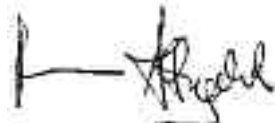


„Erst die Arbeit und dann?“ hieß ein kleiner Kultfilm in den 80er Jahren. Der Filmtitel beschreibt auch unsere Suchbewegungen rund um die Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit sehr gut: Effektive Gesundheitsmanagementstrategien wurden zuerst für die Arbeitswelt entwickelt. Erst jetzt geraten der Gesundheitszustand von Menschen ohne Arbeit und Gesundheitsförderung für diese Zielgruppen zunehmend ins Blickfeld. Auch Fragen der Familienfreundlichkeit und Life-Balance waren bis dato eher Privatangelegenheiten der Beschäftigten, tauchen jetzt aber in Politikstrategien, Firmenleitbildern und Personalentwicklungstheorien vermehrt auf. Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung in der Arbeitswelt sind ein Topthema in vielen Branchen. Verantwortliche in der Wirtschaft können sich kaum retten vor immer neuen Managementtrends und Heeren von Beratungsfirmen, die all das schnell und teuer umsetzen wollen.

In diesem Heft gehen wir deshalb ganz grundsätzlichen Fragen nach: Welche Trends sind in dem Feld erkennbar? Welche Rolle spielt Arbeit im Selbstverständnis unserer Gesellschaft? Welche Formen der Arbeit (z. B. Erwerbs-, Familien- oder Freiwilligenarbeit) genießen welchen Stellenwert? Welche Risiken und Chancen bieten „moderne“ Erwerbsbiografien? Wen erhält Arbeit gesund und wen macht sie wann krank? Was können Unternehmen und Betriebe für mehr Gesundheit der Beschäftigten tun? Wie können die Potenziale aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer genutzt und gestärkt werden? Allein diese Fragen machen deutlich, dass es keine einfachen Lösungen geben kann, dennoch hoffen wir in diesem Heft zumindest einige neue Antworten, Strategien und Perspektiven vermitteln zu können.

In dem aktuellen Teil des Heftes finden Sie darüber hinaus Tagungsberichte und Informationen über neue Modellprojekte. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten „My Health – Gesundheit und Medien“ (Redaktionsschluss 05.11.2010) und „Demografie aktuell“ (Redaktionsschluss 11.02.2011). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen, neuen Veröffentlichungen und anderen Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen!



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

Seite

■ Arbeit und Gesundheit – Ressourcen und Risiken	02
■ Auslaufmodell Erwerbsarbeit?	03
■ Familienfreundlichkeit als Erfolgsfaktor	04
■ Herausforderungen für das Altersmanagement in Organisationen	05
■ Hauptsache Management? Diversity und Gesundheitsmanagement im Betrieb	06
■ Arbeitsleben im Wandel – Brüche und Chancen	07
■ Moderne Erwerbsbiografien – Ein sozialpsychologischer Blick	09
■ Jung, flexibel, belastbar – ausgebrannt und psychisch krank?	10
■ Arbeitsbelastungen sind nicht geschlechtsneutral	11
■ Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheitszustand	12
■ „Herr Doktor, mir fehlt nichts außer der Arbeit“	13
■ Qualitätsstandards für die Gesundheitsberatung Arbeitsloser	14
■ Nds. Aktionswoche zum Europäischen Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung	16
■ Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen in Sachsen	17
■ Bessere Chancen für junge Arbeitslose?	18
■ Hartz IV – Frust und volle Flure	18
■ Motivation für Gesundheitsmanagement in KMU	19
■ Betrieblicher Gesundheitsschutz im Sozial- und Erziehungsdienst	20
■ Unterstützungsangebote für neue Lehrkräfte	21
■ Auf dem Weg zur Gesunden Hochschule – ein Praxishandbuch	22
■ Präventionsforschung: Projekte rund um das Thema Arbeit	22
■ Handlungsfeld Gesundheitsmanagement in der LVG & AFS	23
■ „Interkulturelle Pflege/Medizin“ im Krankenhaus	24
■ Kongressbericht: 20. IUHPE Weltkonferenz	24
■ Trauerblockaden auflösen und ins Leben finden	25
■ Primäre Pflege im Allg. Krankenhaus Celle	26
■ Modellprojekt „Fit for Business“	27
■ Impressum	27
■ Mediothek	28
■ Termine	31

**Gesunde Arbeit,
ungesunde Arbeit,
keine Arbeit**

Arbeit und Gesundheit – Ressourcen und Risiken

Erwerbstätig zu sein, ist seit Generationen mit dem Zugang zu ›Wohlstand‹ und – seit den Bismarckschen Sozialgesetzen – auch mit sozialer Sicherung verbunden. Neben weiteren positiven Aspekten wie Sinnstiftung und Sozialprestige finden sich auch eine Vielzahl an gesundheitlichen Risiken, die in einem Zusammenhang mit der Erwerbsarbeit stehen. Gelten allgemein Tätigkeiten, die mit hohem Gestaltungsspielraum, Autonomie und Vielfalt, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit für die Beschäftigten in Verbindung stehen als Gesundheitsressource, gehen Monotonie, starre Arbeitsabläufe und Hierarchien, mangelnde Wertschätzung, starre Arbeitszeitregelungen sowie Arbeitsplatzunsicherheit mit Risiken für die Gesundheit der Erwerbstätigen einher.

Atypische Beschäftigungsformen

Geringfügige Beschäftigung sowie eine Vielzahl der neuen sogenannten atypischen Beschäftigungsformen (z. B. befristete Tätigkeiten, neue Selbstständigkeit, Leiharbeit, Teilzeitarbeit, Mini-Jobs und Job-Sharing) stehen ebenfalls im Zusammenhang mit gravierenden gesundheitlichen Risiken für die Beschäftigten. Monetäre und psycho-soziale Ressourcen fallen bei atypisch Beschäftigten gegenüber regulär Beschäftigten deutlich geringer aus. Eine Teilhabe an diesen wichtigen materiellen und immateriellen Ressourcen, die über die Erwerbsarbeit sonst als garantiert gelten, wird durch die sukzessive Ausweitung dieser neuen Beschäftigungsformen inzwischen einem bedeutenden Anteil erwerbstätiger Männer und Frauen entzogen. Die Schere öffnet sich zunehmend mehr: Auf der einen Seite Menschen in (Vollzeit-)Tätigkeit, denen ein Zugang an gesellschaftlicher Anerkennung, Teilhabe und Sinnstiftung gesichert scheint – auf der anderen Seite Menschen mit begrenzter bzw. ohne bezahlte Tätigkeit, denen diese wichtigen Ressourcen fehlen.

Ehrenamtliche Arbeit und Reproduktionsarbeit

Allein die Betrachtung der Erwerbsarbeit im Sinne bezahlter Lohnarbeit schließt wesentliche Arbeitstätigkeiten aus, die für den Wohlstand und das Wachstum in der Gesellschaft von hoher Bedeutung sind. Tätigkeiten wie die Reproduktionsarbeit (Haus- und Familienarbeit) als auch ehrenamtliche Tätigkeiten und bürgerschaftliches Engagement gehören hierzu. Erwerbs- und Reproduktionsarbeit sind auch heute noch eng verknüpft mit der geschlechtsspezifischen Rollenverteilung zwischen Mann und Frau. Damit assoziiert sind besondere Risiken für die Frauen. Denn eine Elternschaft führt auch im Jahr 2010 überwiegend dazu, dass Frauen den Hauptanteil der Familienarbeit übernehmen. Diskontinuierliche Erwerbsbiographien, Teilzeitarbeit, Verdienstaufschlag und Karrierebrüche sind oft die Folge. Strukturell betrachtet entsprechen Erwerbsverläufe von Männern, trotz einer deutlichen Erosion des sogenannten Normalarbeitsverhältnisses, auch heute noch eher diesem Typus: in Vollzeit, unbefristet, mit Einbindung in die sozialen Sicherungssysteme und ohne Erwerbsunterbrechungen sind sie bis zum Renteneintritt erwerbstätig. Betrachten wir die Strukturdaten des Statistischen Bundesamtes (2010) hinsichtlich der Erwerbsquote nach Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung finden wir Anhaltspunkte für

einen Fortbestand dieses Typus: Unter den insgesamt 22,2 Millionen Vollzeitbeschäftigten sind gut 63,6% männlich (inklusive Auszubildende). Betrachten wir die Quote der Teilzeitbeschäftigten nach Geschlecht, spitzt sich der Unterschied weiter zu. Von den Beschäftigten mit einem Stundenumfang von 18 Stunden und mehr stellen Männer nur noch gut 15,7% dar, Frauen sind hier mit über 84% deutlich überrepräsentiert.

›Destabilisierung‹ von Erwerbsverläufen

Die Geburt des ersten Kindes stellt für Frauen nach wie vor eine zentrale Zäsur in ihrer Erwerbsbiographie dar. (Nur) noch knapp 30% aller westdeutschen und 40% aller ostdeutschen Frauen sind mit einem Kind im Alter unter drei erwerbstätig. Dabei überwiegt die Teilzeitbeschäftigung vor allem bei den westdeutschen Frauen deutlich. Die Zeitbudgetanalysen des Bundes geben weiteren Aufschluss über die familiäre Arbeitsteilung. Ein Vergleich von berufstätigen Paaren mit Kindern im Haushalt und Paaren mit einer klassischen Rollenverteilung zeigt, dass sich die Arbeitsteilung in der Haus- und Familienarbeit nicht ändert. Frauen übernehmen nicht nur zu einem deutlichen höheren Anteil die Fürsorgearbeit, sie tragen auch ein deutlich höheres Risiko im Alter durch geringere Renten von Altersarmut betroffen zu sein. Der gesellschaftliche hohe Stellenwert der Erwerbsarbeit, im Sinne des männlichen Normalarbeitsverhältnisses, wird gegenüber weiblichen ›Arbeits-Biographien nach wie vor unterstrichen. Verwundert da die geringe Quote der Väter, die sich heute für die Kindererziehung entscheiden und dafür eine Unterbrechung in ihrer Erwerbsbiographie in Kauf nehmen? Die oben beschriebenen Risiken sind gute Gründe, keine ›Destabilisierung‹ des eigenen Erwerbsverlaufs zu riskieren!

Veränderungen der Arbeitswelt

Verschärft wird dies durch die Veränderungen in der Arbeitswelt, die durch eine fortschreitende Globalisierung, die rasante Ausweitung der Informationstechnologien, einen sektoralen Wandel mit Ausweitung des Dienstleistungssektors und der Etablierung neuer Organisations- und Managementkonzepte einhergeht. Die Ausweitung atypischer Beschäftigungsverhältnisse führt gleichzeitig zu einem Bedeutungsverlust des Normalarbeitsverhältnisses. Unmittelbare Folgen für die Beschäftigten sind zeitliche, inhaltliche und soziale Entgrenzung der Arbeit. Dies wird durch eine erhöhte Flexibilisierung, Individualisierung und erhöhten Ansprüche an die Fähigkeit zur Selbstregulation begleitet. Dadurch verändert sich die Form der Arbeit an sich. Nicht der ›traditionelle Arbeitnehmer‹ steht mehr im Zentrum, sondern der ›Arbeitskraftunternehmer‹. Die Ansprüche an die Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, auch im Sinne einer Kompetenz zur Selbstvermarktung, sind deutlich gestiegen. Im Zuge dieser Entwicklungen spricht man auch von der Subjektivierung der Arbeit. Für Beschäftigte in den verschiedenen Tätigkeitsformen, wie auch Menschen, die in Folge des Arbeitsplatzverlustes oder durch die Übernahme von Haus- und Familienarbeit keiner bezahlten Arbeit nachgehen, bedeutet dies eine zusätzliche Gefährdung. Hohe individuelle Kompetenzen zur Selbstvermarktung des eigenen Humankapitals sind gefordert.

Dies setzt Vertrauen in das eigene Handeln voraus und sollte idealerweise durch eine hohe Kontrollüberzeugung und von guten sozialen Netzwerken begleitet werden. Eigenschaften, die Menschen ohne Erwerbsarbeit, ob als sogenannte stille Reserve oder als direkt von Arbeitslosigkeit Betroffene, über die Zeit verloren haben.

PROF. DR. FRAUKE KOPELIN, *Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Grazer Str. 4, 28359 Bremen, Tel.: (04 21) 21 86 88 20, E-Mail: frauke.koppelin@uni-bremen.de*

Wolfgang Bonß

Auslaufmodell Erwerbsarbeit?

In ihrem Selbstverständnis sind ›moderne‹ Gesellschaften seit jeher ›Arbeitsgesellschaften‹. So schrieb Friedrich Schiller in der ›Glocke‹: ›Arbeit ist des Bürgers Zierde‹. Diese Feststellung war nicht zuletzt eine Spitze gegen den Adel, der seine gesellschaftliche Position eben nicht über Arbeit definierte, sondern über die Geburt. Ende des 18. Jahrhunderts war diese Konstruktion eindeutig ein Auslaufmodell, denn nach Überzeugung der meisten Ökonomen und Sozialphilosophen der damaligen Zeit wird der Mensch erst durch die Arbeit zum Menschen. Allerdings war die real existierende Arbeit in den neu entstehenden Fabriken nur begrenzt eine ›Zierde‹. Letztlich konstituierte sich die moderne Arbeitsgesellschaft auch nur in einer ›verengten‹ Form, nämlich als eine Erwerbsarbeits- bzw. Lohnarbeitsgesellschaft. Nicht Arbeit im Sinne kreativer Aneignung und Umgestaltung der Natur ist entscheidend, sondern der Verkauf der eigenen Arbeitskraft gegen Geld, wobei dies bei 90% aller Erwerbsarbeitenden über ein Lohnarbeitsverhältnis geschieht.

Auswirkungen wirtschaftlicher Veränderungen

Arbeitsgesellschaften zeichnen sich dadurch aus, dass Arbeit als eine zentrale Vergesellschaftungsinstanz begriffen wird. Soziale Stellung, Konsummöglichkeiten und soziale Sicherung ergeben sich aus der Erwerbsarbeit. Umgekehrt ist längerfristige Arbeitslosigkeit gleichbedeutend mit einer Ausgrenzung aus der Gesellschaft. Dies bedeutet auch, dass alles getan werden muss, um ›Vollbeschäftigung‹ zu erreichen, wobei dies lange Zeit kein Problem zu sein schien. Zwar gab es die Erfahrung der Weltwirtschaftskrise von 1929/30, aber nach 1945 wuchs die Wirtschaft stetig. Die heimischen Arbeitskräfte reichten nicht mehr. Neben der Anwerbung von ›Gastarbeitern‹ wurde versucht, das vorhandene Erwerbsarbeitspotenzial insbesondere über eine Steigerung der Frauenerwerbsquote besser auszunutzen.

Die erste Ernüchterung erfolgte mit der Konjunkturkrise von 1966/67, die dazu führte, dass das Arbeitskräfteangebot erstmals größer war als die Nachfrage. Aus 150.000 Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt wurde eine Million (1975). Keine zehn Jahre später wurde die 2-Millionen-Grenze überschritten, und selbst in Wachstumsphasen entstanden keineswegs ausreichend neue Arbeitsplätze. Vor diesem Hintergrund befürchtete Ralf Dahrendorf Anfang der achtziger Jahre erstmals ein

›Entschwinden der Arbeitsgesellschaft‹. Er berief sich auf den Wertewandel ebenso wie auf strukturelle Veränderungen, denn im Unterschied zu Schiller sahen die Menschen Arbeit nicht mehr unbedingt als eine ›Zierde‹ an. Darüber hinaus wurde durch den technischen Fortschritt eine Erhöhung der Produktivität mit prekären Folgen möglich. Immer weniger Menschen produzieren immer mehr Güter und Dienstleistungen, bei parallelem Anstieg der Zahl der Arbeitslosen und ›Überflüssigen‹.

Zwar ist umstritten, ob dies ein unumkehrbarer Trend ist, aber als die technologisch bedingten Produktivitätszuwächse zunahmen und das Volumen der Erwerbsarbeit auch unter Wachstumsbedingungen rückläufig war, wuchsen die Zweifel an der Zukunft der Erwerbsarbeit. So verkündete Jeremy Rifkin 1995 explizit ein ›Ende der Arbeit‹ (wobei man genauer von einem ›Ende der Erwerbsarbeit‹ sprechen müsste). Ein Jahr später meldete auch die Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen Zweifel an der Zentralität und Vermehrbarkeit der Erwerbsarbeit an. Aber diese Lesart verlor in Deutschland interessanterweise mit dem Übergang zur rot-grünen Koalition erneut an Boden. So hielt die Regierung Schröder nachdrücklich daran fest, dass eine ›Vollbeschäftigungsgesellschaft‹ möglich sei, und mit den ›Hartz-Gesetzen‹ wurde die Verpflichtung verstärkt, den eigenen Lebensunterhalt durch Erwerbsarbeit zu bestreiten.

Die angekündigte Halbierung der registrierten Arbeitslosigkeit, die für die verstärkte Fixierung auf die Erwerbsarbeit von entscheidender Bedeutung gewesen wäre, ist allerdings ausgeblieben. Die nachfolgenden Regierungen wollten sich auf diese Zielsetzung nicht länger festlegen lassen, auch wenn sie ihre Aufgabe nach wie vor darin sehen, dem Prinzip der Vergesellschaftung über Arbeit mehr Geltung zu verschaffen. So wird gebetsmühlenartig immer wieder darauf hingewiesen, dass sich ›Arbeit lohnen‹ müsse, und zugleich wird eine Erhöhung des Renteneintrittsalters angestrebt. Dass die Menschen länger erwerbstätig sein sollen, erscheint allerdings insofern illusorisch, als derzeit nur rund 40% der Personen zwischen 55 und 64 Jahren überhaupt noch beschäftigt sind und sich hieran auf absehbare Zeit auch nicht viel ändern wird. Zwar ist nicht ausgeschlossen, dass aufgrund des Rückgangs der Bevölkerung längerfristig eine Verknappung des Arbeitskräfteangebots eintritt, aber auch dies würde keineswegs eine Rückkehr zu jener klassischen ›Arbeitsbiographie‹ bedeuten, wie sie vor über drei Jahrzehnten mit dem Konzept des ›Normalarbeitsverhältnisses‹ auf den Punkt gebracht worden ist.

Vom Normalarbeitsverhältnis zu situativen Möglichkeiten

Als ›Normalarbeitsverhältnis‹ wird eine unbefristete Vollzeit-Erwerbstätigkeit bezeichnet, die sich von der Ausbildung bis zur Verrentung hinzieht. Über ihr gesamtes Arbeitsleben gesehen verfügte auch in der Vergangenheit nur eine Minderheit der Erwerbspersonen über ein derartiges ›Normalarbeitsverhältnis‹, hauptsächlich Männer. Aber heute scheint die unbefristete Vollzeitbeschäftigung insbesondere für jüngere Erwerbstätige tatsächlich zu einem Auslaufmodell geworden zu sein, denn die Formen der Erwerbsarbeit werden vielfälti-

ger und die Erwerbskarrieren brüchiger. Zwar sind unbefristete Vollzeitstellen noch in der Mehrheit, aber unbefristete Einstellungen nehmen ab. Im Vergleich zu den Vollzeitstellen verzeichnen Teilzeitbeschäftigungen einen überdurchschnittlichen Zuwachs. Einschließlich der Minijobs machen diese Formen inzwischen über 40% der Beschäftigungsverhältnisse aus, und die Tendenz ist nach wie vor steigend.

Hinzu kommt, dass immer mehr Menschen nicht mehr positions-, sondern situations- und projektorientiert arbeiten. So garantieren bestimmte Bildungsabschlüsse keineswegs mehr feste Stellen mit bestimmtem Einkommen. Selbst bei Beamten sind Beförderungen nicht mehr unbedingt berechenbar. In der globalisierten Wissensökonomie verändern sich die Beschäftigungs- und Produktionsbedingungen fortwährend. An die Stelle berechenbarer Karrieren treten situative Möglichkeiten. Wer heute ins Berufsleben eintritt, wird seinen Beruf aller Wahrscheinlichkeit nach nicht dauerhaft ausüben, sondern ihn mehrfach wechseln. Die Erwerbstätigen hangeln sich von einem Job oder von einem Projekt zum nächsten, wobei dies von der Mehrheit als Bedrohung und nur von einer Minderheit als Herausforderung und Bereicherung wahrgenommen wird.

Erwerbsarbeit in der Zukunft

Das klassische Normalarbeitsverhältnis und die unbefristete Vollzeitbeschäftigung scheinen tatsächlich zu einem Auslaufmodell zu werden, dies bedeutet aber keineswegs, dass die Erwerbsarbeit als solche ein Auslaufmodell ist. Im Gegenteil, die Verpflichtung auf die Erwerbsarbeit als Standardmodell für die Sicherung des Lebensunterhalts und der gesellschaftlichen Positionsbestimmung ist in den letzten zwanzig Jahren eindeutig gestiegen. Diese Verpflichtung gilt sowohl für Männer als auch für Frauen. So gesehen ist die Erwerbsgesellschaft auch nicht am Ende, sondern fängt erst an. Dabei bleibt offen, ob die ›neue‹ Arbeit eher ›Zierde‹ oder doch mehr ›Bürde‹ sein wird.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. WOLFGANG BONSS, *UniBw München, Fakultät für Sozialwissenschaften, Werner-Heisenberg-Weg, 85577 Neubiberg, Tel.: (0 89) 60 04-20 47 oder 31 39, Fax: (0 89) 60 04-31 38, E-Mail: wolfgang.bonss@unibw.de*

Ute Lysk, Patrick Frede

Familienfreundlichkeit als Erfolgsfaktor

Eine familienfreundlichere Gesellschaft, welche vor allem auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglicht, ist inzwischen aus den öffentlichen Diskursen nicht mehr wegzudenken. Neben Fragen wie Energieversorgung und wirtschaftliche Entwicklung ist Familienfreundlichkeit als eins der relevanten Themen für die Zukunft des Standorts Deutschland erkannt – und hat es damit von der ›Privatsache‹ und vom ›Gedöns‹ ins kollektive Bewusstsein geschafft. Wirtschaft

und politische Parteien stimmen ein in das Credo von Zeit für Familien, Familienförderung und Betreuungsinfrastruktur. Neben der Politik stehen auch die Unternehmen im Mittelpunkt der Aktivitäten – und zwar nicht nur als ›Geforderte‹, sondern zunehmend auch aus ureigenem Antrieb und innerer Überzeugung. Aber warum sollten sie sich mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie auseinandersetzen? Was versprechen sie sich und welche Wirkungen zeigt eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie?

Gründe

Professor Michael Hüther, Direktor des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln, beschreibt es in einem Satz: ›Fachkräftemangel ist kein Konjunkturthema.‹ Er sollte wissen, wovon er spricht. Sein Institut befragt Unternehmen regelmäßig danach, welche Bedeutung sie der Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zumessen – zuletzt auch auf dem Höhepunkt der Wirtschaftskrise. Die überwältigende Mehrheit der Befragten geht davon aus, dass die Förderung der Vereinbarkeit auch in Zukunft eine mindestens gleichbleibend hohe Bedeutung hat bzw. sogar eine höhere Bedeutung erlangen wird. Dahinter steckt die Erkenntnis, dass der Wettbewerb um gutes Personal schon längst begonnen hat. Über alle Branchen und Regionen hinweg erscheint es Unternehmen schwieriger, das Personal zu rekrutieren oder zu binden, das für die eigenen Aufgaben notwendig ist. 70% aller Unternehmen haben laut Unternehmensbarometer des Deutschen Industrie- und Handelskammertags trotz Krise Schwierigkeiten, ausreichend qualifizierte Beschäftigte zu finden. Auch wie Motivation und Leistungsfähigkeit von Beschäftigten gesichert und gesteigert werden kann, ist eine betriebswirtschaftlich essentielle Fragestellung. Eine aktuelle Studie des Bundesfamilienministeriums besagt, dass für über 90% berufstätiger Frauen und Männer die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein Faktor ist, der bei der Arbeitgeberwahl eine mindestens genauso hohe Bedeutung hat wie das Gehalt. Familienfreundlichkeit ist damit vor dem Hintergrund des demografischen Wandels der Schlüsselfaktor für die Zukunft.

Für Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft besitzt die demografische Entwicklung besondere Bedeutung: Eine stetig wachsende Anzahl älterer Personen bedarf einer qualitativ hochwertigen Versorgung, bei gleichzeitigem Rückgang des Potenzials an Beschäftigten. Dies geht einher mit einer hohen physischen und psychischen Belastung in Gesundheits- und Sozialberufen. Schon jetzt beträgt die Zahl der offenen Stellen in diesem Bereich rund 35.000. Zudem sind die personalwirtschaftlichen Herausforderungen für diesen Bereich noch größer als in vielen anderen Branchen. So kann häufig nicht mit verstärkter Ausbildung reagiert werden, da viele Berufsbilder auf schulischer Ausbildung beruhen. Gleichzeitig sind Personengruppen als Beschäftigte interessant, die häufig nicht nur eine sinnerfüllende Tätigkeit motiviert, sondern die dies mit dem familiären Umfeld verbinden wollen und müssen. Familienfreundlich handeln heißt nicht nur sozial-, sondern auch standortverantwortlich zu handeln. Denn zu einem Standort, der für Familien attraktiv ist, gehört neben einer entsprechenden Infrastruktur aus Wohnraum,

Karl Kuhn

Herausforderungen für das Altersmanagement in Organisationen

Betreuungs-, Pflege- und Freizeitangeboten auch eine familienfreundliche Arbeitswelt.

Wirkungen

Motivation und Leistungsfähigkeit sind komplexe Gebilde. Prioritätensetzung und Konzentration auf wesentliche Dinge – beruflich und privat – sind die große Stärke, die gerade Beschäftigte mit familiären Aufgaben mitbringen. Mitnichten soll hier behauptet werden, dass dies leicht ist, im Gegenteil, auch weil die entsprechenden Arrangements oft fragil sind. Umso wichtiger sind Instrumente, die mehr Familienfreundlichkeit oder besser Familienbewusstsein als Teil einer zukunftsorientierten Personalpolitik nachhaltig verankern. So trägt z. B. das ›audit berufundfamilie‹, eine Initiative der gemeinnützigen Hertie-Stiftung, dazu bei, größere Stabilität zu erzeugen. Wichtig ist, dass ein solches Verfahren nicht isoliert und als statisches Element gesehen und auf ein neues Zertifikat an der Tür reduziert wird. Für Beschäftigte zeigt sich Familienbewusstsein im täglichen Tun. Dazu gehört, dass ein Ausgleich zwischen den Beschäftigten mit Familie und denjenigen ohne vermeintliche Familienverpflichtungen geschaffen wird. Dann kann positive Energie für das Unternehmen entstehen.

Ein Blick über den Tellerrand in skandinavische Länder zeigt, dass partnerschaftliche Arrangements, in denen Frauen und Männer Arbeit und Familie selbstverständlicher miteinander vereinbaren und aufteilen, auch zur Stabilität von Partnerschaften beiträgt. Auch hier können betriebliche Rahmenbedingungen ihren Teil dazu beitragen, die Lebensmodelle, die von Männern wie Frauen auch in Deutschland nach einer Befragung von TNS Infratest Forschung präferiert werden, Wirklichkeit werden zu lassen.

Diskussionen über Familienmodelle sind meist emotional und normativ geprägt. Leiden Kinder unter der Berufstätigkeit von Vätern und Müttern? Die Ergebnisse der World-Vision-Kinderstudie veranschaulichen, dass Kinder sich vor allem aktive und zugewandte Eltern wünschen. Die Berufstätigkeit wird dabei grundsätzlich positiv und nicht als fehlende Zuwendung definiert. Diese bemisst sich an Dingen wie Sicherheit und Geborgenheit, Struktur, Ernstgenommenwerden und Anerkennung. All das muss nicht leiden, wenn Beruf und Familie für beide Elternteile vereinbart werden kann.

Familienfreundlichkeit stellt einen Gewinn für Gesellschaft, Unternehmen und Individuen auf unterschiedlichen Ebenen dar. Sie ist damit mehr als reiner Zeitgeist, nämlich ein Element einer gelingenden Zukunft, das nicht ohne Anstrengungen herstellbar ist, sich aber lohnt anzustreben.

UTE LYSK, *blv consult GbR, Am Heerwege 23, 30900 Wedemark, Tel.: (05 11) 3 88 73 23, E-Mail: Ute.Lysk@blv-consult.de*

PATRICK FREDE, *inneto – Patrick Frede, Lilienstr. 27, 30167 Hannover, Tel.: (05 11) 5 69 27 85, E-Mail: frede@inneto.de*

Die Diskussion um den demografischen Wandel der Bevölkerung lässt sich auf eine einfache Formel bringen: Die Zahl der jungen Menschen nimmt immer stärker ab, die Zahl der älteren nimmt zu. Verantwortlich für diese Entwicklung sind nach übereinstimmenden Aussagen von Expertinnen und Experten drei Grundtendenzen:

- die anhaltende Verlängerung der Lebenserwartung auf Grund einer deutlichen Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität,
- die Zunahme der Altersgruppe über 65 bis 2030, wenn die Kinder der ›Baby-Boom-Generation‹ das Rentenalter erreichen,
- eine anhaltend geringe Geburtenrate.

Nach den Prognosen werden die Änderungen durch eine globale Überalterung der Bevölkerung, eine Abnahme der Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter und eine Zunahme der Hilfsbedürftigkeit älterer Menschen gekennzeichnet sein.

Der politische Schritt, das Renteneintrittsalter auf 67 anzuheben, bringt eine neue Dynamik in die Diskussion um die demografische Herausforderung. Zum einen müssen Strategien und Ansätze entwickelt werden, die den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit in nachhaltiger Weise sicherstellen können. Zum anderen muss sich mit der Kritik auseinander gesetzt werden, dass in zahlreichen Berufen und Tätigkeiten Arbeitsbedingungen vorherrschen, die ein Arbeiten bis zum Renteneintritt nicht zulassen.

Konsequenzen für die Arbeitswelt

Für die Arbeitswelt bedeutet dies die Notwendigkeit eines pro-aktiven Alters-Managements, die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit und die Anpassung der Arbeitsabläufe und Unternehmenskultur an eine älter werdende Belegschaft. Um die Herausforderungen des demografischen Wandels zu bewältigen, sind demnach Ideen und Maßnahmen gefragt, wie man Beschäftigte länger im Arbeitsprozess gesund erhält.

Dabei muss bei der Bewältigung altersstruktureller Probleme immer von mehreren Dimensionen ausgegangen werden.

- Besteht die Gefahr des langfristigen ›personellen Ausblutens‹ durch Fehlen von permanenten Personalzugängen bei anstehenden Personalabgängen?
- Ist die Arbeitsfähigkeit – als Einheit von Gesundheit, Qualifikation und Motivation – für alle Altersgruppen bis zur Rente gewährleistet?
- Findet eine kontinuierliche Erneuerung von betrieblichen Wissensbeständen statt? Geschieht dieses über die eigenen Humanressourcen und/oder über Integration in externe Wissensnetzwerke?
- Ist die Unternehmenskultur an einem ›Miteinander der Generationen‹ ausgerichtet? Werden die Wertvorstellungen, Interessen und Bedürfnisse spezieller Altersgruppen gegenüber denen anderer bevorzugt?
- Befasst sich die Personalpolitik mit dem Thema Altersstrukturen? In welcher Form geschieht dieses (Gegenwarts- und Zukunftsorientierung, quantitative und qualitative Personalanpassung)?

Alter als Problem?

Zum Problem wird Alter im Erwerbsleben erst dann, wenn das Verhältnis zwischen Arbeitsanforderungen auf der einen Seite und dem individuellen Leistungsvermögen auf der anderen Seite nicht mehr stimmt. Mitverursachend für physischen Verschleiß, psychisches Ausbrennen (Burnout-Syndrom), für gesunkene geistige Flexibilität und daraus resultierende Lernungewohntheit sind die Dauer von einseitigen physischen und psychischen Arbeitsbelastungen und zu niedrige Qualifikationsanforderungen bei schlecht gestalteten Arbeitssystemen.

Eine eingeschränkte berufliche Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gilt also nicht allgemein. Beispielsweise können rückenranke Beschäftigte in der Frachtabfertigung vielleicht keine Fracht mehr abfertigen, wären aber gegebenenfalls im Schreibbüro oder bei der Dokumentation der Fracht voll leistungsfähig. Ebenso sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Unternehmens nie generell qualifiziert oder unqualifiziert, sondern stets in Bezug auf ganz bestimmte Anforderungen.

Die Bedeutung von Prävention

Durch die Verlängerung des Erwerbslebens wird auch die Bedeutung von Prävention zunehmen. Insbesondere ist der Erkenntnis Rechnung zu tragen, dass Interventionen frühzeitig erfolgen müssen, um nachhaltig erfolgreich zu wirken. Prävention ist also eine Aufgabe, die speziell die Verbesserung der Situation Älterer erreichen will, dazu aber gleichermaßen auf Jüngere, Mittlere und Ältere zielt. Der Paradigmenwechsel von der Politik der Frühverrentung zur Politik der Erhöhung des Rentenzugangsalters erfordert komplementär einen Paradigmenwechsel von einer auf Reparatur zielenden zu einer auf Prävention zielenden Gesundheitskultur.

Altersmanagement

Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) stellt eine wichtige Handlungsoption dar, Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit längerfristig zu erhalten und zu fördern. Die European Foundation in Dublin hat einen Leitfaden für ein gutes Altersmanagement entwickelt.

Altersmanagement umfasst danach die folgenden acht Dimensionen:

- Personalbeschaffung
- Ausbildung und lebenslanges Lernen
- berufliche Entwicklung
- flexible Arbeitszeitgestaltung
- Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Arbeitsplatzgestaltung
- Personalumsetzung
- Erwerbsaustritt und Übergang in den Ruhestand
- ganzheitliche Ansätze.

Bei einer integrierten Altersmanagement-Strategie sollten dabei folgende Faktoren berücksichtigt werden:

- Der Schwerpunkt liegt eher auf der Vermeidung altersbedingter Probleme wie der Dequalifizierung älterer Beschäftigter oder arbeitsbedingter gesundheitlicher Probleme und nicht so sehr auf einer nachträglichen Problemlösung.

- Im Mittelpunkt sollten nicht nur die älteren Beschäftigten, sondern das gesamte Arbeitsleben und alle Altersgruppen stehen.
- Wichtig ist ein integrierter Ansatz, der sämtliche Dimensionen und Akteure umfasst, die zu einer effektiven Umsetzung des Altersmanagements beitragen.
- Umdenken innerhalb des Unternehmens und der Gesellschaft sowie Sensibilisierung für die Notwendigkeit der Altersvielfalt.
- Kurzfristig sind Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für ältere Beschäftigte vorzusehen, die keine Fachausbildung absolvieren konnten oder bei denen aufgrund der Berufstätigkeit gesundheitliche Probleme aufgetreten sind.
- Durchführung regelmäßiger strategischer Evaluierungen von Altersmanagement-Strategien.

Die flächendeckende Umsetzung einer solchen Strategie wäre ein erster Schritt zum Abbau der negativen Auswirkungen des Alterns und würde dafür sorgen, dass Unternehmen ihre Investitionen in die vorhandene Belegschaft maximieren.

DR. KARL KUHN, *Westfeld 68, 58730 Fröndenberg,*
E-Mail: kkuhndo@t-online.de, Mitglied im wissenschaftlichen
Beirat des Demographie Netzwerk e. V.

Thomas Altgeld

Hauptsache Management? Diversity und Gesundheitsmanagement im Betrieb

Die Herausforderungen des demografischen Wandels beflügeln sowohl Gesundheits- als auch Diversity-Management-Ansätze. Insbesondere die Herausforderungen einer älter und bunter werdenden Gesellschaft im Hinblick auf die Zusammensetzung von Belegschaften und die Entwicklung von Marktchancen steigern den Bedarf von Unternehmen an neuen Managementkonzepten. Beim Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) und beim Diversity Management handelt es sich um zwei unterschiedliche Managementsysteme, welche ähnlichen wirtschaftlichen Argumenten unterliegen und als Antworten auf die genannten Herausforderungen in Frage kommen. Durch eine gezielte Förderung sollen die Motivation der Beschäftigten erhöht und dadurch ihre jeweiligen Potenziale besser genutzt werden. Die Umsetzungspraxis beider Managementstrategien ist zurzeit jedoch eher auf größere Unternehmen beschränkt.

Hauptziele bei der Implementierung von BGM sind gesundheitsgerechte und persönlichkeitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen, die Gesundheitssituation der Beschäftigten zu verbessern und die Arbeitszufriedenheit zu steigern. Auch die Identifikation mit dem Unternehmen kann so gesteigert werden. Betriebswirtschaftlich gesehen sollen dadurch hauptsächlich die Motivation und Leistungsbereitschaft der Beschäftigten erhöht sowie krankheitsbedingte Fehlzeiten vermieden oder reduziert werden. Ähnliche wirt-

schaftliche Argumente liegen auch der Einführung von Diversity-Management-Strategien zugrunde. Im Vordergrund der hier allerdings eher profitorientierten Erwägungen steht vor allem die Erschließung neuer Konsumentengruppen sowie die verstärkte Einstellung und Bindung von Beschäftigten aus einem größeren Kreis von hoch qualifiziertem Personal. Aufgrund der hohen gesellschaftlichen Akzeptanz von »Konzepten der Vielfalt« wird zudem ein besseres Firmenimage nach innen und außen erwartet.

In Europa ist Diversity Management später als in den USA aufgegriffen worden. In der Bundesrepublik Deutschland wurden mit dem Allgemeinen Gleichstellungsgesetz, das am 18. August 2006 in Kraft getreten ist, neue rechtliche Rahmenbedingungen für Maßnahmen gegen Diskriminierung geschaffen. Damit entstand neben wirtschaftlichen Interessen auch eine stärkere Verpflichtung, Unternehmen und Betriebe diskriminierungsfrei zu gestalten. Eine Entwicklung von transparenten Qualitätskriterien steht für den Diversity-Management-Ansatz allerdings noch aus. Er zielt zwar auf eine Beachtung aller relevanten sozialen Strukturmerkmale, läuft aber in der Praxis nicht selten Gefahr, doch bestimmte Aspekte, wie z.B. die ethnische Herkunft oder Familienfreundlichkeit, stärker zu betonen als andere. Auch wenn einzelne Strategien mit denen des BGM identisch sind, wie z. B. die Verankerung in Firmenleitbildern oder ein hoher Grad an Prozessorientierung, konzentriert sich das Diversity Management intern meist auf die Personalentwicklung und das Produktmarketing. Es ist letztlich stärker an der Steigerung der Betriebsergebnisse und der Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen orientiert als das Gesundheitsmanagement.

»Diversity« als Ressource?

Mecheril hat die entscheidende Frage aufgeworfen, für wen »Diversity« überhaupt eine Ressource darstellt. Die Praxis des Diversity Managements ermöglicht es den Angehörigen der Mehrheit, sich über solche Strategien zu profilieren und sie für ihr eigenes berufliches Fortkommen zu nutzen. Mecheril kritisiert vor allem, dass das fixierende Identitätsdenken nicht überwunden, sondern vervielfältigt wird. Immer da, wo »Diversity« eingesetzt wird, um bestimmte organisatorische Abläufe zu verbessern, dort wo es als Mittel zum Zweck genutzt wird, ordnet sich »Diversity« der Logik anderer Zweckkalküle unter.

Eben weil das Diversity-Management-Konzept auch die Grundrechte aller Menschen auf Gleichbehandlung umsetzt, ist bislang wenig Kritik an seiner Instrumentalisierbarkeit erfolgt. Anders als innerhalb des BGM, das sich nur über Partizipation der Beschäftigten sinnvoll umsetzen lässt, sind Diversity-Management-Ansätze leichter zu verordnen, z. B. durch entsprechende Regelungen bei der Rekrutierung von neuem Personal. Im Rahmen der Umsetzung von Diversity Management wird vor allem die Führungs- und Leitungsebene nach dem Top-Down-Prinzip in die Verantwortung genommen. Die erforderlichen Veränderungen von Organisationsroutinen werden nicht relativ ergebnisoffen mit den Beschäftigten gemeinsam erarbeitet, sondern erfolgen zielgerichteter auf die Ermöglichung von Vielfalt.

Integration der Managementsysteme

Mittlerweile liegen erste Ansätze zur Integration beider Managementsysteme vor. Dabei werden vor allem von Seiten des BGM Einzelaspekte des Diversity Managements aufgegriffen. Die Initiative »Arbeit und Gesundheit« hat beispielsweise 2009 einen Leitfaden zum interkulturellen betrieblichen Gesundheitsmanagement herausgegeben. Das Konzept setzt dabei vor allem auf Sensibilisierung wesentlicher Akteure und Informationsvermittlung – auch in Form von Gesundheitswegweisern in unterschiedlichen Sprachen, die betriebliche Gesundheitsmanagementroutinen erläutern. Es stellt damit quasi nur eine »Übersetzung« des BGM-Konzeptes für Beschäftigte mit Migrationshintergrund dar, keinen integrierten Managementansatz. Umfassender angelegt sind die Zielstellungen eines Projektes der Universität Dortmund »GemNet«, das ein integriertes BGM anstrebt, welches Diversityansätze schon in den Zielstellungen mitdenkt und integriert. Ein anderes, aber ähnlich breit angelegtes Praxisbeispiel wird im Rahmen des Projektes »Gesundheitsorientierte Führung im demografischen Wandel« am Münchner Flughafen erprobt. Hier wird quasi von Seiten des Diversity Managements Gesundheitsmanagement integriert. Entscheidend für die genannten Praxisbeispiele war das Interesse der jeweiligen Unternehmensleitungen, auch die jeweils andere Managementstrategie zumindest in Teilbereichen aufzugreifen und in die bereits umgesetzte Managementstrategie zu integrieren.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum

Ernst Kistler, Falko Trischler

Arbeitsleben im Wandel – Brüche und Chancen

Glaukt man der heutigen Personal- oder Lebensberatung, dann ist alles im Fluss, nichts hat Bestand. Diese uralte Grundüberzeugung des Heraklit gilt als modern und gut: Lebenslange Partnerschaft? Ein Beruf fürs Leben? 40 Jahre im gleichen Unternehmen? Alles ist »out«. »In« sind dagegen Begriffe wie Flexibilität und Mobilität. Es wäre der Mühe wert, durchzudeklinieren – vom monatlichen Wechsel der Krankenkasse und des Telefonanbieters bis zum Zerfall der Familien –, was diese Modernismen für die einzelne Person und die Gesellschaft bedeuten und zu wessen Nutzen die ideologische Vermarktlichung jeglicher Beziehungen so heftig propagiert wird.

Betrachtet man den Arbeitsmarkt bzw. die Erwerbsbiographien, so sind heute, im Vergleich zu vor drei oder vier Jahrzehnten, eine höhere Frauenerwerbstätigkeit, eine relativ zur Lebenserwartung komprimierte Erwerbsphase (aufgrund langer Ausbildungszeiten; weniger das Renteneintrittsalter!) und mehr so genannte Nichtnormarbeitsverhältnisse als Veränderungen zu nennen. Im längerfristigen Vergleich ist allerdings auch daran zu erinnern, dass der Verein für Socialpolitik schon Ende des vorletzten Jahrhunderts über die häufigen Zusatzerwerbstätigkeiten von Frauen berichtete (weil das Einkommen

des Familienernährers und die spärlichen Sozialleistungen nicht ausreichen) und das häufige Tagelöhnerum beschrieb.

Berufseinstieg

Eine der modernen Entwicklungen ist die besonders große Verbreitung von Arbeitslosigkeit und atypischer Beschäftigung in der Erwerbseinstiegsphase (ähnlich in der Erwerbsausstiegsphase). Aktuelle Untersuchungen des Bundesinstituts für Berufsbildung und des Hochschul-Informationssystems zeigen, dass bei Ausbildungs- wie Hochschulabsolventinnen und -absolventen die Zeitdauer bis zum Eintritt in ein Normalarbeitsverhältnis immer länger andauert. Außerdem sinken durchgehend selbst in so genannten Mangelberufen die Einstiegsgehälter. Es ist individuell und gesellschaftlich (z. B. bei der Familiengründung) äußerst problematisch, dass die Jungen zunehmend von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Bereits ein Drittel aller Befragten des Sozioökonomischen Panels (jährliche repräsentative Befragung deutscher Privathaushalte) macht bereits im Berufseinstieg erste Arbeitslosigkeitserfahrungen, ein steigender Anteil ist sogar dauerhaft davon betroffen.

Kernerwerbsphase

In der Kernerwerbsphase finden sich bei westdeutschen Männern (noch) in hohem Maße Normalerwerbsverläufe, während im Osten mehr diskontinuierliche Erwerbsverläufe zu beobachten sind. Gerade im Vergleich von west- und ostdeutschen Frauen zeigt sich im Osten zwar eine deutlich höhere Erwerbsorientierung, die jedoch zu großen Teilen nicht umgesetzt werden kann. Die berufliche Qualifikation hat einen zusätzlichen Einfluss; Bildung ist keine Garantie gegen Arbeitslosigkeit und atypische Beschäftigung, sie verringert aber das Risiko.

Bezüglich der sich endemisch ausbreitenden atypischen Beschäftigung (Mini-Jobs, Befristungen, Leiharbeit, Niedriglöhne) ist eine Häufung bei Jungen und oft auch Älteren festzustellen, sie werden aber auch in der Kernerwerbsphase häufiger. Die Befürworter argumentieren hier mit einer Brückenfunktion in Normalarbeitsverhältnisse bzw. einem Klebeeffekt. Empirische Analysen zeigen eher das Gegenteil: Nach atypischer Beschäftigung kommen Phasen der Arbeitslosigkeit und weiterhin atypischer Beschäftigung häufiger vor. Der Klebeeffekt tritt oft in der Form auf, dass atypische Beschäftigung an den Betroffenen wie ein Makel kleben bleibt. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung hat jüngst darauf hingewiesen, dass sich die Brückenfunktion ins Normalarbeitsverhältnis auf einen schmalen Steg beschränke – Drahtseilakt wäre wohl der treffendere Ausdruck.

Altersübergang und Renteneintritt

Im Altersübergang ist ein zunehmendes Auseinanderfallen von Beschäftigungsaustritt und Renteneintritt zu beobachten. Arbeitslosigkeit und atypische Beschäftigung finden in dieser Phase vor allem im Osten, aber auch im Westen eine stark zunehmende Verbreitung. Problematisch ist, dass viele Personen in dieser Erwerbsphase auch längere Zeit arbeitslos sind, und dies oft bis zum Renteneintritt. Die Rentenjahrgänge der letzten Jahrzehnte konnten die daraus resultierenden Einbußen

gerade in Ostdeutschland noch durch stabile Kernerwerbsphasen kompensieren. Es ist zu erwarten, dass sich die prekären Übergangsprozesse künftig deutlich mindernd auf das Alterseinkommen auswirken. Geringqualifizierte werden von dieser Entwicklung besonders stark betroffen sein. Durch die Rente mit 67 werden sich diese Probleme noch verschärfen.

Atypische Beschäftigung und Berufswechsel

Atypisch Beschäftigte sind zwar nicht durchgängig, sehr wohl aber in der Tendenz häufiger von abträglichen Arbeitsbedingungen betroffen. Gleichzeitig werden sie z. B. seltener in eine Weiterbildungsförderung einbezogen. Generell gilt, wie die Bundesregierung kürzlich konzidierte, dass bei den physischen Arbeitsbelastungen in den letzten Jahrzehnten keine Verbesserungen mehr, aber zunehmende psychische Belastungen zu verzeichnen sind. Die Gleichung ›Moderne Arbeit = Gute Arbeit‹ stimmt nicht.

Wer schlechte Arbeitsbedingungen hat, wechselt eher die Tätigkeit. Berufswechsel haben jedoch für einen abnehmenden Anteil der Beschäftigten positive Effekte. Sowohl hinsichtlich Verdienst, als auch bei Aufstiegsmöglichkeiten kann dabei über die Zeit eine deutliche Verschlechterung festgestellt werden. Bei Personen, die 2007 den Beruf wechselten, blieb die Arbeitsbelastung für fast die Hälfte ungefähr gleich, bei jeweils rund einem Viertel verbesserte oder verschlechterte sie sich – bei Älteren verschlechterte sie sich sogar zu einem Drittel.

In der Summe gilt: ›Moderne‹ Erwerbsbiographien bergen für immer mehr Betroffene mehr Risiken als Chancen. Die Frage ist daher nicht, ob die Politik diese Entwicklungen noch weiter befördern oder sie nicht besser erschweren oder unterbinden sollte. Die Frage ist vielmehr, warum die Politik diese Fakten ausblendet und auf die schönfärberischen Beschreibungen derer hört, die die Risiken leugnen und Chancen sehen, wo kaum welche sind.

Der Kurzbeitrag beruht auf den Arbeiten der Verfasser am von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekt ›Gute Erwerbsbiographien‹ (www.boeckler.de).

PROF. DR. ERNST KISTLER, FALKO TRISCHLER, INIFES, *Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie gGmbH*, Haldenweg 23, 86391 Stadtbergen, Tel.: (08 21) 24 36 94 0, E-Mail: info@inifes.de

Christine Morgenroth

Moderne Erwerbsbiografien – Ein sozialpsychologischer Blick

Die Zahl der Krankschreibungen aufgrund seelischer Erkrankungen steigt seit zehn Jahren kontinuierlich an. Bei jeder bzw. jedem fünften Erwerbstätigen wird einmal im Jahr eine psychische Erkrankung diagnostiziert. In Deutschland leiden ca. 11% der erwachsenen Bevölkerung, das sind 5–6 Millionen Menschen, aktuell an einer Form depressiver Erkrankung. Depression steht nach Angaben der WHO an vierter Stelle der kostenintensivsten Erkrankungen. Sie steht heute in Deutschland an der Spitze der zu Arbeitsunfähigkeit führenden Gesundheitsstörungen und ist für mehr als ein Drittel aller Frühverrentungen verantwortlich.

Die Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft, die auf den neuen Kommunikations- und Informationstechnologien basiert, bewirkt eine völlige Umgestaltung – und das nicht nur in der Arbeitswelt. Sie führt auch zu einer Neubestimmung des Verhältnisses von Erwerbsarbeit zu anderen Formen der Tätigkeit in Familie und sozialer Lebenswelt, die sich mit dem Begriff der Entgrenzung beschreiben lassen. Die früher übliche klare Trennung zwischen Arbeit und Freizeit sowie zwischen Arbeitsplatz und privaten Lebensbereichen ist in Auflösung begriffen. Die hochleistungsfähigen Kommunikationstechnologien ermöglichen eine (potenzielle) Omnipräsenz für berufliche Belange. Der »moderne Arbeitnehmer« ist ständig verfügbar, ruft selbst im Urlaub E-Mails ab und steht für Telefonkonferenzen auch kurzfristig bereit. Home office ist eine Selbstverständlichkeit, in Gestalt des Laptop auch unterwegs: die Lebensenergie steht fortwährend im Dienst des Arbeitsplatzes.

Neue gesellschaftliche Normen und Werte

Gravierende Veränderungen der gesellschaftlichen Strukturen finden statt, die die Lebenswirklichkeit als gelebte lebendige Wirklichkeit tief beeinflussen. Der Begriff der Risikogesellschaft (Beck) bezeichnet den sozial-strukturellen Umbruch zu einer Gesellschaft, in der jede/r in eigener Verantwortung leben muss. Individualisierungsschübe und Bindungsverluste bei wachsender Unsicherheit der Lebenspläne sind nur einer der vielen Umbrüche. Das gesellschaftliche Klima ist durch neue Leitnormen charakterisiert. Flexibilisierung, Mobilität und Diskontinuität, aber auch Employability, Beschleunigung und Diversifizierung stehen für die entsprechenden gesellschaftlichen Leitnormen und Werte.

Wenn sich gesellschaftliche Leitnormen ändern, verändert sich auch die innere Verfasstheit der Menschen, die subjektive Struktur. Das sind schleichende Veränderungsprozesse, die aber zu bestimmten psychischen Leiterkrankungen führen. Im 21. Jahrhundert werden das vermutlich pathogene Erscheinungen sein, die im Kontext des »erschöpften Selbst« (Alain Ehrenberg) stehen, also der depressiven Reaktion auf allgemeine Überforderung durch Zwang zur Autonomie und reale Überforderung.

Anforderungen an die Beschäftigten

Entgrenzung wird auch als Subjektivierung von Arbeit diskutiert. So betont das Konzept vom Arbeitskraftunternehmer (G. Voss), dass neue betriebliche Rationalisierungsstrategien vermehrt auf die Nutzung der Fähigkeit zur Eigenmotivation und selbständigen Sinnsetzung abzielen.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, stehen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unter dem Druck, ihre Arbeitskraft fortwährend zu qualifizieren. In vielen technischen Berufen beträgt die Halbwertszeit des Grundlagenwissens kaum noch fünf Jahre. Lebenslanges Lernen ist ein Begriff, der den dahinterstehenden Zwang kaum noch verdecken kann. Wer sich ihm nicht beugt, steht schnell ohne Arbeit da.

Lebensstile und Lebensplanungen haben sich als Antwort auf diese Veränderungsprozesse ebenfalls grundlegend verändert. Gute Schul- und Berufsausbildungen sind selbstverständlich Grundvoraussetzung, die Erwerbsorientierung der Lebensziele ist anhaltend hoch, subjektiv empfundener Lebenssinn kreist weiterhin zentral um eine zufriedenstellende Arbeitssituation, die Erwerbsorientierung der Frauen unterscheidet sich dabei nicht mehr von der der Männer.

Verdichtung der Arbeitsprozesse bei gleichzeitiger Intensivierung der Erwartungen an Selbständigkeit und Eigenmotivation in projektorientierter Arbeitsorganisation verlangen viel von den Erwerbstätigen. Ihre Bereitschaft, sich diesen Ansprüchen entsprechend zu verhalten, wird aber nicht durch verlässliche Arbeitsplatzsicherheit belohnt, im Gegenteil. Eine Zunahme prekär Beschäftigter, also arbeitsvertraglich eng terminierter Beschäftigungsverhältnisse bei immer höheren Erwartungen, kennzeichnet die modernen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Diese Bedingungen führen zu erheblicher Diskontinuität in der Lebensplanung und -verwirklichung.

Erwerbslosigkeit als Stigma

Mehr oder weniger lang andauernde Phasen der Nicht-Erwerbstätigkeit werden zunehmen, allein aufgrund des Mangels an adäquaten Arbeitsplätzen. Arbeitslos zu werden ist in einer an Dynamik und Leistungsfähigkeit orientierten Gesellschaft aber noch immer ein schweres Stigma und greift das Selbstwertgefühl massiv an. Psychosozialer Stress ist neben Herz-Kreislaufkrankungen und depressiven Reaktionen die gut untersuchte Begleitsymptomatik der Arbeitslosigkeit. Noch haben sich die erwerbstätigen Menschen nicht auf die wiederholte Erwerbslosigkeit als eine zu erwartende Option im Lebenslauf eingestellt, der Verlust des Arbeitsplatzes wird als individuelles Versagen erlebt und depressiv beantwortet. Um das zu verhindern, arbeiten die Erwerbstätigen oftmals bis an den Rand ihrer Leistungsgrenzen und nicht selten darüber hinaus. Die Kosten dieser permanenten Selbstüberforderung sind hoch.

Überforderung und psychische Erkrankungen

Moderne Erwerbstätige befinden sich daher in einer stressintensiven Press-Passung und in Überforderungszirkeln, die oft das individuelle Anpassungsvermögen übersteigen – die psychischen Erkrankungen wie die Depression sind daher auch als ein kollektiver Notschrei zu verstehen. Auch wenn sie kein homogenes diagnostisches Bild bietet und unterschiedliche Intensitätsgrade emotionaler Dysregulation aufweist, so widersprechen doch ihre Hauptsymptome Traurigkeit, Ermüdung, Interessenverlust und Freudlosigkeit dem geforderten Idealtypus des leistungsfähigen und flexiblen modernen Arbeitnehmenden diametral.

Entgrenzung, Subjektivierung und Diskontinuität beschreiben gegenwärtige und zukünftige Arbeits- und Lebenswirklichkeit der Erwerbstätigen. Das erfordert individuell angemessene Begrenzungen im Interesse der Selbstsorge aus eigener Kraft vorzunehmen und zu lernen, verantwortungsvoll mit Kräften und deren Endlichkeit umzugehen. Diese Verantwortung ist in die Verfügung des Individuums verlagert worden.

Depressive Zustände können auch sozialpsychologisch verstanden werden; dann sind sie Ausdruck des Ringens um notwendige Selbstbesinnung und ein Innehalten, das einer Neuorientierung zu Eigenverantwortung vorausgehen muss.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. CHRISTINE MORGENROTH, *Institut für Soziologie, Podbielskistr. 31, 30163 Hannover, Tel.: (05 11) 66 97 72*

Antje Ducki, Andreas Uhlig, Peter Wagner

Jung, flexibel, belastbar – ausgebrannt und psychisch krank?

Unternehmen müssen in immer kürzer werdenden Zyklen ihr Leistungsspektrum an wechselnde Markt- und Kundenerfordernisse anpassen. Das führt u. a. zur Ausdifferenzierung von festangestellten Stamm- und befristeten Randbelegschaften, zur Intensivierung der Arbeit und zu einer Zunahme von projektbezogener Arbeit. Erwerbstätige fühlen sich erheblich dadurch belastet, mehrere Dinge gleichzeitig erledigen zu müssen. Arbeiten im Kerngeschäft, Mitarbeit in internen Optimierungsprojekten, Arbeiten am PC, telefonieren und zwischendurch E-Mails prüfen ist heute für fast alle Formen der Büroarbeit kennzeichnend.

Gefördert durch die Mobilfunktechnologie wird auch das Privatleben, das die Quelle für Ruhe und Erholung sein sollte, fragmentiert und intensiviert. Laut Techniker Krankenkasse fühlt sich fast jede zweite Führungskraft durch die ständige Erreichbarkeit belastet. Diese Intensivierung aller Lebensaktivitäten ist in der Folge mit einem erhöhten Burnout-Risiko verbunden. Psychische Erkrankungen, und hier vor allem Angst und depressive Erkrankungen, sowie Erschöpfung bzw. Burnout haben sich als Ursache für betriebliche Fehlzeiten seit 1995 fast verdoppelt. Insbesondere für hochqualifizierte, hochmotivierte Leistungsträger scheint das Burnout-Risiko besonders groß. Nachdenklich stimmt, dass die Bereitschaft unter den Erwerbstätigen wächst, durch Einnahme von Medikamenten die kognitive Leistungsfähigkeit zu steigern, um den alltäglichen Arbeitserfordernissen auf Topniveau gerecht werden zu können. Die Intensivierung und Beschleunigung aller Lebensaktivitäten wird damit zu einer neuen Herausforderung für die betriebliche Gesundheitsförderung. Was muss und kann ein Betrieb tun, um diesen Herausforderungen angemessen zu begegnen?

Zukunftsaufgaben für das betriebliche Gesundheitsmanagement

Auch in einer gewandelten Arbeitswelt haben die Grundprinzipien eines effektiven betrieblichen Gesundheitsmanagements ihre Richtigkeit: Analyse vor Aktion, Partizipation der Beschäftigten, aktive Unterstützung der Führungsebenen, integrierte Interventionskonzepte, die Verhaltens- und verhältnisorientierte Angebote miteinander verbinden, und eine strukturelle Verankerung der Maßnahmen durch veränderte Arbeitsroutinen sind nach wie vor die wichtigsten Garanten für nachhaltigen Erfolg. Darüber hinaus ergeben sich aber einige Besonderheiten, die im Folgenden an Hand eines betrieblichen Fallbeispiels verdeutlicht werden sollen. Die hier dargestellten Maßnahmen wurden im Rahmen eines Projekts zur Förderung der Work-Life-Balance von Beschäftigten in der Geschäftseinheit ›Vertrieb‹ eines internationalen Energieunternehmens erarbeitet.

Ausgangssituation: Hoher Arbeitsdruck führt zu Work-Life-Imbalance

Anlass des Projekts waren wiederkehrend schlechte Werte bei der jährlichen Mitarbeiterbefragung im Bereich Work-Life-Balance. Zwei Drittel der Befragten gaben an, durch übermäßigen Arbeitsdruck belastet zu sein und Beeinträchtigungen im Privatleben zu erleben. Eine Begehung in prototypischen Arbeitsbereichen und Interviews mit 15 Beschäftigten und Führungskräften ergab, dass zu viele interne Projekte, permanente interne Restrukturierungen und die unzureichende Personalsituation in zentralen kaufmännischen Bereichen als strukturelle Kernprobleme genannt wurden.

Verbunden mit diesen Strukturproblemen sind Kulturprobleme, wie z. B. das parallele Arbeiten in Sitzungen. Mit Smartphones und geöffneten Laptops wird während der Sitzungen schon die nächste Sitzung vor- oder die letzte nachbereitet. Interne Projekte mit teilweiser Mehrfachverantwortung überlappen sich und laufen parallel, ohne dass Projektergebnisse aufeinander bezogen ausgewertet und kommuniziert werden. CC-E-Mails führen zu Informationsüberlastung. Die Personalsituation im kaufmännischen Bereich führt dazu, dass Termine nicht gehalten werden können, weil notwendige Daten aus diesem Bereich nicht rechtzeitig geliefert werden. Basierend auf dieser Analyse wurden folgende Maßnahmen auf den Weg gebracht:

Fokussierung und Entschleunigung

Es wurde ein zentrales Projektcontrolling eingeführt, in dem alle Projekte dokumentiert und aufeinander bezogen ausgewertet werden. Hier wird im Sinne eines Überlastungsmonitorings überwacht, wer in wie vielen Projekten gebunden ist. Im Intranet kann von allen Beschäftigten der aktuelle Status eingesehen werden. Um mehr Kontinuität und Ruhe in die internen Prozessabläufe zu bringen, finden größere Restrukturierungen nur noch zu einem gemeinsamen Zeitpunkt statt. Das kaufmännische Büro wurde für eine befristete Zeit personell aufgestockt. Zudem wurden feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Einzelabteilungen und Projekte definiert.

Sonja Nielbock, Michael Gümbel

Arbeitsbelastungen sind nicht geschlechtsneutral

Die Pflegerin hat andere Anforderungen und Erwartungen zu erfüllen als der männliche Kollege, ebenso unterscheiden sich die unausgesprochenen Anforderungen an IT-Fachexperten und Fachexpertinnen voneinander. Deshalb sind Arbeitsbelastungen nicht geschlechtsneutral!

Diese Unterschiede basieren auf Bildern und Annahmen von Frauen und Männern, die wirkmächtig sind – gerade weil sie weitgehend nicht bewusst gemacht werden. Diesen tradierten Bildern zufolge sind Menschen qua Geschlecht besser geeignet für bestimmte Tätigkeiten. So erscheint die freundliche, attraktive Verkäuferin selbstverständlicher als der freundliche, attraktive Verkäufer, der kompetente Fachexperte »normaler« als die kompetente Fachexpertin, die Krankenschwester verständnisvoller und einfühlsamer als der Pfleger und der Polizist weniger verletzlich als seine weibliche Kollegin.

Dass Geschlecht eine wichtige Bedeutung in der Gesundheitsförderung hat, ist seit einigen Jahren anerkannt. Der Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist dagegen erst in der letzten Zeit stärker in den Blick geraten. Folgende Unterschiede sind unumstritten:

- Männer und Frauen arbeiten z. T. in sehr unterschiedlichen Berufen, die mit unterschiedlichen Belastungen verbunden sind.
- Die Belastungen durch Betreuungsaufgaben für Kinder und Angehörige werden überwiegend von Frauen getragen, die damit einer doppelten Belastung ausgesetzt sind.
- Frauen und Männer unterscheiden sich in bestimmten biologischen Aspekten – nicht nur in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt.
- Das »typisch weibliche« Gesundheitsverhalten unterscheidet sich deutlich vom »typisch männlichen« (etwa was Vorsorge und Ernährung betrifft) – das gilt aber bei weitem nicht für alle Frauen oder alle Männer.

Diese Unterschiede stehen im engen Zusammenhang mit der Bedeutung von Rollenbildern und Stereotypen. Rollenbilder von Frauen und Männern beeinflussen Berufswahlentscheidungen ebenso wie die Aufgabenteilungen in den Familien, das Gesundheitsverhalten oder auch den Umgang mit sich selbst. Sie prägen weitgehend unreflektiert die Erwartungen an eine Frau bzw. einen Mann in ihrem bzw. seinem Job.

Bisher gibt es zu dem Aspekt der Bedeutung von Geschlechterrollen auf die Belastungssituation kaum Forschungen oder praktische betriebliche Ansätze. Das Projekt »Gender/Stress – Geschlechterrollen und psychische Belastungen« hat diesen Aspekt untersucht. Es wurde von der Hamburger Organisationsberatung »Sujet« von 2007 bis 2009 durchgeführt und von der Hans-Böckler-Stiftung und der Gewerkschaft ver.di gefördert. Anhand betrieblicher Beispiele wurde aufgezeigt, dass Geschlechterrollenbilder und -stereotype beeinflussen können, was als Belastung angesehen, aber als »normal« und »selbstverständlich« aufgefasst wird. Im nächsten Schritt wurden Praxisansätze für eine geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt.

Einfluss von Rollenbildern

In drei Projektbetrieben (Textileinzelhandel, Finanzamt, Telekommunikation) wurden durch Interviews mit Beschäftigten

Reduktion der Informationsflut

Beschäftigte erarbeiteten einen Sitzungs- und einen E-Mail-Knigge. Während Sitzungen werden Smartphones und Laptops nicht benutzt, wenn sie nicht für Präsentationen notwendig sind. Mit dem E-Mail-Knigge, der sich an den Kriterien wichtig, relevant und hinlänglich orientiert, wird der Versuch unternommen, die Menge an E-Mails einzudämmen. Beides sind jedoch keine Richtlinien der Geschäftsführung, sondern Handlungsempfehlungen von Beschäftigten für Beschäftigte.

Achtsamkeitskultur aufbauen

Als wichtigste Kultur verändernde Maßnahme wurde ein Achtsamkeitstraining für die Führungskräfte entwickelt. Es richtet sich an den betrieblichen Belastungen und Ressourcen aus. Ziel ist es, durch Reflexion und Innehalten einen Zustand größerer Aufmerksamkeit im Führungsalltag herzustellen. Im Fokus stehen vor allem Themen der Akzeptanz von Grenzen und der Grenzüberschreitung – bei sich und bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Beschäftigten erhalten zeitgleich ein Work-Life-Balance-Seminar. Auch hier geht es darum, wie jede bzw. jeder Einzelne mit den Belastungen zurecht kommt, sich selbst stärkt und Grenzen setzen kann. Die Maßnahmen werden aktuell durchgeführt und durch eine Befragung evaluiert.

Fazit

Das betriebliche Fallbeispiel zeigt, dass betriebsspezifische Maßnahmen zur Eindämmung des Burnout-Risikos möglich sind. Deutlich wird, dass es eine enge Verzahnung von strukturellen und kulturellen Veränderungen geben muss und dass die Führungskräfte (wieder einmal) die wichtigsten Promotoren für betriebliche Gesundheitsförderung sind. Da das zuständige Mitglied der Geschäftsführung und der Betriebsrat das Projekt gemeinsam auf den Weg brachten und alle Einzelmaßnahmen aktiv unterstützten, konnten in dem aufgezeigten Fall so viele Aktivitäten angestoßen werden.

Literatur bei den Verfassern

PROF. DR. ANTJE DUCKI, *Beuth Hochschule für Technik Berlin, Fachbereich Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften, Luxemburgerstr. 10, 13353 Berlin, Tel.: (030) 45 04 25 48, E-Mail: antje.ducki@beuth-hochschule.de*

die vorhandenen Rollenbilder und ihre Bedeutung für die Wahrnehmung und Bewertung von Belastungen erfasst. Die folgenden Beispiele zeigen, dass es teilweise »alte« Rollenbilder sind und allgemeine Bilder. Diese haben jedoch weit reichenden Einfluss auf die konkrete Arbeitssituation:

- Die Erwerbsarbeit sei an sich für Männer von höherer Bedeutung, aus diesem Grunde seien Männer einsatzbereiter, flexibler, aufstiegsorientierter und kompetenter.
- Aufgrund dieser angenommenen Aufstiegsorientierung der Männer seien für sie geringe berufliche Entwicklungsmöglichkeiten problematischer als für Frauen.
- Frauen dürften Überforderung eher zeigen als Männer.
- Männer dürften sich eher abgrenzen und rechtfertigen, dass sie bestimmte Aufgaben nicht erledigen.
- Für Frauen sei der Umgang mit schwierigen Kunden problematischer als für Männer.

Zwar wurden nicht alle Stereotype von allen Befragten geäußert – es gab aber auch keine gegenteiligen Aussagen, wie z.B. dass die berufliche Entwicklung für Frauen besonders wichtig sei.

Die betrieblichen Diskussionen haben gezeigt, dass die Rollenbilder den Blick auf die Realität verstellen. Schwierige Situationen, z. B. mit Steuerpflichtigen im Finanzamt, sind nicht nur für die weiblichen Beschäftigten belastend, sondern auch für die männlichen Kollegen – darüber konnte im Laufe des Projekts zum ersten Mal gesprochen werden. Freundlichkeit und Attraktivität im Verkauf sind keine Selbstverständlichkeiten, sondern harte Arbeit, die für die Beschäftigten belastend ist und auf Dauer die Gesundheit beeinträchtigen kann.

Praxisansätze

Es gilt also, im Betrieblichen Gesundheitsmanagement unter Geschlechterperspektive nicht unbedingt spezifische Maßnahmen für Frauen bzw. für Männer zu entwickeln. Damit können die vorhandenen Stereotype sogar verfestigt werden. Vielmehr sollen vorhandene Selbstverständlichkeiten hinterfragt und die Belastungen thematisiert werden, die kaum jemand sieht. In vielen Betrieben heißt es: »Wer dieses oder jenes nicht aushalten kann, hat den falschen Beruf!« Der geschlechtersensible Blick auf die Belastungen zeigt, dass gerade an diesen Stellen oft der größte Handlungsbedarf besteht.

Die im Projekt entwickelten Praxisansätze sollen helfen, vorhandene Geschlechterstereotype bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu reflektieren und zu verändern – damit verbessern sich zugleich die Gesundheitsbedingungen und die Geschlechtergerechtigkeit im Betrieb.

Die ausführlichen Projektergebnisse werden im Laufe des Jahres veröffentlicht, weitere Informationen und Literatur auf Anfrage bei der Autorin bzw. dem Autor.

SONJA NIELBOCK, MICHAEL GÜMBEL, *Sujet GbR*,
Organisationsberatung, Winklers Platz 8, 22767 Hamburg,
Tel.: (0 40) 74 04 18 49, E-Mail: info@sujet.org

Christiane Haupt

Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheitszustand

Gerecht entlohnte Arbeit sichert nicht nur den Lebensunterhalt, sondern gibt auch die Möglichkeit, Anerkennung zu erlangen, soziale Kontakte aufzubauen, die eigenen Talente zu entfalten sowie eine geregelte Tagesstruktur zu entwickeln. Arbeit kann aber auch Belastungen mit sich bringen. Besonderes Augenmerk liegt derzeit auf den psychischen Stressoren, da die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten seit Jahren zeigt, dass die Fehltage insgesamt zwar abnehmen, aber immer häufiger psychische Erkrankungen wie Depressionen Grund für eine Arbeitsunfähigkeit sind.

Die SHIP-Studie

In einer Studie der Universität Greifswald wurden bevölkerungsrepräsentativ Daten von 4.310 Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Alter von 20 bis 79 Jahren erhoben (Study of Health in Pommerania SHIP). Die Untersuchungen sind zwischen 1997 und 2001 durchgeführt worden. Die Daten ergaben sich aus einem standardisierten Interview, einer klinischen Untersuchung sowie einem Fragebogen. Die hier dargestellten Ergebnisse stammen von 1.942 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Rentnerinnen und Rentner sowie Personen, die in keinem Arbeitsverhältnis stehen, wurden nicht berücksichtigt.

Als Arbeitsplatzunsicherheit wird die »empfundene Machtlosigkeit, in einer gefährdeten Arbeitsplatzsituation die gewünschte Kontinuität aufrecht zu erhalten« bezeichnet (Greenhalgh, 1984). Die hier dargestellte Befragung erfolgte mit dem Item: »Machen Sie sich manchmal Sorgen darüber, ob Sie Ihre gegenwärtige Arbeitsstelle behalten können?«. Verglichen wurden die beiden Gruppen, die »häufig« bzw. »keine« Arbeitsplatzunsicherheit angegeben haben. 75% der Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, gaben an, allgemein Sorge um ihren Arbeitsplatz zu haben, 21% davon gaben an, diese Sorge »häufig« zu empfinden.

Auswirkungen von Arbeitsplatzunsicherheit auf die Gesundheit

Die Arbeitsplatzunsicheren der SHIP-Studie weisen einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger ungeklärte körperliche Beschwerden auf. Die Daten zeigen, dass sich durch Arbeitsplatzunsicherheit das Gesundheitsverhalten zum Schlechteren verändert. Betroffen davon sind insbesondere die Ernährung, die Wahrnehmung sozialer Kontakte und das Suchtverhalten. Lediglich bei der körperlichen Bewegung konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden.

Bekanntes gesundheitliches Fehlverhalten zur Kompensation von Stress ist falsche Ernährung: Schokolade, Chips, Fastfood oder allgemein kohlenhydrat- und fettreiche Kost. Diese Form des Fehlverhaltens wirkt sich auf sog. Gewichtsparameter aus. Neben dem Body-Mass-Index (BMI) und den Blutfettwerten wurde auch die sog. Waist-to-Hip-Ratio (WHR) bestimmt, die als Maßstab für die Fettverteilung am Körper dient. Vorausgegangene Studien konnten keine Belege dafür finden, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Arbeitsplatzunsicherheit schlechtere Ernährungsparameter aufweisen. Die SHIP-Studie belegt jedoch, dass es signifikante Unterschiede bei den Werten von BMI, WHR und bei

Alfons Holleederer

›Herr Doktor, mir fehlt nichts außer der Arbeit‹

den Blutfetten gibt. Um die Ausgewogenheit der Ernährung einzuschätzen, wurde zudem der Food-Frequency-Score (FFS) berechnet. Auch hier zeigen sich signifikante Unterschiede.

Neben Veränderungen im Ernährungsverhalten weisen Personen mit ›häufiger‹ Arbeitsplatzunsicherheit ein verändertes Sozialverhalten auf. Sie nehmen ihr soziales Netz als unbefriedigend wahr und wünschen sich mehr soziale Kontakte. Des Weiteren wurden bei den Teilnehmenden häufiger Anzeichen psychosomatischer Erkrankungen wie z.B. depressive Verstimmungen festgestellt. Zudem nehmen sie mehr Beruhigungsmittel und Psychopharmaka ein. Arbeitsplatzunsicherheit führt somit zu einem erhöhten Arzneimittelgebrauch, insbesondere von Tranquilizern und Antidepressiva. Auch der Konsum von Alkohol und Nikotin war gegenüber Personen, die nicht unter einer Arbeitsplatzunsicherheit leiden, erhöht. Ein Anstieg der Leukozyten im Blut der befragten Personen weist auf eine erhöhte Beanspruchung des Immunsystems hin. Die Ergebnisse zeigen damit auch, dass Dauerstress das Immunsystem schwächt und zur Infektanfälligkeit führt.

Prävention

Prävention kann an verschiedenen Stellen ansetzen: bei den Betroffenen selbst, auf der Ebene der Gesetzgebung und bei den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern. Instabile Beschäftigungen wie die in Zeitarbeitsfirmen verursachen vermehrt Stress sowie ein selbstschädigendes Gesundheitsverhalten. Hier ist eine arbeitnehmerfreundliche Weichenstellung in der Politik gefragt.

Jedes Unternehmen kann Prävention fördern: durch Bildung von Betriebssportgruppen, Betriebsvereinbarungen zu Sucht, Angebote zur Ernährungsberatung und zu Nichtraucherseminaren, Etablierung eines gesunden und preiswerten Kantinenessens sowie die Möglichkeit einer flexiblen Arbeitszeitgestaltung.

Die Früherkennung von Arbeitsbelastungen, Training eines individuellen gesundheitsbezogenen Selbstmanagements, Unterstützung durch externe Beraterinnen und Berater, der Einsatz von Vertrauenspersonen und die Sensibilisierung der Führungskräfte können Erkrankungen oder ihre Chronifizierungen verhindern.

Unternehmen können der Arbeitsplatzunsicherheit ihrer Beschäftigten auch durch eine gute Informationspolitik entgegenwirken. Um keine unnötigen Ängste zu schüren, sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zuverlässig und regelmäßig informiert werden, ob Stellen abgebaut werden sollen und wenn ja, welche. Das führt zur Stressminimierung bei den nichtbetroffenen Beschäftigten. Optimal wäre, bei den von Entlassung Betroffenen rechtzeitig zu prüfen, ob und wie sie für andere Stellen im Unternehmen weiterqualifiziert werden können.

CHRISTIANE HAUPT, *Wissenschaftliches Institut der AOK, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Tel.: (030) 3 46 46 22 16, E-Mail: christiane.haupt@wido.bv.aok.de*

Diese Antwort auf die Frage ›Fehlt Ihnen was?‹ ist kein neues Phänomen. Schon lange werden die negativen Folgen von Massenarbeitslosigkeit auf individuelle Gesundheitszustände beobachtet. Medizinalrat Dr. Dohrn aus Hannover berichtete davon schon nach der ersten Weltwirtschaftskrise von 1929 und stellte fest: ›Es ist eine bekannte Tatsache, daß fleißige Arbeiter, denen die Arbeitsmöglichkeit plötzlich entzogen wird, seelisch und körperlich schwer leiden und auch daran direkt zugrunde gehen können. Es ist so, als ob ihnen ein Teil ihres eigenen Ichs genommen wäre.‹

Neu ist dagegen, dass die Bundesagentur für Arbeit (BA) und die Arbeitsmarktpolitik in Deutschland die Wechselbeziehungen zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit erkannt haben und im Rahmen einer Dachkampagne ›Gesundheitsorientierung in der Grundsicherung‹ intervenieren wollen. ›Es gilt, den ›Teufelskreis‹ Krankheit und Arbeitslosigkeit zu durchbrechen‹, betont Heinrich Alt, Vorstand Grundsicherung in der BA in einer Pressemitteilung vom 28. Juni 2010. ›Gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitslose haben schlechtere Eingliederungschancen, infolgedessen bleiben sie in der Regel länger arbeitslos. Wir sind daher interessiert, dass unsere Kunden möglichst gesund werden und gesund bleiben‹, so Alt weiter.

Diese Anstrengungen sind auch dringend angezeigt, wie die nachfolgenden Auswertungen der Arbeitslosenstatistik für Niedersachsen und Ergebnisse des Mikrozensus 2005 belegen.

Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit führt auf Basis ihrer Verwaltungsdaten verschiedene amtliche Statistiken über die ›registrierten Arbeitslosen‹ gemäß der Sozialgesetzbücher II und III. Bei der Vermittlung von Arbeitslosen in die Beschäftigung können gesundheitliche Beeinträchtigungen relevant werden. Sie werden daher durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Arbeitsvermittlung routinemäßig abgefragt und erfasst, wenn sie sich auf die berufliche Tätigkeit auswirken könnten und für die Bewerberin bzw. den Bewerber unter Berücksichtigung ihrer Eignung, ihrer Vermittlungswünsche und der Vermittlungsaussichten in Betracht kommen.

Im Jahresdurchschnitt 2008 wiesen in der amtlichen Arbeitslosenstatistik in Niedersachsen 17,4 % der Arbeitslosen ›gesundheitliche Einschränkungen mit Auswirkung auf Vermittlung‹ auf. Die Daten der Tabelle 1 werden in der Arbeitsmarktberichterstattung nicht routinemäßig berichtet, sondern gehen auf eine Sonderauswertung der BA-Statistikabteilung für den Autor zurück. Sie zeigen die Größenordnungen und die Struktur im Arbeitslosenbestand auf. Durch die aktuelle Weltwirtschaftskrise haben die absoluten Arbeitslosenzahlen in Niedersachsen mittlerweile aber erheblich zugenommen. Im Jahresdurchschnitt 2008 lag der Anteil der Arbeitslosen mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen im Rechtskreis des (steuerfinanzierten) SGB II höher als im Bereich des SGB III bei den Beziehern von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung. Arbeitslose Männer sind häufiger von vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen betroffen als arbeitslose Frauen. Wie die Tabelle weiter darlegt, haben Arbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen im Vergleich zu den übr-

Tabelle 1: Arbeitslose nach Strukturmerkmalen und Personengruppen in Niedersachsen im Jahresdurchschnitt 2008

Merkmal		Gesundheitliche Einschränkungen mit Auswirkung auf Vermittlung	Alle Arbeitslosen
Arbeitslose	absolut	44.615	256.681
	%	100	100
Alter			
15 bis unter 25 Jahre		3,1	10,9
25 bis unter 50 Jahre		55,8	64,7
50 bis unter 65 Jahre		41,0	24,3
gesundheitliche Einschränkungen mit Auswirkung auf Vermittlung		100	17,4
Langzeitarbeitslose		44,1	35,9
Abgangsgrund			
Arbeitsaufnahme		26,3	39,4

Quelle: Sonderauswertung: BA, 09/2009. Die Auswertungen basieren ausschließlich auf Daten aus den IT-Fachverfahren der BA.

gen Arbeitslosen häufiger so genannte multiple Vermittlungshemmnisse wie höheres Alter oder längere Arbeitslosigkeitsdauer. Ihre Arbeitslosigkeit wird in viel geringerem Maße durch Arbeitsaufnahme beendet. Die schwer vermittelbaren Personengruppen prägen durch die hohen Verweildauern den Arbeitslosenbestand als ›harter Kern‹ nachhaltig.

Gesundheitsunterschiede von Arbeitssuchenden und Erwerbstätigen im Mikrozensus 2005

Der Mikrozensus stellt für die Bundesländer die wichtigste Datenquelle dar, um Auskünfte über die Gesundheitsunterschiede zwischen Arbeitssuchenden und Erwerbstätigen zu erhalten. Er ist eine amtliche Stichprobenerhebung über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt und ist auskunftspflichtig. Der Auswahlatz liegt für alle Merkmale einheitlich bei 1% der Bevölkerung. Im Jahr 2005 enthielt er außerdem ein fakultatives Zusatzprogramm zur Gesundheit, das in Niedersachsen von 85% der Befragten beantwortet wurde. Demnach war der Krankenstand am Erhebungstag in Niedersachsen bei den Arbeitssuchenden mit 9,8% im Jahresdurchschnitt 2005 signifikant größer als bei den Erwerbstätigen mit 4,1%. Der Mikrozensus 2005 belegt außerdem unter Arbeitssuchenden einen erhöhten Anteil an Menschen mit amtlich anerkannter Behinderung in Niedersachsen. Außerdem weist er auf Präventionspotenziale hin, da bei Arbeitssuchenden die Tabakprävalenzrate und der Anteil an stark Übergewichtigen unverhältnismäßig hoch sind.

Regionaler Knoten Niedersachsen im Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Die Mikrozensus-Ergebnisse können hier aus Platzgründen nicht weiter ausgeführt werden und sind zum Teil auch beim Regionalen Knoten Niedersachsen dokumentiert (www.knoten-niedersachsen.de). Der Regionale Knoten Niedersachsen ist nicht nur für die Informationsvermittlung eine gute Anlaufstelle, sondern auch für die Koordination bei der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen in Niedersachsen. Auf diese Kooperation setzt die BA vor Ort, wie die Pressemitteilung von Heinrich Alt weiter ausführt: ›Durch den Beitritt der BA zum Kooperationsverbund der Bundeszentrale für gesundheitliche

Aufklärung (BZgA), durch die Intensivierung bestehender Partnerschaften, wie zum Beispiel mit Krankenkassen und durch das Mitwirken in dem bundesweiten Projekt ‚Initiative gesunde Arbeit‘, professionalisiert die BA ihre Aktivitäten zur Gesundheitsorientierung und zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit Arbeitsloser. Gelebte Gesundheitsorientierung braucht kompetente Mitarbeiter und ein gut funktionierendes lokales Netzwerk.‹ In der Tat!

Literatur beim Verfasser

PD DR. ALFONS HOLLEDERER, *Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW, Westerfeldstraße 35-37, 33611 Bielefeld, Tel.: (05 21) 8 00 72 66, E-Mail: alfons.holleder@liga.nrw.de*

Caroline Richter

Qualitätsstandards für die Gesundheitsberatung Arbeitsloser

Die Lebenslagen von Arbeitslosen unterscheiden sich z.T. erheblich von der Lebenssituation Beschäftigter. Auswirkungen zeigen sich nicht nur finanziell durch den Verlust von Einkommen aus Erwerbstätigkeit, sondern auch an abnehmenden fachlichen, sozialen und gesundheitlichen Ressourcen. Doch insbesondere gesundheitliche Beeinträchtigungen können sich mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit zu wesentlichen und langwierigen Vermittlungshemmnissen entwickeln.

Interdisziplinäre und lebensweltorientierte Ansätze der Gesundheitsberatung haben sich als geeignet und erforderlich erwiesen, um die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Reintegration in den Arbeitsmarkt zu verbessern. Entsprechende Beratungsangebote werden zunehmend von Leistungsträgern und Finanziers sowie Leistungserbringern als Bestandteil der Beschäftigungsförderung anerkannt.

Vor diesem Hintergrund haben sich die Koordinatoren des Forums Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung des DNBGF (Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung) das Ziel gesetzt, Qualitätsstandards in der Gesundheitsberatung Arbeitsloser zu entwickeln.

Modellansätze und Projekterfahrungen

Die zunehmend verbreiteten gesundheitsorientierten Beratungsangebote für Arbeitslose sind in unterschiedlichen institutionellen Kontexten entstanden, vorrangig in Modellprojekten. Es gibt in diesem Bereich keine koordinierte Entwicklung, sondern vielfältige Initiativen.

In den vergangenen Jahren wurden bereits in Sachsen, Nordrhein-Westfalen, Brandenburg und Frankfurt a. M. Modellansätze der Gesundheitsförderung für Arbeitslose entwickelt und erprobt, die sich hinsichtlich der Zielgruppen, der Methoden und Interventionen sowie der Rahmenbedingungen deutlich unterscheiden. Doch gemeinsam ist allen Ansätzen, dass sie die Gesundheitsberatung auf der Basis anerkannter Konzepte entwickelt und diese qualitätsorientiert erprobt haben.

Da auch Leistungsträger und -erbringer geeigneter arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsberatung zur externen und internen Qualitätssicherung aufgerufen sind, wurde aus den Erfahrungen der durchgeführten Projekte der DNBGF-Praxisleitfaden »Qualitätsstandards für die Gesundheitsberatung Arbeitsloser« entwickelt. Die Praxishilfe richtet sich an Finanziere, Projektentwickler und Akteure aus der Versorgungslandschaft, um Informationen und Hilfestellungen bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Gesundheitsberatung für arbeitslose Menschen zu leisten.

Zielgruppe und Zielsetzung der Gesundheitsberatung

Die Gesundheitsberatung ist ein integraler Bestandteil der Gesundheitsförderung und Prävention. Sie dient der niedrigschwellig psychologischen, sozialen und medizinischen Unterstützung Arbeitsloser, die bedarfsgerecht und arbeitsmarktorientiert ausgerichtet ist. Das gesundheitliche Verhalten – bezogen auf die klassischen Gesundheitsbereiche und Handlungsfelder der Gesetzlichen Krankenversicherung Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Alkohol- und Nikotinkonsum – spiegelt oftmals die belastende Situation von Arbeitslosen wider.

Unterschieden werden können Klientengruppen mit Bedarf an

- Aufklärung und Wissensvermittlung,
- Präventionskursen,
- externen Beratungsleistungen, wie z. B. Sucht- oder Schuldnerberatung,
- medizinischer, psychologischer Diagnostik, Therapie, Rehabilitation.

Ein wesentliches Element der Beratung ist die aktive Einbeziehung von Klientinnen und Klienten in die Planung und Vereinbarung von Gesundheitszielen sowie deren schrittweise Umsetzung.

Die Ziele zur Gesundheitsberatung sind im Einzelnen:

- Stabilisierung und Stärkung gesundheitlicher Ressourcen
- Reduktion riskanter Verhaltensweisen
- Verbesserung der Leistungsfähigkeit und
- Veränderung der Einstellung zur persönlichen gesundheitlichen Lebenssituation

Erreichbar sind diese Ziele und Zielgruppen nur, wenn die Beratung auf Freiwilligkeit, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit

ausgerichtet ist und in keinem Zusammenhang mit der Leistungsgewährung steht. Nur so kann sie aktivierende Unterstützung leisten und zur Vermeidung von Ausgrenzung beitragen.

Qualität und Gesundheitsberatung

Eine wirksame Beratungsleistung muss dem individuellen Bedarf und den Bedürfnissen entsprechen und fokussiert die Entwicklung von Bewältigungsstrategien und Perspektiven.

Die Betroffenen haben ein individuell unterschiedliches Ausgangsniveau hinsichtlich ihres Problembewusstseins, ihrer Bereitschaft zur Veränderung und ihrer Fähigkeit zur Aufrechterhaltung derselben. Motivationsverlust verbunden mit Perspektivlosigkeit kann Ausdruck einer tiefer liegenden psychosozialen Belastung sein. Hieraus ergibt sich, dass der Beratungsansatz und der zeitliche Umfang von den persönlichen Merkmalen und Zielen abhängig sind.

Geeignete Standards zur Durchführung und Qualitätssicherung für die konkrete Umsetzung einer zielgruppenspezifischen Gesundheitsberatung müssen transparent, einheitlich, inhaltlich begründet, methodisch abgesichert und empirisch überprüfbar sein. Der DNBGF-Praxisleitfaden berücksichtigt diese Kriterien und konkretisiert sie in den drei relevanten Ebenen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Strukturqualität: Planung auf der Basis von Handlungskriterien

- Organisation der Gesundheitsberatung
- Personalausstattung
- Setting
- Marketingkonzept

Prozessqualität: Durchführung inkl. flankierender Fortbildung

- Art und Weise der Leistungserbringung
- Schritte der Gesundheitsberatung
- Kooperationen mit Leistungserbringern

Ergebnisqualität: Programmevaluation und Controlling

- Zielerreichung
- Zufriedenheit des Kunden
- Stand der erreichten Kooperation mit Leistungserbringern.

Kennzeichnend sind Klienten- und Outcome-Orientierung sowie Prinzipien der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen, verbunden mit einer Wirkungsanalyse. Zudem muss die Finanzierung von Aus- und Fortbildung sowie Evaluation und Qualitätssicherung sichergestellt sein. Dabei ist ein praktikables Optimum zwischen wissenschaftlichen Standards und realen Umsetzungs- und Finanzierungsmöglichkeiten anzustreben. Leitlinien und Standards für die Gesundheitsberatung Arbeitsloser sind daher unverzichtbar.

Der DNBGF-Praxisleitfaden Qualitätsstandards für die Gesundheitsberatung Arbeitsloser kann kostenlos auch in größeren Mengen bestellt werden unter dnbgf@bkk-bv.de.

Literatur bei der Verfasserin

CAROLINE RICHTER, Ruhr-Universität Bochum, Institut für Arbeitswissenschaft, 44780 Bochum, Tel.: (02 34) 3 22 77 33, E-Mail: caroline.richter@ruhr-uni-bochum.de

Jana Heckötter, Julia Beatrice Fruhner

Nds. Aktionswoche zum Europäischen Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2010

Der 20. September ist Weltkindertag – ein politischer Tag, der die Bedürfnisse von Kindern ins öffentliche Bewusstsein rücken soll. Zu diesen Bedürfnissen gehört selbstverständlich nicht nur die körperliche und seelische Gesundheit, sondern elementar auch die Chancengleichheit in Bezug auf Bildung und soziale Teilhabe.

Etwa 20 % aller Kinder in Niedersachsen sind von Armut betroffen. Dies schließt sowohl die finanzielle Armut als auch schlechtere Lebenschancen (Bildung, Gesundheit, soziale Teilhabe) ein. Um dagegen etwas zu tun, veranstaltet das vom Niedersächsischen Sozial- und Familienministerium ins Leben gerufene Niedersächsische Bündnis für alle Kinder vom 13. bis 20. September 2010 die Aktionswoche ›Gemeinsam gegen Armut und Ausgrenzung‹ unter der Schirmherrschaft von Ministerpräsident David McAllister.

Denn die Europäische Union hat das Jahr 2010 zum Europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung erklärt. Damit wird an die Zielsetzung der Lissabon-Strategie aus dem Jahr 2000 angeknüpft, als die Mitgliedsstaaten beschlossen, bis 2010 die Beseitigung der Armut in Europa entscheidend voranzubringen.

Das Niedersächsische Bündnis für alle Kinder wurde 2008 gemeinsam mit Kirchen, Kinderschutzbund, Wohlfahrts- und Familienverbänden, Kommunen, Gewerkschaften und Unternehmerverbänden gegründet. Um bedürftigen Kindern passgenau zu helfen, sind die Förderfelder der Landesstiftung ›Familie in Not‹ auf die Zielgruppe benachteiligter Kinder ausgedehnt worden. Die Stiftung verfügt inzwischen über den Sonderfonds ›DabeiSein!‹, der jährlich mit 750.000 Euro ausgestattet wird. Damit können Bildungs- und Freizeitaktivitäten, zum Beispiel Mitgliedsbeiträge für Sport- und Musikvereine sowie Jugendfreizeiten, für Kinder aus finanziell

benachteiligten Familien bezuschusst werden. Dies soll Kinder davor schützen, wegen einer familiären Notsituation benachteiligt oder vom gesellschaftlichen Leben ausgegrenzt zu werden.

Zudem haben die Bündnispartner überlegt, wie einer breiten Öffentlichkeit bewusst gemacht werden kann, dass Armut und Ausgrenzung von Kindern in Niedersachsen bekämpft werden müssen. Zielführend erschien es, am Europäischen Jahr in Form einer Aktionswoche unter zentraler Beteiligung von Kindern mitzuwirken. Dabei sollen Möglichkeiten und Konzepte zur Bekämpfung von Kinderarmut dargestellt werden. Schwerpunktthemen sollen Bildung, Gesundheit und Wohlergehen von Kindern sein. Die Veranstaltungen können sowohl auf Gemeinde- als auch auf Stadt- oder Landkreisebene organisiert werden und sich über einen Tag oder sogar die ganze Woche erstrecken. Außer der Beteiligung von kommunalen Einrichtungen, Kirchen, Trägern der Freien Wohlfahrtspflege, Schulen, Familienverbänden, Gewerkschaften, Unternehmen und Sportvereinen freut sich das Bündnis auch über Veranstaltungen von Ärztinnen und Ärzten.

Die Familien- und Kinderservicebüros (FKSB) in Niedersachsen koordinieren die Aktionswoche vor Ort. Akteure können sich unter www.Aktionen-gegen-Kinderarmut-nds.de als Aktionspunkt 2010 registrieren lassen und sich über Fördermöglichkeiten informieren. Die Internetseite bietet Interessierten zugleich die Gelegenheit, Aktionen im eigenen Wohnort ausfindig zu machen.

Weitere Informationen – auch zu Fragen der inhaltlichen Planung – erteilt Jana Heckötter.

Literatur bei den Verfasserinnen

JANA HECKÖTTER, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20 58 17, E-Mail: jana.heckoetter@ms.niedersachsen.de

JULIA BEATRICE FRUHNER, Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80 21 80, E-Mail: julia.fruhner@aekn.de

Susann Mühlpfordt, Stephan Koesling

Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen in Sachsen

Seit 2004 wurden Gesundheitsziele in die Koalitionsverträge der Sächsischen Landesregierungen verbindlich aufgenommen. Dabei wurde auch die ›Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen‹ als Ziel formuliert.

Wie bereits durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007 herausgestellt wurde, ist Langzeitarbeitslosigkeit in Deutschland einer der stärksten Risikofaktoren für akute Armut und damit verbundene gesundheitliche Benachteiligung. Nach wie vor ist die Thematik in den östlichen Bundesländern besonders relevant, da die Arbeitslosenquote auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt gegenüber den westlichen Bundesländern doppelt so hoch ausfällt. In Sachsen lag die Zahl der Arbeitslosen mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen 2008 bei 18 %. Das sind mehr als 45.000 Personen (ohne optierende Kommunen). Durch das Gesundheitsziel soll die Zusammenarbeit verschiedener Akteure aus der Arbeitsmarkt- und der Gesundheitsförderung unterstützt werden, um das Risiko psychosozialer Folgen von Arbeitslosigkeit zu reduzieren.

Die Strukturen

Der Aufbau von Strukturen spielt bei der Umsetzung des Gesundheitsziels seit 2007 eine wesentliche Rolle. Das Sächsische Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) hat dafür begleitend zur eigenen internen Koordinierung die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLfG) e. V. mit der externen Koordinierung beauftragt.

Sächsische Akteure aus den Bereichen der Arbeits- und der Gesundheitsförderung wirken in einer Arbeitsgruppe mit. Entsprechend den Ansätzen zur Entwicklung von Gesundheitszielen und zur Priorisierung ihrer Teilziele hatte sich die Arbeitsgruppe 2008 zunächst auf zwei Handlungsfelder geeinigt:

- a) Bewältigung von Arbeitslosigkeit
- b) Verbesserung von Information und Vernetzung.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sächsischer Forschungseinrichtungen, die sich inhaltlich in eigenen Forschungs-

arbeiten mit den Themen ›Arbeitslosigkeit und Gesundheit‹ sowie ›Soziale Benachteiligung‹ beschäftigen, wurden in einen Fachbeirat geladen. Thematisch bringt sich der Fachbeirat mit Beiträgen und Ansätzen zu folgenden Schwerpunkten ein:

- ›Soziale Vererbung‹ sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung
- Kriterien ›gesunder Arbeit‹ auch in Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit, z. B. in Beschäftigungsmaßnahmen sowie
- Bedarfsanalyse gesundheitsförderlicher Angebote für Arbeitslose.

Die Aktivitäten

Bereitstellung von Informationen für das Fallmanagement

Eine zentrale Aufgabe der eingerichteten Arbeitsgruppe ist es, Informationen für das Fallmanagement zu bündeln. Ein vorhandenes Beratungsstellenverzeichnis soll aktualisiert und als Unterstützungsinstrument in der regionalen Beratung eingesetzt werden.

Öffentlichkeitsarbeit

Neben der Information über die Internetseiten www.gesunde.sachsen.de und www.slf.de finden regelmäßig Workshops zum Gesundheitsziel statt.

Ausstellung ›SELBST.WERT.SEIN.‹

Interviews mit zehn Personen aus Leipzig, Chemnitz und Dresden geben Einblicke in den ganz persönlichen Umgang mit der Erwerbslosigkeit. Die SLfG e. V. wird diese Ausstellung mit weiteren Hintergrundinformationen und Daten zur Situation Erwerbsloser erweitern und die Ausstellung im Rahmen des evangelischen Kirchentages in Dresden 2011 präsentieren.

Programm AktivA

Von 2006 bis 2009 wurde als Startermaßnahme das von der TU Dresden entwickelte psychosoziale Trainingsprogramm ›AktivA – aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit‹ durch das SMS gefördert. Die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren stand dabei im Vordergrund und richtete sich vorrangig an sozialpädagogisch Tätige in Einrichtungen, die Erwerbslose unterstützen und beraten. Seit 2009 wurde

die Schulung für das AktivA-Training neben der Methode der ›Motivierenden Gesprächsführung‹ in den Katalog der einzelbetrieblichen Förderverfahren der Richtlinie des Europäischen Sozialfonds des SMS aufgenommen. Für sächsische Bildungs- und Beschäftigungsträger besteht damit die Möglichkeit, die Schulung ihrer Beschäftigten über diese Richtlinie fördern zu lassen.

Wissenstransfer

Der Fachbeirat zum Gesundheitsziel hat 11 Leitsätze zur Gesundheitsförderung für Arbeitslose ausgearbeitet. Sie beinhalten in prägnanter Form den Stand der Wissenschaft aus psychologischer Perspektive und werden als Kommunikationsmaterial genutzt. Der Austausch zwischen Fachbeirat und der Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel bewirkte zum Beispiel, dass eine ARGE in Sachsen gegenüber ihren Beschäftigungsträgern ihre Qualitätskriterien öffentlich geförderter Tätigkeit neu formulierte.

Auch im Rahmen des Kooperationsverbundes ›Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten‹ wirken Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitsziels seit September 2009 in der Unterarbeitsgruppe ›Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen‹ mit.

Literatur bei den Verfassern

SUSANN MÜHLPFORDT, TU Dresden, Institut für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie, Zellescher Weg 17, 01069 Dresden, Tel.: (03 51) 46 33 69 40, E-Mail: muehlpfordt@psychologie.tu-dresden.de
STEPHAN KOESLING, Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V., Könnertitzstraße 5, 01067 Dresden, Tel.: (03 51) 5 63 55 25, E-Mail: koesling@slfg.de

Bessere Chancen für junge Arbeitslose?

Aktuelles

Die Bundesregierung strebt in Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit eine bessere Förderung junger arbeitsloser Menschen an. Das Bundeskabinett beschloss dazu auf der Sitzung vom 21.04.2010 eine neue Aktivierungs- und Vermittlungsoffensive im Bereich der Grundsicherung.

Die LVG & AFS führte zu den geplanten Änderungen ein Interview mit dem DGB Regionsvorsitzenden Ostfriesland/Nördliches Emsland Markus Paschke.

Was genau besagt der Kabinettsbeschluss?

Er besagt, dass jeder und jedem Arbeitslosen unter 25 Jahren innerhalb von 6 Wochen ein Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatz oder eine Arbeitsgelegenheit angeboten werden muss. Bestehende Aktivierungsregelungen des Sozialgesetzbuchs (SGB) II zur Grundsicherung für Arbeitssuchende müssen konsequenter umgesetzt werden.

Welche Bedeutung hat der Beschluss für die jungen Menschen unter 25 Jahren?

Der Ansatz, Jugendlichen schnell zu helfen, ist nichts Neues. Mit der o. g. Vorgabe ist keine passgenaue Betreuung und Förderung mehr möglich. Weiterhin ist davon auszugehen, dass die Sanktionen weiter verschärft werden. Sanktionen mit dem Entzug der finanziellen Grundlage sind für die Betroffenen eine in der Grundsicherung äußerst fragwürdige Methode, die aus der Not heraus zwingt, sich nach anderen Einnahmequellen umzusehen. Da der erste Arbeitsmarkt für die Betroffenen häufig nicht erreichbar ist, kann dies nur in die eine oder andere Form der Illegalität führen.

Nur eine nachhaltige Hilfe ist sinnvoll und auch wirtschaftlich. Junge Menschen, die keine Chance sehen, aus dem SGB II herauszukommen, verlieren den Glauben an sich selbst und an ihre Fähigkeiten. Dies führt zur Resignation, zum Verlust von Kompetenz und kann in der Folge krank machen.

II präsentiert werden. Diese »Erfolge« werden aber weder gesellschaftspolitisch sinnvoll noch nachhaltig sein.

Problematisch sind auch die immer wieder gekürzten Eingliederungsmittel und die Verwendungsregeln. Bei ausgeschrieben Maßnahmen erhält der billigste Anbieter den Zuschlag. Diese eingekauften Plätze müssen dann zu bestimmten Zeiten besetzt werden. Die individuellen Probleme spielen eine untergeordnete Rolle. Das wird durch den Beschluss noch massiv verschärft.

Welchen Einfluss hat der Beschluss auf die Sachbearbeitenden?

Die tatsächliche Zahl der betreuten jungen Menschen pro Sachbearbeiter bzw. Sachbearbeiterin liegt viel höher als die offizielle Zahl. Bei einer Betreuungsquote von 75 pro Fallmanager bzw. -managerin müssen diese sich tatsächlich um über 200 Hilfebedürftige kümmern, weil auch viele Bereiche, wie z. B. passive Leistungen, etc. eingerechnet werden.

Nur wer individuelle Fähigkeiten und Probleme richtig einschätzt, kann auch nachhaltig helfen. Dafür sind Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen erforderlich, die vom Beginn bis zum Ende der Hilfebedürftigkeit die Zeit und die Möglichkeiten haben, an der Problemlösung zu arbeiten. Modellprojekte und Studien des IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung) kommen zu dem gleichen Ergebnis.

Bei dem Zwang zur Vermittlung in den ersten 6 Wochen bleibt gar keine andere Wahl als die Jugendlichen in die gerade vorhandene Maßnahme zu stecken. Gerade engagierte Sachbearbeitende werden sehr unzufrieden mit den Ergebnissen ihrer Arbeit sein. Eine Situation, die negativen Stress und psychische Belastungen mit den bekannten Folgeerscheinungen auslöst.

Welches Fazit ziehen Sie?

Der Beschluss wird sich für junge Menschen nicht positiv auswirken. Ich ordne ihn unter die Rubriken Populismus und Marketing ein. Zielgenauer wären eine deutliche Absenkung der tatsächlichen Betreuungsfälle je Fallmanager bzw. -managerin und der individuellere Einsatz der Eingliederungsmittel. Maßstab

muss die Passgenauigkeit der Hilfe sein, nicht die Statistik. Junge Menschen benötigen eine Existenzsichernde, Qualifikationen erhaltende Arbeit. Der Beschluss des Kabinetts erhöht die Gefahr, dass die Betroffenen in Niedriglohn- und Hilfstätigkeiten abgedrängt werden. Statt Qualifikationen zu erhalten, werden viele dequalifiziert, mit nachteiligen Folgen auch für unsere Wirtschaft (Facharbeitermangel).

MARKUS PASCHKE, DGB Regionsvorsitzender Ostfriesland/Nördliches Emsland, Jahnstraße 2, 26789 Leer, Tel.: (04 91) 9 12 13 12, E-Mail: Markus.Paschke@dgb.de

Viola Erckens

Hartz IV – Frust und volle Flure

Fast täglich werden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Behörden beschimpft, beleidigt, bedroht und bespuckt. Hinzu kommen Umstrukturierungen im öffentlichen Dienst sowie ein stetiger Abbau von Arbeitsplätzen. Das belastet die Beschäftigten und macht sie krank. Besonders gefährdet sind Beschäftigte der Arbeitsgemeinschaften von Sozial- und Arbeitsämtern, den ARGEn. Da Hartz IV ein wenig geliebtes Gesetz ist, werden ARGE-Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von vielen als Vertreter dieser neuen »sozialen Härte« gesehen. Kurz: die Beschäftigten der ARGEn sind über die verbalen und körperlichen Attacken hinaus besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt.

Das Projekt abba hilft!

Das Modell-Projekt »Arbeitsbelastungen und Bedrohungen in Arbeitsgemeinschaften nach Hartz IV« – kurz abba – ist ein Projekt, in dem fünf Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand in enger Zusammenarbeit mit Verwaltungsmaßnahmen gegen Gewalt und psychische Fehlbelastungen erarbeiten. Ziel ist es, bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen. Die Belastungen sollen verringert und die Übergriffe verhindert werden. Partner sind die Unfallkasse

Motivation für Gesundheitsmanagement in KMU

des Bundes, die Unfallkassen aus Nordrhein-Westfalen, Berlin und Rheinland-Pfalz sowie der Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover. Das Projekt wird seit 2008 bundesweit in zwölf ARGen umgesetzt.

Zu Beginn steht eine Situationsanalyse durch die Unfallkassen. In einem Fragebogen können die Beschäftigten angeben, was sie belastet und wie oft Übergriffe vorkommen.

In Hannover beteiligt sich das JobCenter Region Hannover an dem Projekt. Zunächst wurden die Arbeitsbedingungen detailliert untersucht. Aus den Ergebnissen der Befragung und einer Gefährdungsanalyse ergibt sich ein detaillierter Einblick in die ARGE: Wie sie funktioniert, wo es Reibungen gibt und in welchen Bereichen es gut läuft. Die Beschäftigten, die Führungskräfte und die Unfallkassen erarbeiten dann gemeinsam Lösungsvorschläge für die Probleme.

Schon durch technische und organisatorische Veränderungen können Übergriffe deutlich verringert werden. Beispiele dafür sind eine ansprechende Gestaltung des Wartebereichs, um eine entspannende Atmosphäre zu schaffen, der Verzicht auf Alleinarbeitsplätze oder zusätzliche Fluchtmöglichkeiten in den Büros. Computergestützte Notrufsysteme sind fast schon eine Selbstverständlichkeit. Und schließlich können Schulungen zum Thema Deeskalation angeboten werden: Woran können gefährliche Situationen erkannt werden? Wie kann ein Aufschaukeln verhindert werden?

Wichtig ist, dass Beschäftigte, die Übergriffe erlebt haben, nicht allein gelassen werden. Hier hilft ein betriebliches Betreuungskonzept. Psychologische Erste Hilfe durch Kolleginnen und Kollegen sowie eine professionelle Notfallversorgung sind der Kern eines solchen Konzeptes. Die Unfallkassen können dabei beratend zur Seite stehen und Therapieangebote vermitteln.

Was viele nicht wissen ...

In der gesetzlichen Unfallversicherung haben psychische Verletzungen den gleichen Stellenwert wie körperliche. Eine psychische Verletzung, durch einen Übergriff erlitten, gilt genauso als

Arbeitsunfall wie ein Armbruch. Damit Betroffene die Möglichkeit haben, Leistungen der Unfallversicherung zu erhalten, benötigen die Unfallkassen nur eine Unfallanzeige.

Erste Ergebnisse

Das JobCenter Region Hannover hat sich im Wesentlichen mit den hohen quantitativen Anforderungen, den Organisationsabläufen, der Sicherheit und mit dem Arbeitsschutz auseinandergesetzt. Es wurde neues Personal eingestellt, Überstunden wurden systematisch abgebaut und es erfolgte eine externe Organisationsberatung, um die Abläufe zu optimieren und somit die quantitativen Anforderungen zu reduzieren. Zum Thema Sicherheit wurden ein Reaktionsplan sowie ein Versorgungskonzept bei Übergriffen gegen Beschäftigte erarbeitet. Die Regelung der Zuständigkeiten und der Abläufe bei konkreten Gefahrensituationen soll den Betroffenen schnell und wirksam helfen und das Sicherheitsgefühl der Beschäftigten erhöhen. Weiterhin wurde eine interne Mitarbeiterberatung geschaffen und eine Grundsatzklärung gegen Gewalt veröffentlicht. Im Zusammenhang mit dem Arbeitsschutz wurden Ersthelfer, Brand- und Sicherheitsbeauftragte benannt, es erfolgte eine Ergonomieberatung und die Einrichtung von Angeboten zur Gesundheitsförderung.

Im Rahmen einer zweiten Befragung wurden die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gebeten, die erfolgten Maßnahmen zu bewerten. Die Auswertung steht zum jetzigen Zeitpunkt noch aus.

Auch für den Transfer ist gesorgt: Die erfolgreichen Maßnahmen werden zu Empfehlungen der Unfallversicherungen zusammengefasst. Sie sollen bundesweit auch den anderen ARGen und vergleichbaren Einrichtungen in öffentlichen Verwaltungen sowie den Unfallkassen zur Verfügung gestellt werden.

VIOLDA ERCKENS, *Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover, Geschäftsbereich Prävention, Am Mittelfelde 169, 30519 Hannover, Tel.: (05 11) 8 70 71 98, E-Mail: viola.erckens@guvh.de*

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) hat zum Ziel, Belastungen durch die Arbeitsumgebung und -organisation zu verringern und die Gesundheitspotenziale der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu stärken. Dies erfolgt auf Grundlage detaillierter Analysen wie Mitarbeiterbefragungen oder mitarbeiterorientierter Methoden wie Gesundheitszirkeln. Jedoch ist die Verbreitung gerade in kleinen und mittleren Betrieben (KMU) deutlich zurückhaltender als in Großbetrieben, die über mehr personelle Ressourcen für die Realisierung eines solchen systematischen und nachhaltigen Vorgehens verfügen. Daher hat TNS Infratest im Auftrag der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) 500 Betriebe des produzierenden Gewerbes mit 50 bis 500 Beschäftigten befragt, um Motive und Hindernisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement zu finden.

Verbreitung von BGM in Klein- und Mittelunternehmen

Es gibt bislang nur wenige Hinweise, wie viele kleine und mittelgroße Unternehmen BGM kennen und durchführen. Von den befragten Unternehmen gibt durchschnittlich jede/r Dritte (36%) an, BGM zu haben. Es zeigt sich, dass diese Quote mit der Unternehmensgröße ansteigt. Während etwa ein Drittel der Betriebe bis 199 Beschäftigte sich im BGM engagiert, liegt dies bei Betrieben mit mehr als 200 Mitarbeitern schon fast bei der Hälfte (47%). Angeregt wurde BGM häufig von der Geschäfts- oder Personalabteilung. Mit wachsender Unternehmensgröße sind aber auch die Sicherheitsfachkraft, der betriebsärztliche Dienst oder die Mitarbeitervertretung maßgebliche Promotoren für die Einführung Betrieblicher Gesundheitsförderung. Regelmäßige Analysen der betrieblichen Situation, Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsabläufe sowie Schulungen oder Gesundheitszirkel sind wesentliche Instrumente im BGM.

Hindernisse und Hilfestellungen

Was aber hindert Unternehmen daran, sich im BGM zu engagieren, obwohl doch zahlreiche positive Praxisbeispiele von seinem Nutzen berichten? Betriebe, die vom BGM gehört, bislang aber keine

eigenen Erfahrungen damit gemacht haben, führen am häufigsten an, dass das Tagesgeschäft Vorrang hat (88%). Drei Viertel der Befragten fehlen personelle und zeitliche Ressourcen (76%) für ein Engagement, außerdem werden andere Themen (73%) als wichtiger angesehen. Über die Hälfte der Befragten gibt an, dass die Belegschaft nicht motiviert sei, sie bislang kein persönliches Engagement für BGM wahrgenommen haben oder BGM einfach noch kein Thema war. Auch BGM-Unternehmen begegnen zahlreiche Hindernisse. Auch hier hat das Tagesgeschäft oft Vorrang (61%) und es fehlen Ressourcen (56%), aber in deutlich geringerem Maße. Wissensdefizite werden als zentrale Hürden im BGM-Prozess benannt: gerade wenn es um die Umsetzung von Empfehlungen und Maßnahmen geht, aber auch um externe Unterstützungsmöglichkeiten oder Anbieter.

Als Hilfestellungen benennen alle Befragten insbesondere gute, regionale Beispiele aus ihrer Branche und Informationen über den wirtschaftlichen Nutzen. Gerade die persönliche Unterstützung durch die Krankenkassen und die Berufsgenossenschaften wird empfohlen. Die iga-Befragung zeigt deutlich: Es kann noch einiges getan werden, um kleine und mittelgroße Unternehmen vom Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung zu überzeugen. Dazu muss gezeigt werden, wie Betriebliches Gesundheitsmanagement in die betrieblichen Prozesse eingebunden werden kann, dass der Nutzen die Kosten überwiegt und zu einem Abbau von Zeitdruck und Belastungen sowie zur Steigerung von Motivation und Arbeitszufriedenheit führen kann. Vor allem die kleineren Unternehmen wünschen sich noch mehr Information und Unterstützung z. B. in Netzwerken.

Der iga-Report 20 ›Motivation und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement‹ steht als Download zur Verfügung: www.iga-info.de > Veröffentlichungen > iga-Reporte.

PATRICIA LÜCK, REGINA HERDEGEN, AOK-Bundesverband, Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin, Tel.: (0 30) 3 46 46 23 48, E-Mail: patricia.lueck@bv.aok.de, regina.herdegen@bv.aok.de

Alexander Wegner

Betrieblicher Gesundheitsschutz im Sozial- und Erziehungsdienst

2009 wurde für den kommunalen Sozial- und Erziehungsdienst ein Tarifergebnis mit Regelungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz erreicht. Kernpunkte sind individuelle Rechtsansprüche der Beschäftigten und Verfahrensregelungen, die eine Erweiterung der Beschäftigtenbeteiligung bei Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes beinhalten. Diese Vorschriften begründen die Einrichtung einer Betrieblichen Kommission, welche Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsschutzes vorbereiten und die Beteiligung der Beschäftigten sicherstellen soll. Darin besteht aus ver.di-Sicht eine wichtige Erfolgsvoraussetzung aller betrieblichen Gesundheitsschutzmaßnahmen, denn bei unzureichender Beteiligung der Beschäftigten bleiben wirksame Verbesserungen auf der Strecke.

Dies stellt eine Stärkung des betrieblichen Gesundheitsschutzes dar und trägt dazu bei, mittel- und langfristig gesundheitsgefährdende Arbeitsbelastungen deutlich zu reduzieren. Dieses Thema hat eine hohe Mobilisierungswirkung entfaltet, was deutlich macht, dass die Arbeitsbedingungen flächendeckend als problematisch erachtet werden. Die Problemwahrnehmung der Beschäftigten wird von bereits vorgenommenen Gefährdungsbeurteilungen und weiteren Studien bekräftigt.

In der öffentlichen Debatte waren und sind insbesondere Aspekte physischer Belastungen präsent, allerdings wird eine wesentliche Herausforderung darin bestehen, auch und gerade die psychischen Belastungen stärker ins Blickfeld zu rücken.

Im Rahmen der Untersuchung ›Gute Arbeit‹ des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) wurde aufgezeigt, dass Gefährdungsbeurteilungen, die als Grundlage und Ausgangspunkt aller Gesundheitsschutzmaßnahmen gelten, oft gar nicht durchgeführt werden und wenn, dann geschieht dies häufig unzureichend, da psychische Belastungen unberücksichtigt bleiben. Weitere Untersuchungen belegen den Zusammenhang von psychischen Belastungen und nicht selten langwierigen Erkrankungen, welche gerade durch die hohen Kostenbelastungen bei den Krankenkassen Aufsehen erregten.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Verantwortung für alle Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsschutzes, die von der Gesetzgebung auf die Unternehmen übertragen ist, nur unzureichend wahrgenommen wird. Dabei darf nicht unbeachtet bleiben, dass es den Beschäftigten und ihren betrieblichen Interessenvertretungen bislang nicht hinreichend gelungen ist, die Einhaltung der zu ihrem Schutz geltenden Vorschriften vollumfänglich durchzusetzen.

Umsetzungshemmnisse beim betrieblichen Gesundheitsschutz

Die Ursachen dafür sind vielfältig. Zum einen sei auf die Komplexität der Vorschriften und Normen des Arbeitsschutzes verwiesen, deren vollumfängliche und sachgerechte Nutzung Spezialkenntnisse erfordern. Hinzu kommen die Regelungen der Mitbestimmungsgesetze, die an zentralen Stellen erzwingbare Mitbestimmungsrechte vermissen lassen. Des Weiteren stellt sich die Frage der erforderlichen Mittel: für Schulungen, die Hinzuziehung externen Sachverständigen oder für die ggfs. erforderlichen Maßnahmen. Auch wenn es sich dabei um selbstverständliche Betriebskosten handelt, wiegt angesichts der angespannten Haushaltslage jede ›zusätzliche‹ Ausgabe schwer. Ein Verständnis, das diese Ausgaben als Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten begreift, muss noch entwickelt werden. Arbeit darf nicht krank machen. Dieser Grundsatz wird wohl kaum öffentlich Widerspruch ernten. Fakt ist jedoch, dass die Praxis anders aussieht. Gänzlich unverständlich ist diese Tatsache in Anbetracht des schon bestehenden und weiter zunehmenden Fachkräftemangels.

Zu guter Letzt sei noch erwähnt, dass das Arbeitsschutzgesetz ein Verfahren beschreibt, welches langwierige Untersuchungen und Prozesse vorsieht, die richtigerweise als Daueraufgabe definiert sind. Jedoch setzen gerade derart langwierige Prozesse Kontinuität voraus, welche angesichts immer häufiger werdender ›Modernisierungen‹ und Umstrukturierungen rar geworden ist.

Mit den jetzt anzuwendenden Tarifvorschriften kann betrieblicher Gesund-

heitsschutz forciert werden. Ver.di hat mit Arbeitshilfen für Personal- und Betriebsräte einen Beitrag zur Umsetzung geleistet und ein Instrument zur Analyse psychischer Belastungen geschaffen, das aus unserer Sicht ein Beispiel und einen Minimalstandard für die fachgerechte Gefährdungsbeurteilung darstellt.

Weitere Informationen können über die ver.di-Geschäftsstellen, die Homepage www.sozialarbeit.verdi.de oder das ver.di-Mitgliedernetz abgerufen werden.

ALEXANDER WEGNER, *ver.di Bundesverwaltung, Fachbereich Gemeinden, Tarifarbeit, Tarifkoordination*
Tel.: (0 30) 69 56 22 23,
E-Mail: alexander.wegner@verdi.de

Barbara Kubesch

Modellprojekt BEP: Unterstützungsangebote für neue Lehrkräfte

Zurzeit werden jährlich mehr als 3.000 neue Lehrkräfte in den Schuldienst eingestellt, und da in den nächsten fünf bis acht Jahren ein Drittel der aktiven Lehrkräfte pensioniert werden, wird dieser Trend noch einige Zeit fortbestehen. Empirische Studien belegen, dass sich in den ersten Berufsjahren die professionelle Berufsrolle verfestigt und damit auch die Weichen gestellt werden, ob sich eine Lehrkraft von Beginn an gesundheitsförderliche Strategien im Umgang mit den beruflichen Anforderungen aneignet oder nicht. An diesem Punkt setzt das niedersächsische Modellprojekt ›Berufseingangsphase‹ an, um den neuen Lehrkräften Unterstützung zu geben, gesundheitsförderliche Ressourcen (weiter) zu entwickeln und Bewältigungsstrategien im Umgang mit den beruflichen Belastungen zu erlernen (www.nils.nibis.vedab.de).

Mit dem Modellprojekt sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Optimierung von (Selbst-) Lernprozessen durch entsprechende Lernangebote
- Förderung der Integration der neuen Lehrkräfte in das System Schule

- Unterstützung bei der Krisenbewältigung
- Vernetzung zum Zwecke der kollegialen Unterstützung

Konkrete Angebote für Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger im Projekt:

- In der eigenen Schule stehen Schulleitung, Kollegium, vielleicht ein Mentoringsystem und eine Informationsmappe für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung.
- In allen Fortbildungsregionen des Landes Niedersachsen werden einmal jährlich Fachtage angeboten, auf denen neben Vorträgen Workshops zu wichtigen Themen, wie z. B. ›Classroommanagement‹ angeboten werden.
- Allen zukünftigen Lehrkräften wird im Seminar mit dem Zeugnis des 2. Staatsexamens ein ›Leitfaden zum Berufsstart‹ ausgehändigt, der viele nützliche Checklisten, Tipps und Praxishilfen enthält.
- In allen Fortbildungsregionen werden (so ortsnah wie möglich) Kollegiale Beratungsgruppen angeboten. Unter der Moderation erfahrener Lehrkräfte werden Methoden der Kollegialen Beratung und Intervention anhand konkreter Probleme aus dem schulischen Alltag erprobt und gemeinsam Lösungen erarbeitet.
- Zu wichtigen Themen, z. B. ›Elterngespräche führen‹ oder ›Stressmanagement‹ werden auch regionale Fortbildungskurse angeboten.
- Es gibt eine Internetseite (bep.nibis.de) sowie ein internes Forum (nline.nibis.de/bep-ni), das zukünftig auch zur Online Beratung und zum Austausch genutzt werden kann.
- Allen Lehrkräften stehen für persönliche Beratung und Coaching Schul- und Arbeitspsychologinnen und -psychologen der Landesschulbehörde zur Verfügung.

Bisherige Erfahrungen

In allen Fortbildungsregionen wurden im ersten Jahr des Modellprojektes Fachtage angeboten, die auf eine gute Resonanz gestoßen sind. Die Kurse der Regionalen Lehrerfortbildung (RLFB) sind unterschiedlich stark nachgefragt

worden. Gründe könnten unterschiedlich gelagerte Interessen, aber auch der hohe Zeitaufwand in der Berufseinstiegsphase sein. Auch die Angebote zur Kollegialen Beratung wurden nicht überall nachgefragt. Dies ist bedauerlich, da alle Gruppenmoderatorinnen und -moderatoren davon berichteten, dass die Lehrkräfte, die die Gruppe regelmäßig besucht haben, so zufrieden waren, dass sie eine Fortsetzung wünschen. Ggf. muss das Setting noch dahingehend modifiziert werden, dass zunächst ›Schnuppersitzungen‹ angeboten werden, damit sich die neuen Lehrkräfte eine fundierte Meinung über den Sinn und Nutzen der Kollegialen Beratung bilden können. Da weder Kollegiale Beratung noch Supervision im Lehrerberuf – im Gegensatz zu anderen sozialen Berufen – eine Tradition haben, können die Lehrkräfte auch nicht in bestehenden Kollegialen Beratungsgruppen ihrer Schule mitarbeiten. Dies ist bedauerlich, denn die Kollegialen Beratungsgruppen, die sich aus Lehrkräften eines Kollegiums zusammensetzen, haben den Vorteil, dass gemeinsam erarbeitete Lösungen für berufliche Probleme in der Schule besser wirksam werden können, wenn mehrere Lehrkräfte dieselben Lösungen praktizieren.

Evaluation des Modellprojektes

Das Projekt wird derzeit evaluiert und alle aktiv Beteiligten wünschen sich, dass es zu einer dauerhaften Bereitstellung von Fachtagen, Kursangeboten und Gruppenangeboten kommt, damit die Integration neuer Lehrerinnen und Lehrer für alle Beteiligten mit möglichst wenig Stress und damit gesundheitsförderlich verläuft.

Literatur bei der Verfasserin

BARBARA KUBESCH, *Nds. Kultusministerium, Referat Arbeitsschutz und Gesundheitsmanagement in Schulen und Studienseminaren, Schiffgraben 12, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20 73 25, E-Mail: Barbara.Kubesch@mk.niedersachsen.de*

Claudia Seibold, Brigitte Steinke

Auf dem Weg zur Gesunden Hochschule – ein Praxishandbuch

Gesundheitsförderung gehört heute ganz klar zu den Aufgaben einer Hochschule. Zum einen, da Hochschulen im zunehmenden Wettbewerb großes Interesse an gesunden und motivierten Beschäftigten und Studierenden haben. Zum anderen, da sie durch die in der Hochschule vorherrschende Kultur und die dort gelebten Werte und Normen das Wohlbefinden und die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Studierenden erheblich beeinflussen.

Entscheidend für die Etablierung einer Gesunden Hochschule ist jedoch nicht die Durchführung einzelner Aktionen zur Reduktion bestimmter Risikofaktoren. Es geht vielmehr darum, den Gesundheitsaspekt so in die Strukturen der Hochschule zu integrieren, dass er bei allen wichtigen Entscheidungen innerhalb der Hochschule Berücksichtigung findet.

Studie ›AnSPORn‹

Mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse wurde im Rahmen der Studie ›AnSPORn – Analyse von Strukturen und Prozessen im Sinne der Organisationsentwicklung und Nachhaltigkeit für Gesundheitsförderung an Hochschulen‹ an sechs deutschen Universitäten untersucht, welche praktischen Faktoren die Einführung von Gesundheitsförderung an Hochschulen fördern und wie diese herbeigeführt werden können.

Als wichtigster Erfolgsfaktor konnte die Unterstützung durch die Hochschulleitung identifiziert werden. Sie muss das Thema mittragen und dafür Ressourcen zur Verfügung stellen. Zudem ist es essentiell, dass sich ein Gremium aus relevanten Schlüsselakteuren der Hochschule zusammenfindet (u. a. Vertreter der Hochschulleitung, des Personalrats, Studierendenvertreter, Betriebsarzt/Betriebsärztin, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen). Um die Beschäftigten und Studierenden zu erreichen, sollten die angebotenen Maßnahmen in einem ausgewogenen Mix erfolgen, d. h. es sollten kurzfristige mit langfristigen Maßnahmen kombiniert werden. Des Weiteren sollten sowohl auf konzeptioneller Ebene (z. B. Leitbild-Entwicklung)

gearbeitet als auch konkrete Maßnahmen durchgeführt werden, die für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für die Studierenden erlebbar sind (z. B. Gesundheitstage und -kurse).

Insgesamt zeigte die Studie, dass die Schaffung einer Gesunden Hochschule nicht einfach ist. Der Etablierungsprozess kann mit der Arbeit eines Jongleurs verglichen werden. Hierbei gilt es, inhaltliche, konzeptionelle und begleitende Maßnahmen (z. B. Öffentlichkeitsarbeit, Einwerbung finanzieller Mittel) unter einen Hut zu bringen. Gleichzeitig sind Änderungen sowohl bei den Individuen als auch in den Strukturen der Hochschule zu erzielen, kurz- und langfristige Ziele zu erreichen sowie die unterschiedlichen Gruppen in der Hochschule (u. a. Studierende, wissenschaftliche und nichtwissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) anzusprechen.

Praxishandbuch ›Gesunde Lebenswelt Hochschule‹

Die Studie brachte zahlreiche praktische Handlungsempfehlungen hervor, die in einem Praxishandbuch aufbereitet wurden. Dieses ist handlungsorientiert konzipiert und vermittelt die Erfahrungen der untersuchten Hochschulen in einer schnell nutzbaren Weise. Insbesondere gibt es Antworten auf folgende Fragen: Welche Akteure sind zu beteiligen? Wie kann die Hochschulleitung gewonnen werden? Welche Maßnahmen eignen sich? Wie kann die Finanzierung und wie die Verstetigung der Gesundheitsförderung sichergestellt werden?

Das Praxishandbuch ›Gesunde Lebenswelt Hochschule‹ kann bei der Autorin sowie bei der Techniker Krankenkasse (team-bgm@tk-online.de) bestellt oder im Internet unter www.gesundheitsfoerderung-hochschulen.de heruntergeladen werden.

CLAUDIA SEIBOLD, *Universität Bayreuth, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Prieserstr. 2, 95444 Bayreuth, Tel.: (09 21) 55 48 08, E-Mail: claudia.seibold@uni-bayreuth.de*

Martina Plaumann

Präventionsforschung: Projekte rund um das Thema Arbeit

Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen sind wichtige Ansatzpunkte, um dem Auftreten sowie ungünstigen Verläufen von Erkrankungen zu begegnen. Damit verstärkt auf wissenschaftlich evaluierte Maßnahmen zurückgegriffen werden kann, richtete das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2003 den Förderschwerpunkt Präventionsforschung ein. Bis 2012 werden rund 60 Projekte gefördert, in denen über 50 wissenschaftliche Einrichtungen und mehr als 200 Praxispartner eingebunden sind. Dabei stehen eine Überprüfung der Wirksamkeit und Qualitätssicherung von Maßnahmen sowie die Erprobung neuer Zugangswege und Methoden im Fokus. Das Forschungsinteresse richtet sich auch auf Projekte, die präventive Maßnahmen im Bereich Arbeit, insbesondere zu Stress und Arbeitslosigkeit, untersuchen. Diese Projekte werden hier kurz dargestellt.

Projektbeispiele

Das Projekt ›Stress- und Ressourcenmanagement für un- und angelernte Beschäftigte: Entwicklung eines Multiplikationskonzeptes (ReSuM)‹ widmet sich der Problematik der ungleich verteilten Gesundheitschancen zwischen qualifiziertem Personal und ungelerten Beschäftigten. Das manualisierte Konzept umfasst sowohl Module für Betroffene als auch ein Führungskräfte-training.

Da Beschäftigte mit Migrationshintergrund besonders häufig un- oder angelernt sowie verstärkt Belastungen ausgesetzt sind, baut ein weiteres Forschungsvorhaben auf ReSuM auf: Das Projekt ›Stress- und Ressourcenmanagement für un- und angelernte Beschäftigte mit Migrationshintergrund sowie Belegschaften mit kultureller Diversität. Entwicklung und Evaluation eines Multiplikatorenkonzeptes (ReSuDi)‹. Es entsteht darin ein multimodales und partizipativ ausgerichtetes Konzept, das in der Praxis der kulturellen Diversität der Belegschaft gerecht wird.

Ein weiteres Projekt, das sich mit der Prävention von arbeitsbezogenem Stress beschäftigt, ist die Studie ›Prävention stressbedingter Gesundheitsschäden in einem Industriebetrieb

Mareike Claus

Handlungsfeld Gesundheitsmanagement in der LVG & AFS

– eine randomisierte Interventionsstudie bei Männern mit erhöhtem Risiko«. Das Vorhaben überprüft die Wirkung einer gezielten Stressintervention auf Stressbeanspruchung und Morbidität an Führungskräften der Automobilproduktion.

Neben ›Stress‹ wird durch zwei Projekte das wichtige Thema ›Arbeitslosigkeit und Gesundheit‹ angesprochen. Hauptziele der Studie ›Multimodales Gesundheitsförderungsprogramm für Langzeitarbeitslose in Maßnahmen zur Förderung der beruflichen und sozialen Integration (MFI)‹ sind die partizipative Entwicklung, Implementierung und wissenschaftliche Evaluation eines auf dem Multiplikatorenansatz beruhenden Präventionskonzepts.

Eine besondere Zielgruppe spricht das Projekt ›Evaluation einer zweistufigen Intervention für ältere Langzeitarbeitslose: Vermittlung von Bewältigungskompetenzen in Kombination mit einer Tätigkeitsgestaltung und Organisationsentwicklung jenseits des Erwerbsmarktes‹ an: Gesellschaftliche Teilhabe trägt maßgeblich zu einem gesunden Altern bei. Für die Zielgruppe der älteren Erwerbslosen ermittelt die Studie, welchen Beitrag zur Verbesserung des gesundheitlichen Befindens eine Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention leisten kann.

Projektdatenbank

Das den Förderschwerpunkt übergreifende Projekt ›Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung‹ (KNP) stärkt die Vernetzung sowie den Wissens- und Erfahrungsaustausch der in der Prävention tätigen Akteure. Zur Förderung des Ergebnistransfers in Fachöffentlichkeit und Praxis werden gezielte Veröffentlichungen sowie eine Darstellung der Forschungsprojekte im Internet initiiert. Die Projektdatenbank bietet unter www.knp-forschung.de eine Übersicht der Studien im Förderschwerpunkt.

MARTINA PLAUMANN, *Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Str. 1, 30623 Hannover, Tel.: (05 11) 5 32 44 52, E-Mail: Plaumann.Martina@mh-hannover.de*

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. verfolgt u. a. das Ziel, settingbezogen die Gesundheit von Menschen zu fördern und gesundheitsbezogene Risikofaktoren zu reduzieren.

Ausgehend vom Konzept des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) kann man mit einer systematischen Herangehensweise in vielen Bereichen gesundheitsförderliche Veränderungen forcieren. Gesundheitsmanagement ist daher ein wesentlicher Handlungsschwerpunkt in der LVG & AFS. Je nach Arbeitsschwerpunkt und Setting werden die Prinzipien Ganzheitlichkeit, Partizipation, Integration und Projektmanagement angewendet und die Konzepte jeweils bedarfsgerecht angepasst.

Umsetzung in den Arbeitsschwerpunkten

In dem Arbeitsschwerpunkt Arbeit und Gesundheit beraten die Mitarbeiterinnen der LVG & AFS Dienststellen der niedersächsischen Landesverwaltung zur Umsetzung von Gesundheitsmanagement. Bereits seit dem Jahr 2003 steht dieser Service ressortübergreifend allen Behörden kostenlos zur Verfügung.

Seit dem 01.02.2010 gibt es zudem eine gesonderte Vereinbarung mit dem Justizministerium. Für eine Laufzeit von zwei Jahren bietet eine Mitarbeiterin gezielt Beratungen für Gerichte und Staatsanwaltschaften an. Ziel ist es, diese Organisationen für die Umsetzung von Gesundheitsmanagement zu sensibilisieren und zu qualifizieren. Ausgehend von diesen Beratungserfahrungen hat die LVG & AFS im vergangenen Jahr gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit einen Praxisleitfaden zum Thema ›Betriebliches Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen‹ veröffentlicht.

Im Bereich Bildung und Erziehung wird das Konzept des Gesundheitsmanagement in vielfältiger Weise angewendet.

Im Settingbereich Kita hat sich bereits 2005 das niedersächsische Netzwerk ›Kita und Gesundheit‹ gegründet. Dieses wird von der LVG & AFS koordiniert. Hier tauschen sich interessierte

Akteure über praktikable und gesundheitsförderliche Konzepte für die Einrichtungen aus oder arbeiten an konkreten Themen wie z. B. der Erzieherinnen- und Erziehergesundheit oder der Zusammenarbeit mit Eltern. Dabei geht es immer um die Frage, wie Gesundheitsförderung zu einem festen Bestandteil der Einrichtungskultur wird. In diesem Zusammenhang ist Anfang 2010 auch der Leitfaden ›Gesunde Kita für alle‹ erschienen.

Im Bereich Schule verfolgt das Projekt ›Gesund Leben Lernen‹ das Ziel, durch den Ansatz des BGM die Schule zu einer gesunden Lebenswelt für Lehrkräfte sowie Schülerinnen und Schüler zu entwickeln. Über 120 Schulen arbeiten bereits mit diesem Konzept. Die Erfahrungen wurden in dem Leitfaden ›Gesundheitsmanagement in Schulen‹ zusammengefasst und veröffentlicht.

Das Praxisbüro Gesunde Schule, eine langjährige Beratungseinrichtung innerhalb des Vereins, bietet interessierten Schulen persönliche Beratung zum Aufbau eines Gesundheitsmanagements, gibt Informationen heraus und vermittelt Kontakte.

Auch im Bereich der Hochschulen ist die gesundheitsförderliche Weiterentwicklung des Settings ein Thema, das weiter an Bedeutung gewinnt. Bereits seit 1995 wird der bundesweite Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen von der LVG & AFS aus koordiniert. Aktuell ist die Vernetzung der Hochschulen, die bereits ein Gesundheitsmanagement bei sich implementiert haben, ein Schwerpunkt der Netzwerkarbeit. In enger Kooperation mit der Techniker Krankenkasse wird an Strategien und Umsetzungshilfen für die Lebenswelt Hochschule gearbeitet. Vor kurzem wurde das Praxishandbuch ›Gesunde Lebenswelt Hochschule‹ veröffentlicht. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem Artikel von Frau Seibold in dieser Impu!se-Ausgabe.

Weitere Informationen zu den einzelnen Projekten und Arbeitsbereichen erhalten Sie auf der Webseite www.gesundheit-nds.de. Dort können Sie auch alle hier benannten Veröffentlichungen herunterladen.

Adresse siehe Impressum

Fortbildung ›Interkulturelle Pflege/Medizin‹ im Krankenhaus

Die demografische Entwicklung und die Zunahme des Anteils an Menschen aus anderen Kulturkreisen führen dazu, dass interkulturelle Kontakte in unserer Gesellschaft immer stärkere Bedeutung erhalten. Jeder gesellschaftliche Sektor – auch das Gesundheitswesen – steht vor der Aufgabe, damit umzugehen. Im Krankenhaus stellen Patientinnen und Patienten sowie Angehörige mit Migrationsbasis eine Herausforderung dar, auf die die Beschäftigten der Krankenhäuser wenig vorbereitet sind. Die innere Haltung der Beschäftigten, die verbale und nonverbale Kommunikationsmuster einbezieht, ist neben der konkreten Information für einen gelungenen Kontakt von besonderer Bedeutung.

Die Publikation des Deutschen Volkshochschulverbandes ›Xpert Interkulturelle Kompetenz‹ stellt die Bedeutung der Auseinandersetzung mit der eigenen Kultur heraus. Die Reflexion der eigenen Haltung zur ›deutschen‹ Kultur ist die Voraussetzung für eine gelungene Kontaktaufnahme mit Menschen aus anderen Kulturkreisen. Themen wie kulturelle Fremdheit und Techniken des interkulturellen Umgangs werden behandelt. In den Fortbildungen zeigt sich, dass dieser methodische Ansatz bei einigen Beschäftigten positive Effekte hat, andere bei gleichem Input im konkreten Kontakt weiter unsicher sind. Hier setzt das Potenzial des Konstruktivismus an, der die Bedeutung der inneren Haltung im Hinblick auf eine gelungene Kommunikation – auch im interkulturellen Rahmen – deutlich macht. Diese Verknüpfung zeigt, warum einige Beschäftigte sich erfolgreich mit dem X-pert - Ansatz im Berufsalltag behaupten, andere kaum positive Erfahrungen machen.

Der Konstruktivismus beschreibt das Erleben als Aufmerksamkeitsfokussierung. Die Alltagssprache drückt dies in dem Satz ›Das Glas ist halb leer/halb voll‹ aus und verbindet dies mit der Haltung eines Pessimisten bzw. Optimisten. Nach den ersten positiven Erfahrungen mit der Anwendung dieser Methode setzt sich die Tendenz fort, da die Beschäftigten ein selbstsicheres und kompetentes Verhalten einüben und je nach Situation verändern. Diese

Kompetenz ist wesentlich, da es auch im interkulturellen Kontakt kein Patentrezept gibt.

Die Fortbildung ›Xpert Interkulturelle Kompetenz‹

Die Fortbildungsarbeit umfasst drei verschiedene Phasen:

1. Phase: Auseinandersetzung mit der eigenen Kultur

›Was finde ich in meiner Kultur positiv?‹

2. Phase: Bewusstmachen von Handlungsmöglichkeiten

Darstellen von interkulturellem Kontakt im Klinikalltag, der unbefriedigend verlaufen ist. Relativierung des eigenen Handelns mit den damals vorhandenen Kenntnissen

3. Phase: Stärkung der Selbstsicherheit

Motivieren der Beschäftigten im gemeinsamen Durchspielen von Handlungsalternativen, Diskussion der Möglichkeiten des professionellen Handelns aus heutiger Sicht

Positive Effekte

Interkulturelles Arbeiten ist im Klinikalltag eher umzusetzen, wenn Beschäftigte der unterschiedlichen Gesundheitsberufe an spezifischen Fortbildungen teilnehmen. Die Kommunikation und Kooperation der beteiligten Berufsgruppen profitiert von positiven Effekten. Dies kann sich positiv auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund auswirken.

Im Klinikalltag kann erreicht werden, dass Gesundheitsberufe Belastungen im Kontakt mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen besser bewältigen und Handlungsmuster entwickeln, um die Herausforderung durch das ›Anderssein‹ von Menschen zu reduzieren. Es wird gezeigt, dass diese Strategie in besonderen Situationen zu einer Deeskalation beiträgt.

DR. IRIS STEINBACH, Kniggestraße 6,
30167 Hannover, Tel.: (05 11) 71 51 58,
E-Mail: iris.steinbach@
b-b-gesundheitswesen.com,
Internet: www.bildung-beratung-
gesundheitswesen.com

Kongressbericht: 20. IUHPE Weltkonferenz

›Gesundheit, Chancengleichheit und nachhaltige Entwicklung‹ – unter diesem Titel stand die 20. IUHPE (International Union for Health Promotion and Education) Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung in Genf vom 11. bis zum 15. Juli 2010. Erklärtes Konferenzziel war es, Brücken zu schlagen zwischen den Handlungsansätzen der Gesundheitsförderung und jenen der nachhaltigen Entwicklung.

Laut Angaben der Veranstalter haben 2010 insgesamt 2.262 Personen (ca. 60% Frauen, 40% Männer) an dem Kongress teilgenommen. Die Resonanz lag jedoch bei den Vorgängerkonferenzen mit etwa 3.000 bis 4.000 Teilnehmenden deutlich höher. Mehr als zwei Drittel der registrierten Teilnehmenden aus 123 Staaten aller Kontinente kamen aus Universitäten sowie öffentlichen Organisationen, Behörden und Regierungen. Unter den Top 10 der vertretenen Länder ist Deutschland mit nur 59 Teilnehmenden trotz seiner geografischen Nähe nicht vertreten. Diese wurden von der Schweiz, Kanada, den USA, Australien und Japan angeführt. Die Programmstruktur bestand aus 5 Plenar- und 15 Sub-Plenarsessionen. Für die Konferenz waren insgesamt mehr als 2.000 Abstracts eingereicht worden. Diese wurden in den Konferenzverlauf über Workshops, Vorträge, elektronische und traditionelle Poster eingebaut.

Diskurs über Konzepte und Gesundheitsvorstellungen

Bereits in ihrer Eröffnungsrede machte die neue Regionaldirektorin der World Health Organization für Europa (WHO-Euro), Dr. Zsuzsanna Jakab, deutlich, dass sie für einen neuen Stellenwert von Gesundheitsförderung und Public Health eintreten will. Als Ziel für die WHO-Euro nannte sie ›a better Health for Europe and reduce health divide, u. a. durch die ›Revitalisation‹ von Public Health und Gesundheitsförderung. Unter dem Stichwort ›Indigenous Health‹ standen gleich mehrere Workshops, in denen deutlich gemacht wurde, wie sehr die gängigen Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien vor allem von westeuropäischen und angelsächsischen Werten geprägt

und durchdrungen sind. U. a. aus Kanada, Neuseeland, Australien und Vietnam wurden Ergebnisse aus Projekten vorgestellt, die »indigene Gesundheitsvorstellungen« ernst nehmen. Sie versuchen nicht Gesundheitsförderungskonzepte für Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zu implementieren, sondern erforschen gemeinsam zunächst unterschiedliche Gesundheitskonzepte und -vorstellungen. Darauf aufbauend werden im zweiten Schritt Konzepte partizipativ entwickelt und umgesetzt.

Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz stellte ihre so genannte Healthy3-Initiative und deren Konkretisierung in dem zur Konferenz erschienen Weißbuch »Das Nahrungssystem« vor. Es wurde von Prof. Dr. Ilona Kickbusch unter Einbeziehung verschiedener schweizerischer und internationaler Expertinnen und Experten erarbeitet. Deren wesentliche Forderungen sind sehr abstrakt. Die Frage ist, ob Entscheidungsträger und relevante Akteure, an die sie sich letztlich richten, auf solche Forderungen aus einem eher marginalisierten Handlungsfeld, wie es die Gesundheitsförderung für weite Teile der Wirtschaft bspw. darstellt, überhaupt wahrnehmen. Das Papier ist breit angelegt, aber genau das ist auch seine Schwäche: Es macht keine Handlungsstrategie im Bereich der Gesundheitsförderung wirklich konkret und anschaulich.

Ausblick

Die Verknüpfung von Gesundheit, Chancengleichheit und nachhaltiger Entwicklung innerhalb des Konferenzprogramms war der Versuch, Brücken zu schlagen zwischen den Handlungsansätzen der Gesundheitsförderung und jenen der nachhaltigen Entwicklung. Die Konferenz hat allerdings auch deutlich gemacht, wie weit diese Handlungsstränge und Akteure noch voneinander entfernt sind. Die Fülle von Informationen in der Konferenzdokumentation ist angesichts des Umfangs der Konferenzbeiträge eher eine Fundgrube als ein systematisches Register aktueller Theorie und Praxis. Sie kann jedoch auch für die deutsche Diskussion sehr gut genutzt werden.

Die Kongressdokumentation der 20. IUHPE-Konferenz (Webcasts der Plenary Sessions und alle Präsentationen) steht zum Download bereit unter: www.iuhpeconference.net/pages/records/index.php

Adresse siehe Impressum

Klaus Witt

Trauerblockaden auflösen und ins Leben finden

Neben einem hohen Maß an Empathie muss Sterbe- und Trauerbegleitung auch praktische Hilfen zur klientenzentrierten Selbsthilfe anbieten. Und zwar mit dem Ziel, Trauerverarbeitung rechtzeitig zu unterstützen und im Falle von Trauerblockaden hilfreiche Werkzeuge für individuelle Trauerverarbeitung anbieten zu können. Die meisten Ausbildungen und Ratgeber fokussieren auf eine empathische Anteilnahme und Öffnung des Schmerzes sowie auf die mit dem Verlust zusammenhängenden Gefühle. Anteilnahme, Reden und Lösen von Gefühlen ist ein zentraler und auch oft hilfreicher Ansatz. Weinen befreit – ohne Frage, aber als einziges Hilfsangebot bleibt es zu wenig. Betroffene und Helfende brauchen wirksamere und leicht anwendbare Interventionen zur Auflösung von Trauerblockaden und zur Trauerüberwindung.

»Dying & Death in Europe«

In diesem Projekt haben EU-Partner aus Frankreich, Polen, Spanien und Deutschland erfolgreiche Trauerprozesse beobachtet, Zusammenhänge und Probleme diskutiert und daraus erste Formate für die Trauerbegleitung und Auflösung von Trauerblockaden abgeleitet.

Der Umgang mit Sterben und Tod zeigt, dass Trauer immer auch ein »Auftrag« an Hinterbliebene ist, das eigene Umfeld neu zu sortieren. Im Modell des Trauerpanoramas gehen wir von der Hypothese aus, dass die meisten Menschen ihre Beziehungen zu anderen in Form einer inneren geistigen Vorstellung der Personen wahrnehmen. Die Summe der internen Repräsentation

einer Person ist entscheidend daran beteiligt, wie wir unsere Beziehungen gestalten, und gilt als Ausgangspunkt für unser soziales Handeln. Ein erfolgreicher Trauerprozess kann somit als gelungene Neusortierung der inneren Abbildung der sozialen Beziehungen angesehen werden. Eine verstorbene Person verschwindet ja nicht gänzlich, sondern lediglich körperlich. Schließlich trauern wir, weil wir die verstorbene Person vermissen, d.h. sie im Geiste fokussieren und einen Verlust wahrnehmen.

Trauerbearbeitung

Das Besondere am Trauerpanorama ist, dass man diesen Prozess nicht mehr dem Zufall überlassen muss. Mittels der Herausarbeitung eines eigenen »Trauerpanoramas« wird dem bzw. der Trauernden deutlich, an welchem Platz der bzw. die Verstorbene in der Vorstellungswelt bisher gestanden hat, und damit kann entschieden werden, wie die Hinterbliebenen künftig die Verstorbene wahrnehmen möchten. Dazu werden unterschiedliche mentale Techniken angeboten, mit deren Hilfe die Trauernden das für sie passende Panorama erarbeiten können. So können konkrete Veränderungsimpulse gesetzt und eigenverantwortlich selbst etwas zur Trauerbearbeitung beitragen werden.

Trauer ist ein aktiver Prozess, den man sich zwar nicht selbst aussucht, aber zumindest selbst gestalten kann. Das Trauerpanorama ist dabei ein sehr hilfreiches und leicht zu erlernendes Unterstützungsformat. Gerade ehrenamtlich Tätige in der Sterbe- und Trauerbegleitung können damit gemeinsam mit den Trauernden die erforderliche Umordnung gestalten helfen. Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, Lehrkräfte, Pastorinnen und Pastoren, Pflegekräfte sowie Anbieter von Trauerhilfen und Sterbebegleitung sind herzlich eingeladen, sich an der Weiterentwicklung und Evaluation dieser im EU-Partnerschaftsprojekt entwickelten Methode zu beteiligen.

In der ECP-Akademie wird am 25. und 26. Februar 2011 eine Fortbildung zum Trauerpanorama angeboten. Ziel ist die aktive Unterstützung einer Neuordnung der Beziehungen durch

Veränderung der Repräsentation der bzw. des Verstorbenen im Denken und Fühlen der Trauernden.

Am 14. und 15. Mai 2011 findet im Gästehaus der Universitätsgesellschaft Hamburg der EU-Abschlussworkshop zur Vertiefung und internationalen Diskussion der Ergebnisse und Erfahrungen statt. Geplant sind Fortbildungen zum Trauerpanorama und zur Erstellung von Entspannungsmeditationen, Vorträge, Workshops und Zeit zum internationalen Austausch. Informationen finden Sie unter www.ecp-akademie.de/partnership. Eine Langfassung dieses Artikels auf Deutsch und Englisch kann dort ebenfalls heruntergeladen werden.

DR. KLAUS WITT, *ECP Akademie – Deutsche Akademie für Psychotherapie und Beratung GmbH, Baumschulenstraße 23, 22941 Bargteheide, Tel.: (0 45 32) 50 16 53, Fax: (0 45 32) 50 16 52, Internet: www.ecp-akademie.de*

Stephan Judick, Helga Winkelmann

Primäre Pflege im Allgemeinen Krankenhaus Celle

›Guten Morgen, ich bin Ihre Primäre Pflegekraft‹, dieser Satz wird die Patientin bzw. den Patienten vielleicht zunächst überraschen. Was steckt dahinter? Seit drei Jahren führt das Allgemeine Krankenhaus (AKH) Celle eine neue Pflegeorganisation ein. Kernpunkt dabei ist, dass jedem Patienten bzw. jeder Patientin von der Aufnahme bis zur Entlassung eine Pflegekraft zugeteilt ist, die sich um alle Belange kümmert und für den optimalen Behandlungsablauf verantwortlich ist. ›Das bringt ganz klare Vorteile für Patienten und Mitarbeiter mit sich. Der Patient und die Angehörigen haben in ihrer Primären Pflegekraft einen konstanten Ansprechpartner. Außerdem wird die Kommunikation zwischen allen Betroffenen direkter und schneller. Und natürlich steigt auch die Motivation jedes einzelnen Mitarbeiters, wenn sie die Erfolge der Pflegemaßnahmen für sich

persönlich verbuchen können.‹, so Helga Winkelmann, Geschäftsbereichsleitung Krankenpflege im AKH.

Möglichst früh alle mit ins Boot holen

Die Umsetzung dieses innovativen Pflegekonzepts setzt bestimmte Strukturen innerhalb eines Krankenhauses voraus: So ist es absolut entscheidend, dass diese strategische Entscheidung im Haus gemeinsam mit der Krankenhausleitung getroffen wird. Auch ist eine umfassende Information aller Beschäftigten bereits in einem frühen Stadium wichtig. ›Wir haben versucht, möglichst früh alle Beteiligten mit ins Boot zu holen, denn nur wer Bescheid weiß über die Änderungsvorhaben, kann sie auch mit tragen‹, betont Winkelmann. Am Ende des Vorgangs stand die Errichtung stationsinterner Planungsgruppen, die mit der Umsetzung des Konzeptes betraut wurden.

Verantwortung und Entscheidungsmöglichkeiten den handelnden Akteuren überlassen

Im AKH Celle wurde dieses Vorgehen ein voller Erfolg. Immer mehr Stationen stellen ihre Pflege um, und sowohl die Beschäftigten als auch die Patientinnen und Patienten wissen das Konzept der dezentralen Entscheidungsfindung sehr zu schätzen. Das weiß auch Olga Armstrong, Teamleiterin einer chirurgischen Station mit über 20 Betten und einer urologischen Station mit über 30 Betten. ›Es ist der richtige Ansatz, die Verantwortung und die Entscheidungsmöglichkeiten so weit wie möglich den handelnden Akteuren zu überlassen. Unsere Primären Pflegekräfte handeln sehr verantwortungsbewusst gegenüber den Patienten, Angehörigen und den Kollegen im Haus. Sie sind, was ihren Patienten betrifft, jederzeit auskunftsfähig. Das schafft Vertrauen und Sicherheit auf Seiten der Patienten‹, so Armstrong.

Die Primären Pflegekräfte haben einen umfassenden Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich. Sie können eigenverantwortlich den Pflegebedarf bei ihren Patientinnen und Patienten feststellen, die Pflegeplanung durchführen und die Umsetzung organisieren. ›Auch die Evaluation der Pflege fällt in ihren

Zuständigkeitsbereich. Denn nur, wenn man sich immer wieder aufs Neue fragt, was gut gelaufen ist und was man vielleicht noch besser machen könnte, kann man die Qualität der Pflege sichern und weiterentwickeln‹, betont Winkelmann.

Gemeinsam die Zeit nach der Entlassung planen

Die Primäre Pflegekraft kümmert sich nicht nur während des Krankenhausaufenthaltes um alle wichtigen Belange, sie ist auch dafür zuständig, die Betreuung nach der Entlassung zu organisieren. ›Deshalb leiten wir beispielsweise die Bezugspersonen der Patienten an, die sie nach ihrer Entlassung betreuen werden. Das ist eine wichtige Unterstützung, damit der Patient auch zu Hause weiter gut und fachgerecht versorgt wird. Wenn nötig, kümmern wir uns aber auch darum, dass der Patient einen Rehaplatz bekommt und bereiten ihn auf das vor, was ihn dort erwartet‹, so Armstrong.

Antwort auf steigende Ansprüche an individuelle Krankenversorgung

Auch wenn noch nicht auf allen Stationen des Krankenhauses die Primäre Pflege umgesetzt wurde, beurteilen sowohl Patientinnen und Patienten als auch Beschäftigte das Konzept als durchweg positiv. ›Die Primäre Pflege an sich ist kein Garant für die Qualität der Pflege. Das System schafft aber die notwendigen Voraussetzungen dafür, jeden einzelnen Mitarbeiter in den Stand zu versetzen, auf der Höhe seiner Leistungsfähigkeit zu arbeiten‹, erklärt Stephan Judick, Vorstand für pflegerisch-therapeutische Krankenversorgung und Patientenmanagement. So sieht er die Entscheidung für die Umsetzung der Primären Pflege als eine mutige und konsequente Antwort auf die steigenden Ansprüche an eine qualitativ hochwertige und individuelle Patientenversorgung im modernen Krankenhausbetrieb. ›Wir haben uns ganz bewusst dafür entschieden, das Konzept der Primären Pflege hier bei uns im AKH einzuführen, weil wir überzeugt davon sind, dass dies das Beste für unsere Patienten und unsere Mitarbeiter ist‹, betont Judick.

STEPHAN JUDICK, *Allgemeines Krankenhaus Celle*, Tel.: (0 51 41) 72 20 01,

E-Mail: Stephan.Judick@akh-celle.de

HELGA WINKELMANN, *Allgemeines Krankenhaus Celle*, Tel.: (0 51 41) 72 20 05,

E-Mail: Helga.Winkelmann@akh-celle.de

Carolin Hartwig

Deutsch-niederländisches Modellprojekt ›Fit for Business‹

Fitte Mitarbeiter. Fitter Betrieb. Nach diesem Motto startete Anfang dieses Jahres das deutsch-niederländische Modellprojekt ›Fit for Business‹. Vier Jahre lang werden der KreisSportBund Emsland und der niederländische Sportverband Sport Drenthe zusammenarbeiten, um die erste deutsch-niederländische Kooperation in der betrieblichen Gesundheitsförderung umzusetzen.

Ehrgeiziges Ziel

Bis Ende 2013 soll in 24 deutschen und 24 niederländischen Unternehmen systematisch ein individuelles Bewegungs- und Gesundheitsangebot eingeführt und nachhaltig verankert werden. Der Fokus des Projekts liegt auf kleinen und mittelständischen Unternehmen in der Ems-Dollart-Region. Der KreisSportBund Emsland übernimmt dabei die Führungsrolle für die korrekte Durchführung des gesamten Projektes. Der Mehrwert der deutsch-niederländischen Zusammenarbeit besteht vor allem in der Entwicklung eines gemeinsamen Know-Hows. Gezielter Wissensaustausch bildet die Basis für ein professionelles gemeinsames Konzept. Nach der Devise ›Voneinander und miteinander lernen‹ bündeln die Projektpartnerinnen und -partner ihre Ressourcen und tauschen sich regelmäßig über Erfolgsfaktoren und Stolpersteine in der betrieblichen Gesundheitsförderung aus.

Win-Win-Situation

Ausgangsbasis für ›Fit for Business‹ war die Idee, Sportvereine als neue Partner gezielt an Unternehmen zu vermitteln. Aus dieser Vernetzungsidee entwickelte

sich bald ein systematisches und ganzheitliches Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung. Mitarbeiterbefragung, Fitness- und Gesundheits-Check-Up sowie moderierte Projektgruppen in den Unternehmen sind feste Bestandteile des Konzeptes. Die Gesundheitsberaterin des KreisSportBundes (KSB) verlässt das Unternehmen erst, nachdem sie es bei der Umsetzung der entwickelten Maßnahmen begleitet und ihre Expertise an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Unternehmens übertragen hat. Damit wird eine nachhaltige Fortführung auch ohne Begleitung des KSB möglich. Der gesamte Prozess wird durch die Universität Hamburg wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Am Ende soll jeder Betrieb erfahren, welche Effekte ›Fit for Business‹ auf sein Unternehmen hatte.

Finanzierung

Das in Deutschland und den Niederlanden einmalige Projekt wird im Rahmen des INTERREG IV Programms Deutschland-Niederland mit Mitteln des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) gefördert und vom Land Niedersachsen und der Provinz Drenthe kofinanziert. Es wird begleitet durch das Programmmanagement bei der Ems-Dollart-Region. Insgesamt fließen 900.000 Euro in das Projekt. Die teilnehmenden Unternehmen müssen sich nur mit rund 20 % der in Wirklichkeit anfallenden Kosten beteiligen. Die Resonanz der emsländischen Unternehmen ist groß. Obwohl sich das Rahmenkonzept noch in der Detailentwicklung befindet und eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit zurzeit noch bewusst zurückgehalten wird, haben viele Unternehmen bereits Interesse an einer Teilnahme bekundet.

CAROLIN HARTWIG, *KreisSportBund Emsland e. V., Schlaunallee 11a, 49751 Sögel*, Tel.: (0 59 52) 94 01 13, E-Mail: hartwig@ksb-emsland.de

Impressum

Herausgeberin:

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, Sven Brandes, Melanie Bremer, Mareike Claus, Sabine Erven, Irmela Häuser, Isabell Harder, Christina Kruse, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Stephanie Schluck, Tania-Aletta Schmidt, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Kerstin Utermark, Marcus Wächter, Irmaut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Thomas Altgeld, Prof. Dr. Wolfgang Bonß, Mareike Claus, Prof. Dr. Antje Ducki, Viola Erckens, Patrick Frede, Julia Beatrice Fruhner, Michael Gumbel, Carolin Hartwig, Christiane Haupt, Jana Heckötter, Regina Herdegen, PD Dr. Alfons Holleederer, Stephan Judick, Prof. Dr. Ernst Kistler, Stephan Koesling, Prof. Dr. Frauke Koppelin, Barbara Kubesch, Dr. Karl Kuhn, Patricia Lück, Ute Lysk, Prof. Dr. Christine Morgenroth, Susann Mühlpfordt, Sonja Nielbock, Markus Paschke, Martina Plaumann, Caroline Richter, Claudia Seibold, Dr. Iris Steinbach, Brigitte Steinke, Falko Trischler, Andreas Uhlig, Peter Wagner, Alexander Wegner, Helga Winkelmann, Dr. Klaus Witt

Sekretariat: Sara-Kristin Lüdemann, Dana Kempf

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 69: 05.11.2010

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

Auflage: 7.500

Gestaltung: formfuersorge, Jörg Wesner

Druck: Interdruck Berger & Herrmann GmbH

Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

Alt und Jung im Pflegeheim

Das Zusammentreffen von Alt und Jung schafft immer wieder Erkenntnisse: sich selbst im Anderen wiederfinden, zu erkennen, welche Unterschiede es gibt - dieses Nachdenken über sich und Andere macht lebendig. Gemeinsame Aktivitäten mit Jüngeren ermöglichen den in Alten- und Pflegeheimen lebenden Menschen, aktiver am Leben teilzuhaben, neue lebendige Beziehungen zu knüpfen und stärker in das gesellschaftliche Leben einbezogen zu werden. Leider sieht das in der praktischen Arbeit häufig anders aus. In diesem Buch stellen die Autorinnen und Autoren verschiedene Ansätze vor, wie durch biografische Reflexion und die Anleitung zum gemeinsamen kreativen Schaffen Jung und Alt zusammengebracht werden können. Theoretische Einführungen zur Biographiearbeit, zu Theater und bildenden Künsten werden durch Vorschläge zur unmittelbaren Umsetzung abgerundet. Diese in einem Symposium entstandenen Aufsätze richten sich an alle in der Altenpflege Tätigen sowie an Interessierte. (mb)

MICHAEL GANSS, BARBARA NARR (HRSG.): *Alt und Jung im Pflegeheim. Intergenerative Projekte mit Malen, Werken und Theater. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2010, 208 Seiten, ISBN 978-3-940529-76-3, 24,90 Euro*

Wenn in sozialen Einrichtungen gekocht wird

Das Buch ist ein Leitfaden, der sich an Fachkräfte richtet aus der Hauswirtschaft, an Köchinnen und Köche und alle, die in Küchen von Wohn- und Pflegeheimen, Krankenhäusern, Wohngruppen und anderen sozialen Einrichtungen arbeiten, wo Hygiene eine große Bedeutung hat. Die Themenschwerpunkte des Leitfadens sind Lebensmittelrecht und Definitionen, allgemeine Themen, die das ganze Haus betreffen (Zuständigkeiten, Temperaturgeräte, ehrenamtlich Helfende u. a.), Großküchen, angeschlossene Verpflegungsdienste, kleine Küchen, Küchen in Haus- und Wohngemeinschaften, Cafeteria und Kiosk, Sozial-

bereiche und Sanitärräume sowie Feste und Ausflüge. Der Anhang informiert über rechtliche Grundlagen, lebensmittelbedingte Infektionskrankheiten mit den jeweiligen Krankheitsbildern, bietet Kopiervorlagen und ermöglicht zudem eine gute Handhabung des Buches. (am)

DEUTSCHER CARITASVERBAND E. V., DIAKONISCHES WERK DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND E. V. (HRSG.): *Wenn in sozialen Einrichtungen gekocht wird. Die Leitlinie für eine Gute Lebensmittelhygienepraxis in sozialen Einrichtungen, Lambertusverlag, Freiburg im Breisgau, 2009, 238 Seiten, ISBN: 978-3-7841-1788-1, 19,90 Euro*

Betriebliche Gesundheitspolitik

Die Herausgeber dieses Buches versuchen mit der zweiten aktualisierten Auflage Antworten darauf zu geben, wie man den Weg zu einer gesunden Organisation gestalten kann.

Dieser Band umfasst Artikel von vielen verschiedenen Autorinnen und Autoren aus Wissenschaft und Praxis. Der Blick wird dabei auf aktuelle Rahmenbedingungen und Herausforderungen, Problemstellungen, wissenschaftliche Standards, Vorgehensweisen aus dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement und auf Instrumente gelegt. Zu einigen zentralen Handlungsfeldern aus der betrieblichen Gesundheitspolitik gibt es gesonderte Artikel. Hierbei werden u. a. folgende Themen genauer betrachtet: Soziale Beziehungen und Gesundheit, Work-Life-Balance, Organisationskrankheit Burn-Out oder auch Suchtproblem Alkohol im Betrieb. Dieses Buch ist für Akteure im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz eine interessante Lektüre, die zum Nachschlagen, Vertiefen und Weiterdenken gut geeignet ist. (mc)

BERNHARD BADURA, UTA WALTER, THOMAS HEHLMANN (HRSG.): *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Springer Medizin Verlag, Berlin-Heidelberg, 2010, 467 Seiten, ISBN: 978-3-642-04336-9, 59,95 Euro*

Schulen in transnationalen Lebenswelten

Im Hinblick auf die Vielfalt der Kulturen in unserer Gesellschaft gewinnen Integration und Segregation zunehmend an Bedeutung. Die vorliegende Studie beschäftigt sich in diesem Zusammenhang mit der Problematik und den Chancen des Lehrens und Lernens in staatlichen Schulen, die einen hohen Anteil an Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund aufweisen sowie von sozialer Benachteiligung betroffen sind. Die Untersuchung wurde in der Hauptstadt der Schweiz, im Stadtteil Bern West, durchgeführt und weist als Besonderheit die Partizipation der Schulen, der Lehrpersonen, der Schülerinnen und Schüler sowie der Eltern auf. Die Publikation richtet sich sowohl an Fachpersonal als auch an Interessierte. (ih)

KATHRIN OESTER, URSULA FIECHTER, ELKE-NICOLE KAPPUS: *Schulen in transnationalen Lebenswelten: Integrations- und Segregationsprozesse am Beispiel von Bern West. Seismo Verlag, Zürich, 2008, 324 Seiten, ISBN 978-3-03777-062-7, 32,00 Euro*

Gewalt und Mobbing an Schulen

Die öffentliche Debatte zur Gewalt an Schulen wird vor allem durch Berichte über Amokläufe bestimmt. Doch entsprechen solche extremen Ereignisse dem Schulalltag? Wie gewaltbereit sind Schülerinnen und Schüler, in welcher Form äußern sie Aggressionen und welche Präventionsansätze gibt es? Der Autor leitet das Thema grundlegend her, stellt es in Bezug zu aktuellen Ergebnissen der schulischen Gewaltforschung, gibt einen Überblick über bestehende Konzepte der Prävention und betrachtet deren Wirksamkeit kritisch. Durch die Verknüpfung von theoretischen Grundlagen mit Ansätzen aus der Praxis richtet sich dieses Grundlagenbuch an eine breite Leserschaft. (ck)

WILFRIED SCHUBARTH: *Gewalt und Mobbing an Schulen. Möglichkeiten der Prävention und Intervention. Kohlhammer, Stuttgart, 2010, 208 Seiten, ISBN: 978-3-17-020529-1, 24,00 Euro*

ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung beschäftigt die Gesellschaft weiterhin mit steigender Intensität. In den Beiträgen des von Helmut Bonney herausgegebenen Werkes sichten die Autorinnen und Autoren den Stand der gegenwärtigen ADHS-Forschung und nähern sich ihr aus neurobiologischer, genetischer, pädagogischer sowie psychotherapeutischer Perspektive an. Nachdem der Herausgeber einleitend ›150 Jahre Aufmerksamkeit – zehn Jahre ADHS‹ thematisiert und folgend die gegenwärtigen Behandlungskonzepte und Arzneien kritisch betrachtet hat, werden am Ende neue Behandlungspfade aufgezeigt. Die Fachpublikation erläutert aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und bietet Ansatzpunkte für den Transfer in die Praxis. (mb)

HELMUT BONNEY (HRSG.): *ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst*. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2008, 272 Seiten, ISBN 978-3-89670-630-0, 24,95 Euro

Gelebte Qualität

Der Autor hat in Zusammenarbeit mit Kindergärten Qualitätsstandards für altersgemischte Gruppen (Ein- bis Sechsjährige) entwickelt. In seinem Buch führt er diese Standards zusammen. Ziel war die Entwicklung eines eigenen Qualitätshandbuchs, das die Qualität im Kindergarten beschreibt, festlegt, mess- und überprüfbar macht, unabhängig von bestehenden Qualitätsinstrumenten wie z. B. TQM, KESS-T u. ä. Der Autor geht davon aus, dass die Qualität stimmt, wenn sich jedes Kind individuell und seinen Anlagen und Fähigkeiten entsprechend optimal entwickeln kann, wenn es befähigt wird, gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen zu bewältigen und auch schwierige Perioden zu meistern. Es zeigt auf, welche Faktoren wichtig sind, um die qualitative Betreuung für eine breite Altersspanne zu garantieren. Dabei spielen die Rahmenbedingungen wie Personalschlüssel, räumlichen Strukturen, Öffnungszeiten, Kommunikationsstrukturen und Zusammenarbeit

mit Eltern eine wesentliche Rolle. Im Verlauf des Buches werden diese Schwerpunkte, unter der Lupe ›Qualität‹, genau beleuchtet und mit Beispielen aus der Praxis erläutert. (am)

MATTHIAS SCHÄFER (HRSG.): *Gelebte Qualität. Qualitätsstandards in der pädagogischen Praxis für ein- bis sechsjährige Kinder*. Fachverlag unsere Kinder, Linz, 2009, 153 Seiten, ISBN 978-3-9500307-5-4, 19,80 Euro

Leitkategorie: Soziale Kompetenz

Begriffe wie ›Kompetenz‹ und ›Soziale Kompetenz‹ lassen sich zahlreich in nahezu jedem Bildungscurriculum finden. Die kompetenzorientierte Ausrichtung beruflicher Bildung beschreibt der Autor als eine Reaktion auf die veränderten Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt. Insbesondere durch die zunehmende Komplexität beruflicher Anforderungen wird der sozialen Kompetenz ein hoher Stellenwert eingeräumt. Doch bedarf es nur ausreichender Fähigkeiten und Fertigkeiten, um die zunehmende berufliche Komplexität bewältigen zu können? Der Autor sieht dies hingegen kritisch. Ziel seiner Arbeit ist es, seine Sichtweise theoretisch zu belegen und die Diskussion zur sozialen Kompetenz um eine ganzheitliche Perspektive zu bereichern. Die Systemtheorie von Luhmann bietet ihm hierzu einen geeigneten Theorierahmen. Die Arbeit bietet dem fachkundigen Leser bzw. der Leserin eine kritische Auseinandersetzung mit dem Kompetenzbegriff und eine analytische Diskussion über die Möglichkeit der Etablierung der sozialen Kompetenz als anerkannte Leitkategorie beruflicher Bildung. (ku)

ANDREAS NEUBERT: *Leitkategorie: Soziale Kompetenz. Konsequenzen einer Analyse beruflicher Komplexität aus systemtheoretischer Perspektive*. Europäische Hochschulschriften. Reihe 11: Pädagogik. Band 989. Peter Lang Verlag, Frankfurt a. M., 2009, 231 Seiten, ISBN: 978-3-631-56957-3, 42,50 Euro

Clans, Gilden und Gamefamilies

Der Autor beschreibt die Entwicklung und Existenz, die Regeln und Konventionen sowie die Kommunikation und Gruppendynamik von Computerspielgemeinschaften. Im Buch werden die verschiedenen Formen der Spielgemeinschaften, ihre Rituale, die wesentlichen Tätigkeitsbereiche und Organisationsmuster dargestellt. Die Spieler wurden im Rahmen einer qualitativen Untersuchung zur Bedeutung der sozialen Gemeinschaft und über ihre Motivation für Aufenthalte in virtuellen Spielwelten befragt. Ein Glossar mit Fachwörtern aus dem ›Computerslang‹ befindet sich im Anhang. (ihä)

MARTIN GEISLER: *Clans, Gilden und Gamefamilies. Soziale Prozesse in Computerspielgemeinschaften*. Juventa Verlag, Weinheim, 2009, 296 Seiten, ISBN 978-3-7799-1797-7, 23,00 Euro

Von allen guten Geistern verlassen?

Diese wissenschaftliche Aufarbeitung nähert sich dem Thema Aggressivität in der Jugend vor allem auf individueller Ebene und – entgegen dem vorherrschenden Trend – nicht primär im Kontext gesellschaftlicher Prozesse. So diskutieren französische und deutsche Autoren in insgesamt 12 Beiträgen die Adoleszenz als eine Lebensphase mit einem ungewöhnlich hohen Potenzial an Aggressivität. Aufbereitet werden diese Artikel durch die Darstellung von Fallbeispielen und Ausdrucksformen der Aggressivität (gegen sich selbst und die Außenwelt). Aufgrund der vornehmlich psychoanalytischen Sichtweise richtet sich der Sammelband ausschließlich an Fachleute und Interessierte mit Vorkenntnissen. (ck)

BERND AHRBECK (HRSG.): *Von allen guten Geistern verlassen? Aggressivität in der Adoleszenz*. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2010, 238 Seiten, ISBN: 978-3-89806-620-4, 24,90 Euro

Geschlechterwissen in der politischen Ökonomie

Band 3 der Reihe ›Feminist and Critical Political Economy‹ befasst sich mit Geschlechterwissen und Wissensnetzwerken in der internationalen politischen Ökonomie. Die Aufsatzsammlung in englischer Sprache entspringt dem EU-Netzwerk GARNET (Global Governance, Regionalisation and Regulation: The Role of the EU). Ausgangspunkte sind, dass ökonomisches Wissen weitgehend genderinsensibel ist und dort, wo es Gender zum Thema macht, die Mainstreamtheorien von einem sehr traditionellen Verständnis der Geschlechterrollen geprägt sind. Das Buch mit elf Artikeln befasst sich damit, wer die Wissensökonomie bestimmt, durch welche Kanäle und Netzwerke Wissenschaftswissen verbreitet wird und wie Geschlechterwissen dort Berücksichtigung finden kann. Dabei geht es z. B. um die Interaktion zwischen europäischen ›flexicurity‹-Netzwerken, die Flexibilitäts- und Sicherheitsbelange kombinieren, und Gender Mainstreaming Prozessen auf dem Arbeitsmarkt. Ein weiterer Artikel befasst sich mit der Art und Weise, wie ökonomische Migrationstheorien Geschlechtsunterschiede betrachten. Die Analysen sind anspruchsvoll und bieten Wissen, das wert ist, auch in anderen Bereichen zur Kenntnis genommen zu werden. (us)

BRIGITTE YOUNG, CHRISTOPH SCHERRER (EDS.): *Gender Knowledge and Knowledge Networks in International Political Economy. Nomos-Verlag, Baden-Baden, 2010, 2001 Seiten, ISBN 978-3-8329-5238-9, 29,00 Euro*

Profession, Habitus und Wandel

Professionen können nicht als homogene Einheiten betrachtet werden: Die Autorinnen und Autoren dieses Sammelbandes ziehen die Entwicklung in verschiedenen Berufsfeldern wie Justiz, Medizin, Sozialarbeit oder Journalismus als Beleg für diese Behauptung heran und diskutieren ihre Folgen für die jeweilige Berufsgruppe und ihre Positionierung im jeweiligen beruflichen Feld vor dem Hintergrund der Theorien

Bourdieu. Die Auffassung, wie sich ein Berufsangehöriger gibt und was er kann, hängt in der Außenwahrnehmung eng zusammen, d. h. man spricht ihm oder ihr je nach Verhalten Professionalität zu oder ab. Die Texte behandeln aber auch die Frage, wie Ärztinnen und Ärzte oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ökonomische Anforderungen verarbeiten. Im Zusammenhang mit der ökonomischen und gesetzlichen Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung und der Sozialen Arbeit differenziert sich professionelles Handeln nicht nur disziplinar im Sinne fachlicher Spezialisierung und Binnendifferenzierung, sondern auch funktional im Sinne einer neuen Aufgaben- und Verantwortungsteilung aus. (ar)

MICHAELA PFADENHAUER, THOMAS SCHEFFER (HRSG.): *Profession, Habitus und Wandel. Peter Lang, Frankfurt am Main/Berlin, 2009, 230 Seiten, ISBN 978-3-631-57276-4, 39,00 Euro*

Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung

Der vorliegende Sammelband entstand im Rahmen einer Konferenz, die sich der sozialen Frage im 21. Jahrhundert widmete. International bekannte Autorinnen und Autoren insbesondere der Soziologie und Politologie stellen aus unterschiedlichen Perspektiven aktuelle Entwicklungen sowie die soziale Lage verschiedener gesellschaftlicher Gruppen dar. In den ersten Artikeln werden zunächst theoretische Grundlagen und Begrifflichkeiten aufgezeigt. Die folgenden Beiträge greifen einzelne Themen wie Ausschluss aus dem Erwerbssystem, räumliche und soziale Ausgrenzung, Verstetigung unsicherer Beschäftigungs- und Lebensformen, Verunsicherung sowie Partizipation und Selbstorganisation auf. (ts)

ROBERT CASTEL, KLAUS DÖRRE (HRSG.): *Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts. Campus Verlag, Frankfurt a.M., 2009, 424 Seiten, ISBN 978-3-593-38732-1, 29,90 Euro*

Fehlzeiten-Report 2010

Das Schwerpunktthema des vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) und der Universität Bielefeld jährlich herausgegebenen Reports lautet in diesem Jahr ›Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen‹. In Zeiten der Globalisierung und demografischen Wandels spielt eine ressourcenförderliche Personalpolitik und die Nutzung der Vielfalt eine entscheidenden Rolle. In dem vorliegenden Band werden beispielhaft Diversity Management und Betriebliches Gesundheitsmanagement an den Merkmalen Alter, Geschlecht, Migration und Behinderung beschrieben und Parallelen bzw. Ergänzungen der beiden Managementsysteme aufgezeigt. Dieses Buch bietet eine Fülle an Informationen und Anregungen zu einem hochaktuellen Thema. Es ist für Personalverantwortliche und Akteure aus dem betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz ebenso interessant wie für erwerbstätige Personen selbst. (ku)

BERNHARD BADURA, HELMUT SCHRÖDER, JOACHIM KLOSE, KATRIN MACCO (HRSG.): *Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Springer Verlag, Berlin Heidelberg, 2010, 491 Seiten, ISBN 978-3-642-128977-4, 49,95 Euro*

Kassen präzisieren Leitfaden Prävention

Der überarbeitete Leitfaden des GKV-Spitzenverbands fasst die Kriterien für Präventionsleistungen genauer und systematischer. Neben quantitativen Ober- und Untergrenzen für einzelne Leistungen werden deren inhaltliche und methodische Anforderungen präzisiert. Diese gilt etwa für Bewegungs-, Entspannungs- oder Ernährungskurse sowie Projekte zur Gesundheitsförderung in Schulen oder Betrieben. Damit soll die Qualität der Angebote verbessert und die in der Vergangenheit vereinzelt aufgetretenen Missbrauchsfälle künftig unterbunden werden. *Download unter www.gkv-spitzenverband.de/Praevention_Leitfaden.gkvnet*

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

›Schulverpflegung in Bewegung – Qualität ist machbar!‹

5. Oktober 2010, Hannover

Kinder und Jugendliche an eine gesunde Ernährung heranzuführen gelingt am ehesten, wenn Ernährungsbildung mit gewohnheitsmäßigem und täglichem Einüben verknüpft wird. Die Fachtagung findet in Zusammenarbeit mit dem Nds. Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz und Landesentwicklung, der DGE-Sektion Nds., der Akademie des Sports im Landessportbund Nds. e. V., der Verbraucherzentrale Nds. e. V. und der LVG & AFS statt.

3. Niedersächsischer Aktionstag für seelische Gesundheit Fachtagung ›Irre gut aufwachsen‹

8. Oktober 2010, Wolfsburg

2010 ist der Fachtagung ein Seminarangebot am Nachmittag des 7. Oktober vorgeschaltet: ›Ressourcen fördern – Psychoedukation von Kindern und ihren psychisch kranken Eltern‹. Die Fachtagung am 8. Oktober beleuchtet das Tagungsthema ›Irre gut aufwachsen‹. Der Aktionstag findet u. a. in Zusammenarbeit mit dem Landesfachbeirat Psychiatrie Nds., der MHH, dem BKK Landesverband Mitte, der AWO Trialog gGmbH und der Stadt Wolfsburg statt.

›Das kann doch nicht alles gewesen sein!‹

Gesund und aktiv älter werden

25. Oktober 2010, Hannover

›Gesund und aktiv älter werden‹ ist das Ziel vieler Menschen. Sinnvoll ist dabei der Blick auf individuelle Ressourcen und Unterstützung vor Ort. Die nds. Regionalkonferenz findet im Rahmen der Veranstaltungsreihe ›Gesund & aktiv älter werden‹ der BZgA statt. Weitere Kooperationspartner sind das Nds. Landesgesundheitsamt und der Landesseniorenrat Nds. e. V.

Ernährung, Versorgung, Nachhaltigkeit – Fachtagung des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen

29. Oktober 2010, Fulda

Ernährung hat einen Einfluss darauf, wie konzentriert oder müde, wie aufnahmefähig und leistungsbereit Studierende und Beschäftigte in Hochschulen sind. In der Fachtagung wird erörtert, welche Potenziale Hochschulen für die Gesundheitsförderung durch vielfältige Ernährungsangebote haben und welche strukturellen Maßnahmen ein ausgewogenes Essen und Trinken sichern.

Reha-Tag 2010: Wir stärken Ihnen den Rücken – Informationen für Menschen mit Rückenschmerzen

5. November 2010, Bremen

Unter dem Motto ›REchtzeitig HAndeln – Reha schafft Perspektiven‹ präsentieren sich bundesweit erneut viele Kliniken und Einrichtungen der Rehabilitation. Die Veranstaltung richtet sich sowohl an betroffene Personen als auch an Fachkräfte und Interessierte.

11. SOPHIA-Fachtagung: Lernen mit Rückenwind – Interventionsmöglichkeiten aus sozialpädiatrischer Sicht

12. November 2010, Hannover

Die Fachtagung soll verdeutlichen, wie wichtig eine umfassende



de Förderung der Wahrnehmung für das Erlernen von Lesen, Schreiben und Rechnen ist. Kinder mit Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten haben häufig auch Störungen im emotionalen und Verhaltensbereich. Die Referentinnen und Referenten widmen sich in ihren Vorträgen der Früherkennung und Prävention.

Treffen des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen

12. November 2010, Göttingen

Themenschwerpunkt des nächsten Treffens wird die Gesundheitsberichterstattung an Hochschulen mit dem Instrument der Online-Befragung sein. Offen für Studierende, wissenschaftlich und nicht wissenschaftlich Beschäftigte sowie Funktionsträgerinnen und -träger aus Hochschulen.

Flexibilität in Sozial- und Pflegeberufen – wie gesund sind Teilzeit, Leiharbeit, Billigjobs ...? – Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

15. November 2010, Celle

Ein sicherer Job und gute Arbeitsbedingungen wirken sich positiv auf das eigene Leben und die Gesundheit aus. In vielen Gesundheitsberufen sind inzwischen prekäre Arbeitsbedingungen verbreitet. Dies betrifft insbesondere Frauenarbeitsplätze. Wie nehmen Politik und Wirtschaft Einfluss auf die Entwicklung? Wie wünschen wir uns ein gesundheitsförderliches Arbeitsleben?

XX. Niedersächsische Suchtkonferenz

Sucht und Gewalt – Zwei Seiten einer Medaille?

25. November 2010, Hannover

Im Rahmen der XX. Nds. Suchtkonferenz sollen die Zusammenhänge von Sucht und Gewalt beleuchtet und Erklärungsmuster angeboten werden. Analysen und Hilfesysteme zur häuslichen Gewalt werden vorgestellt, die Auswirkung moderner Medien auf die Gewaltbereitschaft beleuchtet, Herausforderungen für integrierte Konzepte der Sucht- und Gewaltprävention benannt und Modelle guter Praxis aufgezeigt.

›Demografiefeste Netzwerke vor Ort effektiv gestalten – Doppelstrukturen vermeiden‹ – 2. Nds. Netzwerktagung

7. Dezember 2010, Hannover

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gilt es, gerade auf regionaler und kommunaler Ebene Netzwerke sinnvoll zu gestalten. Die Veranstaltung richtet sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren des Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereiches sowie der Kommunalverwaltung.

Vorschau

Abschlussstagung des Zentrums für Bewegungsförderung Niedersachsen

25. Januar 2011, Hannover

Arzneimittelsicherheit und Polymedikation bei älteren Menschen

19. Februar 2011, Hannover

Niedersachsen

Kongress, Kulturelle Kindheit, 12.–13.11.2010, Osnabrück, Kontakt: Abteilung Entwicklung und Kultur des Instituts für Psychologie der Universität Osnabrück, Artilleriestraße 34, 49076 Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 69 44 04, Fax: (05 41) 9 69 44 70

4. Symposium Gerontopsychiatrisches Versorgungsmanagement in Niedersachsen, 17.11.2010, Hannover, Kontakt: Caritas Forum Demenz, Leibnizufer 13–15, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 1 26 00 10 19, Fax: (05 11) 1 26 00 81 01 9, E-Mail: ForumDemenz@caritas-hannover.de

Tagung, »Was guckst du?« Medienarbeit mit Migranteneltern, 23.11.2010, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30157 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

Tagung, Soziale/berufliche Integration und Teilhabeförderung suchtkranker Menschen, 24.11.2010, Hannover, Kontakt: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Podbielskistraße 162, 30177 Hannover, Tel.: (05 11) 62 62 66 0, Fax: (05 11) 62 62 66 22, E-Mail: boettger@nls-online.de

Bundesweit

Tagung, Gesundheitsmanagement Forum Ostwürttemberg, 19.–20.10.2010, Aalen, Kontakt: Hochschule Aalen, Sekretariat Gesundheitsmanagement, Gerlinde Higler-Kränzle, Beethovenstraße 1, 73430 Aalen, Tel.: (0 73 61) 5 76 23 20, Fax: (0 73 61) 5 76 44 23 20, E-Mail: gerlinde.kraenzle@htw-aalen.de

Tagung, Prävention und Gesundheitsförderung – Anspruch und Wirklichkeit, 20.10.2010, Berlin, Kontakt: Kneipp-Bund e. V., Berliner Büro, Friedrichstraße 183, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 2 53 31 44 30 10, Fax: (0 30) 2 30 80 99 55, E-Mail: info@zukunftpraevention.de

Fachtagung, Bewegungsförderung 60+: Im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis, 26.10.2010, Essen, Kontakt: Berutha Bentlage, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW, Ulenbergstraße 127–131, 40225 Düsseldorf, Tel.: (05 21) 8 00 71 29, Fax: (05 21) 8 00 72 97, E-Mail: Berutha.Bentlage@liga.nrw.de

Fachtag, Gesundheitsversorgung von Migrantinnen in Bremen, Welche Sprache spricht unser Gesundheitssystem?, 27.10.2010, Bremen, Kontakt: Freie Hansestadt Bremen, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, Angelika Zollmann, Knochenhauerstraße 20–25, 28195 Bremen, Tel.: (04 21) 3 61 31 83, Fax: (04 21) 3 61 32 28, E-Mail: office@frauen.bremen.de

Expertenworkshop, Bewegungsförderung für Ältere im Wohnumfeld, 27.10.2010, Erfurt, Kontakt: HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e. V., Heinrich-Heine-Str. 44, 35039 Marburg, Tel.: (0 64 21) 6 00 70, Fax: (0 64 21) 60 07 11, E-Mail: hzfb@hage.de

Tagung, Krank zur Arbeit? Präsentismus im Unternehmen, 03.11.2010, Hamburg, Kontakt: Helmut-Schmidt-Universität/Universität der Bundeswehr Hamburg, Institut für Personalwirtschaft, Frau Löffler, Tel.: (0 40) 65 41 21 03, Fax: (0 40) 65 41 20 57, E-Mail: rimbach@hsu-hh.de

Fachtagung, Gesunde Erzieherinnen und Erzieher. Starke Kinder. Oder: Wie Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kita gelingen kann, 05.11.2010, Potsdam, Kontakt: Gesundheit Berlin-Brandenburg, Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Annett Schmok, Behlertstraße 3a, Haus H2, 14467 Potsdam, Tel.: (03 31) 88 76 20 13, E-Mail: schmok@gesundheitberlin.de

Tagung, Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!, 08.–09.11.2010, Kassel, Kontakt: AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Oppelner Str. 130, 53119 Bonn, Tel.: (02 28) 67 67 40, Fax: (02 28) 67 67 42, E-Mail: apk-bonn@netcologne.de

Forum, 13. aid-Forum, Mehr als wir verdauen können! Strategien zum Umgang mit der Informationsflut, 09.11.2010, Bonn, Kontakt: aid-Tagungsbüro, c/o pressto – agentur für medienkommunikation, Simone Wroblewski, Corneliusstraße 15, 50678 Köln, Tel.: (02 21) 88 88 58 14, Fax: (02 21) 88 88 58 88, E-Mail: aid@pressto.biz

Auftaktveranstaltung, Kinderernährung im Fokus von Wissenschaft und Wirtschaft, 10.11.2010, Dortmund, Kontakt: Forschungsinstitut für Kinderernährung GmbH Dortmund, Heinstück 11, 44225 Dortmund, Tel.: (02 31) 7 92 21 00, Fax: (02 31) 71 15 81, E-Mail: info@fke-do-gmbh.de

Fachtagung, Was anfangen mit der geerbten Armut? Erfolgreiche Strategien kommunaler Vernetzung zur lebensweltorientierten Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien, 10.11.2010, Potsdam, Kontakt: Annett Schmok, Behlertstraße 3a, Haus H2, 14467 Potsdam, Tel.: (03 31) 88 76 20 13, E-Mail: schmok@gesundheitbb.de

Tagung, Aufwachsen in Deutschland – Potentiale und Herausforderungen, 17.–18.11.2010, Berlin, Kontakt: DJI München, Deutsches Jugendinstitut e. V., Nockherstr. 2, 81541 München, Tel.: (0 89) 62 30 60, Fax: (0 89) 62 30 61 62, E-Mail: info@dji.de

Kongress, 8. Gesundheitspflege-Kongress, 19.–20.11.2010, Hamburg, Kontakt: Organisation Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH, Kongressorganisation, Andrea Tauchert, Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Tel.: (0 30) 8 27 87 55 10, Fax: (0 30) 8 27 87 55 11, E-Mail: andrea.tauchert@springer.com

Kongress, Motivation zur Gesundheitsförderung in Unternehmen, 19.–20.11.2010, Berlin, Kontakt: AHAB-Akademie GmbH, Landsberger Allee 203, 13055 Berlin, Tel.: (0 30) 98 60 19 97 88, Fax: (0 30) 98 60 19 97 89, E-Mail: kongress@ahab-akademie.de

Konferenz, Guter und gesunder Kindergarten, 24.11.2010, Berlin, Kontakt: Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V., Heilsbachstr. 30, 53123 Bonn, Tel.: (02 28) 98 72 70, Fax: (02 28) 6 42 00 24, E-Mail: rg@bvpraevention.de

Kongress, 4. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, 25.–26.11.2010, Berlin, Kontakt: Gesundheitsstadt Berlin GmbH, Französische Straße 23, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 7 00 11 76 00, Fax: (0 30) 7 00 11 76 11, E-Mail: kongress@qualitaetskongress-gesundheit.de

Tagung, Wettbewerbsvorteil Gesundheit. Gesunde Arbeit – die Arbeitswelt von morgen aktiv gestalten, 30.11.–01.12.2010, Köln, Kontakt: Team Gesundheit, Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, Max-Fiedler-Str. 6, 45128 Essen, Tel.: (02 01) 5 65 96 11, E-Mail: waschke@teamgesundheit.de

Tagung, Der ABAS im Dialog mit der betrieblichen Praxis: Biologische Arbeitsstoffe – Gefährdungsbeurteilung und Schutzmaßnahmen, 01.12.2010, Dresden, Kontakt: Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Nöldnerstraße 40–42, 10317 Berlin, Tel.: (0 30) 5 15 48 43 01, E-Mail: abas@baua.bund.de

Tagung, Gender und Familie. (Un)klare Verhältnisse?, 01.–03.12.2010, Tutzing, Kontakt: DJI München, Deutsches Jugendinstitut e. V., Nockherstr. 2, 81541 München, Tel.: (0 89) 62 30 60, Fax: (0 89) 62 30 61 62, E-Mail: info@dji.de

Kongress, Demographie in der Arbeitswelt – Den Wandel aktiv gestalten, 07.12.2010, Berlin, Kontakt: Bundesministerium für Arbeit und Soziales & Initiative Neue Qualität der Arbeit, Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 18 52 70, Fax: (0 30) 1 85 27 18 30, E-Mail: info@bmas.bund.de

Konferenz, 8. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle, 08.–09.12.2010, Heidelberg, Kontakt: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, Dr. med. Martina Pötschke-Langer, Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg, Tel.: (0 62 21) 42 30 08, Fax: (0 62 21) 42 30 20, E-Mail: who-cc@dkfz.de

International

Konferenz, Mental Health Europe Conference 2010, 22.–23.10.2010, Brüssel, Kontakt: Mental Health Europe - Santé Mentale Europe, Boulevard Clovis 7, 1000 Brüssel, Belgien, Tel.: (+3 22) 2 80 04 68, Fax: (+3 22) 2 80 16 04, E-Mail: info@mhe-sme.org

Kongress, Machtfaktor Patient – Die Rolle der Patienten in der Gestaltung des Gesundheitswesens der Zukunft, 11.–12.11.2010, Zürich, Kontakt: Wissenschaftliches Sekretariat, Careum Stiftung, Pestalozzistrasse 3, 8032 Zürich, Schweiz, Tel.: (+41 (0)43) 2 22 50 00 Fax: (+41 (0)43) 2 22 50 05, E-Mail: congress@careum.ch

Internationales Symposium: New Approaches in Preventing Human Trafficking: Integrating European Knowledge, 16.–17.11.2010, Brüssel, Kontakt: Centre for Parliamentary Studies, 14 Great College Street, London, SW1P 3RX, Tel.: (08 45) 6 06 15 35, E-Mail: jessie.punia@publicpolicyexchange.co.uk

Konferenz, Employment Week 2010, 24.–25.11.2010, Brüssel, Kontakt: Secretariat of the European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) at Federal Association of Company Health Insurance Funds, BKK Bundesverband GbR, Kronprinzenstraße 6, D-45128 Essen, Tel.: (02 01) 1 79 12-97 oder -98, Fax: (02 01) 1 79 10 32, E-Mail: enwhp@bkk-bv.de

Wenn Sie den Newsletter regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie ihn bitte unter Angabe der Bezugsart (per E-Mail als PDF oder per Post als Druckexemplar) bei folgender E-Mail-Adresse: info@gesundheit-nds.de