSG.): *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2008, 231 Seiten, ISBN 978-3-525-49115-7, 19,90 Euro

Stephanie Schluck

Alter neu denken

Der demographische Wandel und das gesellschaftliche Altern stellen uns vor neue Herausforderungen. Die Autorinnen und Autoren dieses Buches zeigen die aktuelle Altersstruktur der deutschen Bevölkerung sowie deren Entstehung und Entwicklung auf. Aus den Erkenntnissen zeichnen sie jedoch kein Schreckensszenario, sondern stellen die Ressourcen der älteren Bevölkerung und die daraus resultierenden Chancen für die Gesellschaft dar. Für die mit dem demographischen Wandel verbundenen sozialen, wirtschaftlichen, finanziellen und gesellschaftlichen Schwierigkeiten werden praktikable Lösungsansätze und Empfehlungen ausgesprochen. Die Forderung nach dem Erhalt der Selbstständigkeit und Kompetenzen sowie das Erkennen der Potenziale im Alter wird dabei nie aus den Augen gelassen.

BERTELSMANN STIFTUNG (HRSG.): *Alter neu denken. Gesellschaftliches Altern als Chance begreifen*. Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007, 370 Seiten, ISBN 978-389204-956-2, 35,00 Euro

Dagmar Schüler

Gibt es ›schwierige‹ Menschen? Belastende Pflege meistern

Pflegesituationen, die auf verschiedene Arten schwierig sind, kommen im Pflegealltag häufig vor. Hier ist eine Reflexion der Situationen und Entlastung durch Handlungskompetenz notwendig.

Anhand ausgewählter Beispiele beleuchtet dieses Buch verschiedene belastende Situationen im Pflegealltag intensiv und zeigt mögliche Auswege. Der Blick ist dabei stets auf die handelnden Akteure und Akteurinnen gerichtet und die Selbstpflege der Pflegenden nimmt einen großen Stellenwert ein. Die belastete Situation von Pflegenden wird ausreichend thematisiert und nicht nur inhaltlich, sondern auch durch Format und Heftung wird dieses Buch zu einem sehr praktischen Arbeitsbuch.

BARBARA HOFFMANN-GABEL: *Gibt es ›schwierige‹ Menschen? Belastende Pflege meistern. Vincentz Network, 2006, 106 Seiten, ISBN 3-86630-003-4, 12,80 Euro*

Christopher Erzinger

Gesundheitsversorgung 2050

›Wer den Hafen nicht kennt, in den er segeln will, für den ist kein Wind ein günstiger. Gemäß diesem Sprichwort des römischen Philosophen Seneca behandelt Band 108 einer Schriftenreihe des Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel Aspekte rund um den Themenkomplex Gesundheitsversorgung in Deutschland, inklusive Prognosen für das Jahr 2050. Ziel ist, die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit und der Politik in Bezug auf zu erwartende Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Gesundheitsversorgung zu richten. So werden eingangs ausgewählte Parameter bezogen auf Gesamtdeutschland dargestellt, beispielsweise von Angaben über die demographische Entwicklung bis hin zu einer alternden und zahlenmäßig kleiner werdenden Gesellschaft oder Statistiken über Behandlungsfälle von diversen Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Demenz usw.). Anschließend erfolgt der Transfer der o. a. und weiterer Para-

meter exemplarisch auf das Bundesland Schleswig-Holstein.

Dieser Band besticht durch eine gut strukturierte Gliederung und Inhalte, die mit zahlreichen farblichen Abbildungen und Tabellen veranschaulicht werden. Für einen Gesamteindruck steht gleich zu Beginn des Bandes eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zur Verfügung. Da die Informationen oftmals über das Thema hinausgehen, kann dieser Band auch als Nachschlagewerk genutzt werden.

FRITZ BESKE, EKKEHARD BECKER, CHRISTIAN KRAUSS: *Gesundheitsversorgung 2050. Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein. Schriftenreihe igsf Kiel, Bd.108, Schmidt & Klaunig, Kiel, 2007, 146 Seiten, ISBN 978-3-88312-335-6, 10,00 Euro*

Stephanie Schluck

Gewalt im Geschlechterverhältnis

Das vorliegende Buch präsentiert die Erkenntnisse und Ergebnisse aus Studien zum Thema Gewalt in all seinen Facetten aus den Jahren 1998–2004. Somit liegt eine Dokumentation über den aktuellen Forschungsstand aus unterschiedlichen Perspektiven vor. Die Autoren und Autorinnen des Forschungsnetzes Gewalt im Geschlechterverhältnis haben sich dabei auf verschiedene Formen der Gewalt und deren Folgen, die Differenzierung nach Geschlecht, Alter und sozialer Lage und Gründen für Gewalterfahrungen konzentriert. Hilfsbedarfe, Hilfsangebote und Zugangswege werden ebenfalls analysiert. Diese sehr zu empfehlende Zusammenstellung der aktuellen Forschungsergebnisse möchte nicht nur informieren, sondern Anregungen für neue Fragestellungen und praktische Umsetzungen geben.

GIG-NET FORSCHUNGSNETZ GEWALT IM GESCHLECHTERVERHÄLTNIS (HRSG.): *Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, 2008, 381 Seiten, ISBN 978-3-86649-054-3, 28,00 Euro*

Stephanie Schluck

Väter im Blickpunkt

Die Beiträge in dem von Tanja Mühling und Harald Rost herausgegeben Buch geben einen Einblick in die ›Väterforschung‹ aus dem Blickwinkel der Familienforschung. Die Einflüsse und Ansprüche der Gesellschaft, die das Bild des Vaters prägen, und der daraus resultierende Wandel der Vaterrolle werden beschrieben und analysiert. Das Buch greift zudem die Diskussion über ›traditionelle‹ und ›neue‹ Männer auf und bezieht die europäischen Entwicklungen in diesem Punkt mit ein. Auch die Veränderungen der Familien- und Beziehungsstrukturen und die Situation der allein erziehenden und getrennt lebenden Väter werden untersucht. Der vorliegende Band zeigt, dass die Väterforschung als Teilbereich der Familienforschung erst am Anfang steht, jedoch durch die mediale Aufmerksamkeit immer mehr an Bedeutung gewinnt.

TANJA MÜHLING, HARALD ROST (HRSG.): *Väter im Blickpunkt. Perspektiven der Familienforschung. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, 2007, 271 Seiten, ISBN 978-3-86649-123-6, 19,90 Euro*

Schulverweigerung

Das dauerhafte Fernbleiben von der Schule ist ein Entwicklungsrisiko für Heranwachsende und ein Problem für das System Schule. Schulverweigerung geht zudem mit einem gravierenden Bildungsbiographiebruch einher, der als Risikofaktor für ökonomische und soziale Desintegration gilt. Bisherige Studien zum Schulabsentismus wurden meist quantitativ durchgeführt.

Die vorliegende qualitative Studie, die an der Universität Leipzig als Dissertation angenommen wurde, erforscht die Innensicht von Schülerinnen und Schülern auf die Entstehung von Schulverweigerung. Mit Hilfe von Tiefeninterviews werden die subjektiven Theorien von 19 Jungen und 5 Mädchen im Alter von 14 bis 16 Jahren rekonstruiert. Aus den Forschungsergebnissen werden weitergehende Thesen und Fragestellungen entwickelt sowie Schlussfolge-

rungen und Konsequenzen für die Schulpädagogik abgeleitet. (us)

ANJA OEHME: *Schulverweigerung. Subjektive Theorien von Jugendlichen zu den Bedingungen ihres Schulabsentismus.* Verlag Dr. Kovač, Hamburg, 2007, 388 Seiten, ISBN 978-3-631-55033-5, 78,00 Euro

Jugendsexualität im Kontext gesellschaftlicher Individualisierungsprozesse

Die Autorin fokussiert in ihrer Studie zur Jugendsexualität die zunehmenden Veränderungen der Geschlechtervorstellungen, sexuellen Idealvorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse von Mädchen und Jungen. Als Forschungsmethoden wurden Rollenspiele, projektive Verfahren, Einzelinterviews, Inhaltsanalysen und Diskursanalysen eingesetzt.

Zu Beginn des Buches werden die diskurstheoretischen Hintergründe und Methoden der qualitativen Studie vorgestellt. Im weiteren Verlauf der Arbeit tragen Beispiele und Zitate aus den einzelnen Interviews mit den Mädchen und Jungen zum besseren Verständnis ihrer sexuellen Wünsche und Vorstellungen, aber auch ihrer Konflikte zwischen Tradition und neuen Geschlechterkonzepten bei. (am)

ANNETTE HUNZE (HRSG.): *Jugendsexualität im Kontext gesellschaftlicher Individualisierungsprozesse. Wandel und Kontinuität traditioneller Geschlechtervorstellungen als Gestaltungsspielraum und Konfliktfeld von Jugendsexualität. Schriftenreihe Studien zur Kindheits- und Jugendforschung, Band 46.* Verlag Dr. Kovač Hamburg, 2007, 244 Seiten, ISBN 978-3-8300-2699-0, 48,00 Euro

Jahrbuch Sucht 2008

Das jährlich von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. herausgegebene Jahrbuch Sucht liefert wieder aktuelle Zahlen und Fakten zum Konsumverhalten der deutschen Bevölkerung, von Alkohol, illegalen Drogen, Tabak angefangen bis hin zu Arzneimitteln, Glücksspiel und Suchtmitteln im Straßenverkehr. Die aus verschiedensten Quellen und Statistiken zusammengetragenen Daten sind so aufbereitet, dass man sich einen schnellen und kompakten Einblick in die Suchtproblematik und Suchthilfe verschaffen kann. Der Suchtmittelkonsum junger Menschen in Deutschland befindet sich auf einem ebenso Besorgnis erregenden Niveau wie der von Erwachsenen. Die Einstiegsalter sind erstmals seit langem nicht weiter gesunken. Diese und weitere Trends wurden in Vergleichsstudien genau analysiert und sind auch in dem Band differenziert ausgeführt. Darüber hinaus informiert das Jahrbuch über die Versorgung Suchtkranker in Deutschland und widmet sich neuen Fragen wie der Definition des Begriffes ›Sucht. Ein umfangreiches Adressverzeichnis von Einrichtungen im Suchtbereich rundet das Standardwerk ab. (cb)

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (HRSG.): *Jahrbuch Sucht 2008.* Neuland Verlag, Geesthacht, 2008, 287 Seiten, ISBN 978-3-87581-280-0, 16,90 Euro

Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter

Die älter werdende Gesellschaft wird bereits seit Jahren in den Medien thematisiert und überwiegend mit negativen Auswirkungen für die Zukunft dargestellt, wobei oftmals verallgemeinernd vom Alter und den Alten gesprochen wird. Dabei stellt sich wie in anderen Altersgruppen auch die Frage, wie unterschiedlich die Lebenslagen tatsächlich sind. In diesem Sammelband wird das Thema soziale Ungleichheiten und kulturelle Unter-

schiede in Lebenslauf und Alter aus verschiedenen Blickrichtungen betrachtet, um der Vielfalt der Lebenslagen Rechnung zu tragen. Die Autorinnen und Autoren aus den Bereichen Soziologie, Gerontologie und Sozialpolitik setzen sich sowohl theoretisch als auch empirisch mit dieser Fragestellung auseinander. (ts)

HARALD KÜNEMUND; KLAUS R. SCHROETER (HRSG.): *Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter.* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2008, 234 Seiten, ISBN 978-3-531-15753-5, 34,90 Euro

Territorialisierung des Sozialen – Regieren über soziale Nahräume

Der Herausgeberband enthält Beiträge internationaler Autorinnen und Autoren. Sie widmen sich den grundlegenden Veränderungsprozessen, denen die bisherigen Wohlfahrtsstaaten bereits seit längerem unterliegen, und kommentieren Prozesse, die bisher bestehende Formen der Ordnung des sozialen Raumes grundlegend verändern. Zu beobachten ist unter anderem die Verlagerung von Regulierungskompetenzen auf transnationale Ebenen, die neben anderen Prozessen dazu führt, dass auf nationaler Ebene die bisherige Territorialisierung des Sozialen neu formatiert wird. Im Mittelpunkt der Ausführungen stehen die Auswirkungen dieser Entwicklung auf kleinräumige, regionale und lokale Zusammenhänge. Im Weiteren wird der Bezug zu pädagogischen Handlungsfeldern beleuchtet. (ar)

FABIAN KESSEL, HANS-UWE OTTO (HRSG.): *Territorialisierung des Sozialen. Regieren über soziale Nahräume.* Verlag Barbara Budrich, 2007, 310 Seiten, ISBN 978-3-86649-098-7, 29,80 Euro

Dagmar Schüler

Personzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie

Das oft unterschätzte Entwicklungspotenzial alter Menschen und das wachstumsfördernde Beziehungsangebot des personzentrierten Ansatzes von Carl R. Rogers stehen im Mittelpunkt dieses Buches.

Der Autor beschreibt die Herausforderungen des Alter(n)s, psychische Krankheitsbilder des Alters und vorhandene Versorgungsstrukturen. Vor dem theoretischen Hintergrund des personzentrierten Ansatzes passt er die Konzepte der Gesprächspsychotherapie an die Lebenslagen der Betroffenen an. Dabei ist sein Blick stets ressourcenorientiert und empathisch auf das Individuum gerichtet.

Dieses leicht lesbare Buch ist gerade durch seine praktischen Fallbeispiele und für alle in der Pflege oder Therapie psychisch kranker alter Menschen Tätigen gedacht.

PETER ELFNER: *Personzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. Reinhardt Verlag, 2008, 126 Seiten, ISBN 978-3-497-01981-6, 19,90 Euro

Stephanie Schluck

Gewalt gegen Männer

Das vorliegende Buch befasst sich mit den Ergebnissen der nicht repräsentativen, qualitativen und quantitativen Pilotstudie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) zum Thema ›Gewalt an Männern‹. Schwerpunkte sind Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend, im Kontext von Krieg, Wehr- und Zivildienst und im Erwachsenenalter.

Die Studie liefert erste Hinweise über das Ausmaß und Formen von Gewalt gegen Männer und ein quantitatives Instrument für speziellere und repräsentative Forschung.

Die Autoren und Autorinnen betonen die Notwendigkeit der Durchführung von weiteren repräsentativen Studien, um Männer auch als Opfer von Gewalt differenzierter zu betrachten und nicht nur die Männer als Täter im Blick zu haben.

LUDGER V. JUNGnitz, HANS-JOACHIM LENZ, RALF PUCHERT U. A. (HRSG): *Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland*. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, 2007, 307 Seiten, ISBN 978-3-86649-009-3, 28,00 Euro

Wörterbuch für Gesundheitsberufe Deutsch – Türkisch/ Türkisch – Deutsch

Das Wörterbuch für Gesundheitsberufe soll die berufliche Kommunikation erleichtern und bietet ein umfassendes Vokabular mit aktuellem Fachwortschatz, der die Übersetzung gesundheitsrelevanter Fachbegriffe erleichtern soll. Der Wortschatz wird ergänzt durch Beispiele und einen Audio-Guide auf CD-ROM, der zentrale Begriffe und Redewendungen enthält, die über einen Computer oder einen MP3-Player abgehört werden können. Eine kurze Einführung in die türkische bzw. deutsche Aussprache komplettiert das Wörterbuch. (ar)

FIKRET ÇERÇİ: *Wörterbuch für Gesundheitsberufe. Deutsch – Türkisch. Türkisch – Deutsch*. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2008, 417 Seiten, ISBN 978-3-13-148361-4, 34,95 Euro

Stephanie Schluck

Die soziale Konstruktion von Männlichkeit

Was macht den Mann zum Mann? In dem von Nina Baur und Jens Luedtke herausgegeben Buch beschreiben die Autoren und Autorinnen das Mann(sein) und verschiedene Ausprägungen von Männlichkeiten. Der Mann als soziales Konstrukt, der Einfluss der Erwerbstätigkeit auf die soziale Konstruktion des Mannes, der Wandel des Männlichkeitsbildes im Zeitverlauf sind Inhalte dieses Bandes. Zudem werden die Definition von Männlichkeit und von Subgruppen

sowie deren Praktiken, diese Männlichkeit umzusetzen, näher betrachtet.

Die Verfasser und Verfasserinnen erhoffen sich, durch ihre Beiträge weitere Anstöße und Anregungen für die Forschung zu geben.

NINA BAUR, JENS LUEDTKE (HRSG): *Die soziale Konstruktion von Männlichkeit. Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland*. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, 2008, 290 Seiten, ISBN 978-3-86649-110-6, 24,90 Euro

frauen körper gesundheit leben

Der Ausgangspunkt des vorliegenden Nachschlagewerkes ist die gesunde Frau mit ihren Kraftquellen und ihren vielen Möglichkeiten, sich selbst zu helfen. Das Buch beginnt mit Kapiteln zum Besuch bei der Frauenärztin oder dem Frauenarzt und zu Früherkennungsuntersuchungen. Es folgen Kapitel über die weiblichen Geschlechtsorgane und zu Lust und Liebe. Die Aspekte von Weiblichkeit im Lebensverlauf wie Pubertät, Schwangerschaft und Wechseljahre schließen sich an. Unter der Überschrift ›Frauenleiden sind meist gutartig‹ wird z. B. über Myome, chronische Unterleibsschmerzen, Blasenentzündung und Endometriose informiert. Das Kapitel ›Gynäkologische Operationen und ihre Folgen‹ und ein Serviceteil beschließen den Wegweiser. Die verständliche und moderne Sprache, viele anschauliche Patientinnenbeispiele und die Rubrik ›Ein guter Rat‹ machen das Buch für interessierte Frauen gut lesbar. Anliegen der Autorinnen ist, eine neue Sichtweise auf die Frauenheilkunde zu vermitteln mit weniger Operationen, weniger Hightech und mehr Vertrauen in die eigenen Selbstheilungspotenziale. (us)

BARBARA EHRET, MIRJAM ROEPKE-BUNCSAK: *frauen körper gesundheit leben. Das große Brigitte-Buch der Frauenheilkunde*. Diana Verlag, München, 2008, ISBN 978-3-453-28513-2, 384 Seiten, 21,95 Euro



Veranstaltungen der LVG Niedersachsen e. V.

Mit psychischer Gesundheit gute Schule machen

04.11.2008, Hannover

Lehrkräfte empfinden das Verhalten ihrer Schülerinnen und Schüler immer häufiger als hoch belastend für ihre Arbeitstätigkeit. Auch auf Seiten der Schülerschaft gibt es gravierende Beeinträchtigungen, 25 % der Jugendlichen fühlen sich fast täglich oder mehrmals wöchentlich müde und erschöpft. 22 % der 7-17-Jährigen zeigen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Was können Schulen und Lehrkräfte angesichts dieser zunehmenden Probleme tun? Hilfestellung bietet hier das Konzept der guten gesunden Schule, das Gesundheit in den Dienst der Schulen stellt und Lehrkräften bei ihrem Kerngeschäft, der Erziehung und Bildung, mit dem Einsatz von Gesundheitsinterventionen unterstützt. Auf der Tagung wird mit MindMatters ein umfassendes Programm für Schulen vorgestellt, das auf dem Konzept der guten gesunden Schule basiert. Die Tagung findet in Kooperation mit der Leuphana Universität Lüneburg, dem Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover und der Barmer statt.

3. Niedersächsische Veranstaltung ›Interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem‹

20.11.2008, Hannover

Das komplexe Gesundheitssystem in Deutschland gewährt prinzipiell allen Bevölkerungsgruppen die gleichen Zugangsrechte. Bedingt durch sprachliche und kulturelle Barrieren können aber nicht alle Menschen mit Migrationshintergrund diese Angebote bedarfsgerecht nutzen. Auf der Seite der Migrantinnen und Migranten ist das allgemeine Wissen über Gesundheit und Gesunderhaltung im spezifischen Kontext unserer Gesellschaft oft begrenzt. Vor allem ausreichende Informationen, die eine angemessene Nutzung der ambulanten und stationären Versorgung ermöglichen, sind rar. Infolgedessen erhalten Migrantinnen und Migranten nicht dieselbe Qualität bei Diagnose, Behandlung und bei Präventivmaßnahmen wie die durchschnittliche Bevölkerung. Dieser Situation angemessen zu begegnen, stellt eine Herausforderung für das Gesundheitssystem und ihre Einrichtungen dar. Auf der Tagung werden Ansätze zur Integration von Migrantinnen und Migranten in das Gesundheitssystem präsentiert und diskutiert. Tagung mit der Integrationsbeauftragten des Landes Niedersachsen, der Ärztekammer Niedersachsen, dem bundesweiten Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Niedersachsen-Bremen.

7. Wohnungspolitischer Kongress Niedersachsen

26.11.2008, Hannover

Der diesjährige Wohnungspolitische Kongress Niedersachsen befasst sich mit dem Thema ›Integration und Stadtentwicklung‹. Es wird im Rahmen des Kongresses den Fragen, was Stadtentwicklung, Wohnungsbaugesellschaften und Architektur zur Integration von Migrantinnen und Migranten beitragen können, nachgegangen. Neben Fachvorträgen und einer Ausstellung bietet die Veranstaltung in vier Fachforen zu unterschiedlichen Themenkomplexen Gelegenheit zum

Austausch untereinander. Veranstalter sind auch in diesem Jahr wieder das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Verband der Wohnungswirtschaft Niedersachsen-Bremen und die Investitions- und Förderbank Niedersachsen – NBank. Als Kooperationspartner haben sowohl die Architektenkammer Niedersachsen als auch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. jeweils ein Fachforum.

Gesundheit von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund im Stadtteil – eine Frage der Integration?!

27.11.2008, Oldenburg

Mehr als ein Viertel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland kommen aus Familien mit Migrationshintergrund. Vielfach verfügen sie nicht über eigene Migrationserfahrungen, sondern sind in der zweiten oder dritten Generation einer zugewanderten Familie geboren. Ihre Lebenssituation ist häufig geprägt durch soziale Benachteiligung und eine ungünstige Bildungssituation. Angebote zur Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe erfordern ein koordiniertes Vorgehen, um einen guten Zugang zur Zielgruppe zu gewährleisten. Das Setting Stadtteil kann dafür günstige Voraussetzungen liefern. Die Fachtagung liefert Daten zur Gesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund, stadtteilbezogene Fakten zur Situation von Migrantinnen und Migranten und bietet in vier Workshops die Gelegenheit, Modelle guter Praxis kennenzulernen und zu diskutieren. Die Veranstaltung findet statt in Kooperation mit der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven, der Techniker Krankenkasse, dem bundesweiten Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, der Stadt Oldenburg und dem Flüchtlingsrat Niedersachsen.

Gesundheitsinformationen und informierte Entscheidung am Beispiel der HPV-Impfung

09.12.2008, Hannover

Die Impfung gegen verschiedene Typen des HP-Virus wird allen Mädchen einer umschriebenen Altersgruppe empfohlen. An dieses Impfprogramm sind hohe Anforderungen zu stellen. Hierzu gehören Nutznachweis, Qualitätssicherung und begleitende Evaluation. Um eine informierte Entscheidung zu treffen, müssen Eltern, Frauen und Mädchen Zugang zu Gesundheitsinformationen haben, die definierten Kriterien genügen. Auch Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, vor Impfmaßnahmen umfassend aufzuklären. Auf der Grundlage unabhängiger Expertinnen- und Expertenbewertung der HPV-Impfung soll der aktuelle Bedarf an Informationen und Beratung diskutiert und definiert werden. Neben dem aktuellen Wissensstand steht die Zielgruppe der Jugendlichen besonders im Fokus: Welchen Zugang haben sie zu verständlichen und zuverlässigen Gesundheitsinformationen und welche Kriterien müssen Gesundheitsinformationen erfüllen, um Jugendliche zu erreichen? Offene Fragen und notwendiger Handlungsbedarf sollen definiert werden. Tagung des pro familia-Bundesverbandes mit dem Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit

Neues aus der Akademie für Sozialmedizin

Leise Schule

09.12.2008, Hannover

Die andauernde Lärmbelastung ist ein zunehmendes Problem in den Schulen. Lärm, in seinen verschiedensten Facetten kann im gesamten menschlichen Organismus körperliche Stressreaktionen auslösen. Nicht selten kommt es dann sowohl bei Lehrkräften als auch bei Schülerinnen und Schülern zu ernstzunehmenden physischen sowie psychischen gesundheitlichen Schäden. Darüber hinaus führt ein erhöhter Geräuschpegel in den Klassenräumen zu Informationsverlusten, Unterrichtsstörungen, vorzeitiger Ermüdung und damit zu Konzentrationsproblemen bei Schülerinnen und Schülern. Dem entgegenzuwirken ist ein Ziel der Veranstaltung. Die Tagung wird in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Landesamt für Lehrerbildung und Schulentwicklung durchgeführt.

Das chronisch kranke Kind im Sport, in der Schule und im Verein

17.12.2008, Hannover

Die Fachtagung findet im Rahmen des Aktionsplanes ›Lernen braucht Bewegung – Niedersachsen setzt Akzente‹ statt. Im Mittelpunkt dieser Tagung stehen deshalb Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen. Grundsätzlich ist festzustellen, dass auch diese Kinder ein gesundes und natürliches Bewegungsbedürfnis haben. Wird diesem entsprochen, so bewältigen sie ihre Krankheit häufig leichter. Oftmals werden sie aber leider aus falsch verstandener Fürsorge der Erziehungsberechtigten oder unbegründeten Befürchtungen der Lehrkräfte, Übungsleiterinnen und Übungsleiter von sportlichen Aktivitäten oder spielerischer Bewegung fern gehalten. Die Veranstaltung findet in Kooperation mit dem Niedersächsischen Landesamt für Lehrerbildung und Schulentwicklung und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. statt.

Forum Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen

11.12.2008, Hannover

Das Forum bietet die Gelegenheit zum intensiven Austausch über Methoden der Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen. Neben Fachvorträgen und Diskussionsrunden werden Beispiele guter Praxis vorgestellt.

Zukunft der Pflege in Niedersachsen

04.11.2008, Hannover

Die Tagung Zukunft der Pflege wird mit einer ›Vision zur Pflege im Jahr 2020‹ begonnen. Es schließt sich eine Podiumsdiskussion an. In deren Zentrum stehen zwei Fragen: Welche Rahmenbedingungen benötigt eine gute Pflege in Niedersachsen? Und: Wurden mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PFWG, 1. Juli 2008) die ›richtigen‹ Weichen für die Zukunft gestellt? Mit Hilfe der eingeladenen Expertinnen und Experten sollen Antworten gefunden werden. Die Veranstaltung wendet sich an Praktiker und Praktikerinnen, Führungskräfte in der ambulanten wie stationären Pflege, an pflegende Angehörige, an Vertreter und Vertreterinnen von Sozialverbänden, an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, Entscheidungstragende aus Verwaltung, Politik und Pflegekassen sowie an Interessierte. Diese Veranstaltung findet in Kooperation mit dem Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit und dem IKK Landesverband Nord, Vertretung Niedersachsen statt.

9. SOPHIA-Fachtagung

07.-08.11.2008, Verden (Aller)

In den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten ist neben der Schuleingangsuntersuchung die Begutachtung von Kindern mit Behinderungen ein weiterer Arbeitsschwerpunkt. In den letzten Jahren nehmen Anfragen zu Schulbegleitung bzw. Einzelfallhilfe zu. Rechtliche, psychologische und pädagogische Aspekte müssen berücksichtigt werden, um die speziellen Anforderungsprofile für die individuelle Problematik des behinderten Kindes zu beschreiben. Es entsteht manchmal der Eindruck, dass Personalknappheit und mangelnde Kompetenz in den Schulen durch Eingliederungshilfe ausgeglichen werden soll. Gutachterliche Fragen unter schwierigen Bedingungen werden Thema der nachmittäglichen Workshops und der Podiumsdiskussion am Samstag sein. Die Diagnosen ADHS und Autismus gewinnen zunehmend an Bedeutung. Definitionen, diagnostische Leitlinien und therapeutische Möglichkeiten stehen im Mittelpunkt der Vorträge.

Vorschau

Treffen des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen

29.01.2009, Magdeburg

Gesundheitsförderung als Wettbewerbsvorteil am Beispiel der Hochschulen Ostdeutschlands?!

30.01.2009, Magdeburg

Bildung und Gesundheit in der KiTa

25.02.2009, Hannover

Vorschau

Was macht Kinder fit? – Prävention und Rehabilitation von Adipositas bei Kindern und jungen Erwachsenen

24.11.2008, Hannover

Niedersachsen

Tagung, Dick und dünn – Nobody is(st) perfect, Ess-Störungen im Jugendalter, 09.10.2008, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen (LJS), Fachreferat der LAG der Freien Wohlfahrtspflege, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

1/1 Halt für 1/2-Starke, Neue Aspekte der Gewaltprävention bei Kindern und Jugendlichen, 29.10.2008, Hannover, Kontakt: Landespräventionsrat Niedersachsen, Christiane Klages, Tel.: (05 11) 120-52 55, Fax: (05 11) 120-99 52 55, E-Mail: christiane.klages@mj.niedersachsen.de

Jubiläumsveranstaltung, 40 Jahre Frauenbewegung – 10 Jahre Sozialpolitische Reihe, 01.11.2008, Laatzten, Kontakt: Stiftung Leben und Umwelt, Heinrich Böll Stiftung Niedersachsen, Warmbüchenstraße 17, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 30 18 57-0, Fax: (05 11) 30 18 57-14, E-Mail: info@slu-boell.de

Fachkonferenz, Kinderschutz, Kommunale Netzwerke früherer Hilfen, 05.11.2008, Braunschweig, Kontakt: Institut für soziale Arbeit e.V., Studtstr. 20, 48149 Münster, Tel.: (02 51) 92 53 6-0, Fax: (02 51) 92 53 6-80, E-Mail: info@isa-muenster.de

Informationsveranstaltung, HPV-Impfung – Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit?, 05.11.2008, Hannover, Kontakt: Runder Tisch für Frauen- und Mädchengesundheit der Region Hannover, Team Gleichstellung, Region Hannover, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 61 62 23 29, Fax: (05 11) 61 62 10 30, E-Mail: gleichstellungsfragen@region-hannover.de

IX. Kongress für Erziehung und Bildung, Das Beste für unsere Kinder: Bildung und Glück!, 14.-15.11.2008, Göttingen, Kontakt: Institut für berufliche Bildung und Weiterbildung e.V., Weender Landstr. 6, 37073 Göttingen, Tel.: (05 51) 5 48 22 10, Fax: (05 51) 548 22 22, E-Mail: IX.Kongress@ibbw.de

Symposium Patientensicherheit – Risikomanagement, Vorbeugung und Umgang mit Fehlern im Krankenhaus, 01.12.2008, Sarstedt, Kontakt: AOK Niedersachsen, Gesundheitsmanagement stationär, Versorgungs- und Ergebnissteuerung, Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover, Fax: (05 11) 87 01 14 009, E-Mail: Julia.Weber@nds.aok.de

Bundesweit

5. Kongress der Dt. Alzheimer Gesellschaft, Aktiv für Demenzerkrankte, 09.-11.10.2008, Erfurt, Kontakt: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Friedrichstraße 236, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 2 59 37 95-0, E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de, Internet: www.deutsche-alzheimer.de

Jahrestagung der Drogenbeauftragten 2008, Frauen und Rauchen: Neue Wege in der Prävention, 13.-14.10.2008, Berlin, Kontakt: CTW, Congress Organisation Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin, Tel.: (0 30) 85 99 62-29, Fax: (0 30) 85 07 98 26, E-Mail: frauen-rauchen@ctw-congress.de

Feministische Soziale Arbeit – Handeln im Spannungsfeld von frauenspezifischen Fachlichkeiten, multikultureller Gesellschaft und Folgen des neoliberalen Sozialabbaus, 17.-18.10.2008, München, Kontakt: FrauenTherapieZentrum – FTZ München e. V., Antje Krüger, Dinora Avalos, Goethestr. 21/3, 80336 München, Tel.: (0 89) 51 70 80 63, Fax: (0 89) 51 50 48 33, E-Mail: tagung2008@ftz-muenchen.de

Tagung, 'Fit for Work, Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung, 17.10.2008, Essen, Kontakt: DNBGF-Geschäftsstelle c/o BKK Bundesverband, Abteilung Gesundheit 2132, Lutz Isenberg, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen, Tel.: (02 01) 179-11 09, Fax: (02 01) 179-10 32

Zeit für Familie – länderübergreifende Netzwerkkonferenz der Lokalen Bündnisse für Familie, 20.10.2008, Magdeburg, Kontakt: Servicebüros Lokale Bündnisse für Familie, Dr. Jan Schröder, Argelanderstraße 1, 53115 Bonn, Tel.: (01 80) 52 52 212, Fax: (01 80) 52 52 213, E-Mail: info@lokale-buendnisse-fuer-familie.de, Internet: www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de

Tagung, Klimaschutz und Ernährung – von abstrakten Zahlen zum konkreten Alltagshandeln, 22.10.2008, Gießen, Kontakt: Heinrich-Böll-Stiftung Hessen e.V., Ralf Zwengel, Niddastr. 64, 60329 Frankfurt am Main, Tel.: (069) 23 10 90, E-Mail: zwengel@hbs-hessen.de

Fachtagung, Hart(z)e Zeiten für Frauen – für Beratende und MultiplikatorInnen, 31.10.2008, Bremen, Kontakt: Diakonisches Werk Bremen e.V., Angela Hesse, Contrescarpe 101, 28195 Bremen, Tel.: (04 21) 16 38 40, E-Mail: burda@kirche-bremen.de

Tagung, Strategien des Erfolges – neue Beratungsansätze für den ländlichen Raum, 31.10.-02.11.2008, Hofgeismar, Landesbetrieb Landwirtschaft Hessen – Bildungsseminar Rauschholzhäuser, Schloss, 35085 Ebsdorfergrund, Tel.: (0 64 24) 301-104, Fax: (0 64 24) 301-119, E-Mail: bildungsseminar@llh.hessen.de

Symposium, Constructing the future of work, wie wollen wir leben und arbeiten?, 04.-05.11.2008, Dortmund, Kontakt: DASA der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Angelika Frachisse M.A., Friedrich-Henkel-Weg 1-25, 44149 Dortmund, Fax: (02 31) 90 71-25 46

Fachtagung, Älter werdende Beschäftigte – (k)ein Gewinn für gesunde Unternehmen!?, 05.11.2008, Erfurt, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, Thüringen e.V.-AGETHUR, Carl-August-Allee 1, 99423 Weimar, Tel.: (0 36 43) 5 92 23, Fax: (0 36 43) 50 18 99, E-Mail: kettner@agethur.de

Fachtagung, Wohnungslose: Ganz schön krank! 05.11.2008, Hamburg, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG), Petra Hofrichter, Repsoldstraße 4, 20097 Hamburg, Tel.: (0 40) 63 64 77 91, E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

Jahrestagung, Die gesunde soziale Stadt, 12.11.2008, Völklingen, Kontakt: Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS), Regionaler Knoten Saarland, Feldmannstraße 110, 66199 Saarbrücken, Tel.: (06 81) 97 61 97-20, Fax: (06 81) 97 61 97-99, E-Mail: klee@lags.de

Tagung, Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Jugendliche – aber wie?, 12.11.2008, Frankfurt, Kontakt: Internationaler Bund (IB), Zentrale Geschäftsführung, Ressort Bildung und Soziale Arbeit, Valentin-Senger-Str. 5, 60389 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 945 45-208, Fax: (0 69) 945 45-373, E-Mail: Bodyguard-Info@Internationaler-Bund.de

Medienkongress, Computerspiele und Gewalt, 20.11.2008, München, Kontakt: Hochschule München, Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften, Am Stadtpark 20, 81243 München, Fax: (0 89) 12 65 23 30, E-Mail: andreas.de_bruin@hm.edu, anmeldung-medienkongress@web.de

Tagung, Wettbewerbsvorteil Gesundheit - Förderung psychischer Gesundheit in der Arbeitswelt – Konzepte und Erfahrungen, 01.-03.12.2008, Köln, Kontakt: Team Gesundheit Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, Max-Fiedler-Str. 6, 45128 Essen, Tel.: (02 01) 56 596-11, Fax: (02 01) 56 596-41, E-Mail: waschke@teamgesundheit.de, Internet: www.wettbewerbsvorteil-gesundheit.de

Satellitenveranstaltung, Armut und Gesundheit, Sechs Jahre ‚Mehr Gesundheit für alle‘ – Rückblick und Perspektiven, 04.12.2008, Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin e.V., Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 44 31 90 60, Fax: (0 30) 44 31 90 63, E-Mail: post@gesundheitsberlin.de

14. Kongress Armut und Gesundheit: Gerechtigkeit schafft mehr Gesundheit für alle!, 05.-06.12.2008, Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin e.V., Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 44 31 90 60, Fax: (0 30) 44 31 90 63, E-Mail: post@gesundheitsberlin.de

Tagung, Prävention – Beratung – Therapie – in Zukunft alles online?, 09.12.2008, Münster, Kontakt: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Dezerat 50, Koordinationsstelle Sucht, Warendorfer Straße 25-27, 48133 Münster, Tel.: (02 51) 5 91-32 67, Fax: (02 51) 591-54 99, E-Mail: christiane.loecke@lwl.org

International

Fachtagung, Die Moral von dem Gericht... Ethik, Essen und Ernährungswissenschaftler, 17.10.2008, Wien, Kontakt: Verband der Ernährungswissenschaftler Österreichs, Lilienbrunnengasse 18/2/40, A-1020 Wien, Tel.: +43 1 333 39 81, Fax: +43 1 333 39 81-9, E-Mail: veoe@veoe.org

Kongress, Gesundheitsförderung durch Nachhaltigkeit stärken, 20.-21.11.2008, Wien, Österreich, Kontakt: Österreichische Gesellschaft für Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung, Untere Donaust. 47, A-1020 Wien, Tel.: +43 1 212 14 93-21, E-Mail: oenetz.soc.gruwi@univie.ac.at

Symposium, Sprechen Sie Gesundheit, Kommunikation im Gesundheitswesen – Planung oder Zufall? 26.-28.11.2008, Klagenfurt, Österreich, Kontakt: ÖAPG – Österreichische Akademie für Präventivmedizin und Gesundheitskommunikation, Kierlinger Straße 87, A-3400 Klosterneuburg, Tel.: +43 2243 31 661, E-Mail: office@oeapg.at, Internet: www.oepg.at

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