

73 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

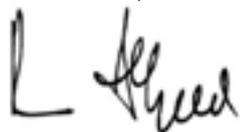
Beziehungsweise gesund

Soziale Beziehungen und Gesundheit

EDITORIAL » Zum Fest der Liebe ein Heft über soziale Beziehungen und Gesundheit? Werden wir rührselig? Sicher nicht, denn eigentlich kann es nur verwundern, wie entweder randständig oder nur äußerst abstrakt die gesundheitsfördernden Wirkungen von sozialen Beziehungen in der Entwicklung von Präventionsstrategien und -programmen behandelt werden. In allen Beiträgen dieser Ausgabe wird deutlich, wie über Bindungen und Netzwerke so etwas wie ein »soziales Immunsystem« entstehen kann. Natürlich ist das keine sozialromantische Beziehungsvorstellung, sondern ganz klar auch abhängig von sozialen Lagen und sich verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Die Gestaltung dieser Rahmenbedingungen hat unmittelbare Auswirkungen auf die Beziehungsfähigkeiten jedes Einzelnen. Wir stellen deshalb ausführlich dar, welche Auswirkungen soziale Beziehungen auf psychische Gesundheit haben oder inwiefern neue Beziehungsformen eine Herausforderung für die Politik sind.

Zum Ausklang des gesundheitspolitisch auf der Bundesebene eher ereignisarmen Jahres 2011 möchten wir uns bei allen Kooperationspartnern der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. für die intensive und konstruktive Zusammenarbeit bedanken. Unsere Informations-, Vernetzungs- und Qualifizierungsarbeit wäre nicht möglich, ohne deren ideelle sowie finanzielle Unterstützung und große Kooperationsbereitschaft. Auch allen mehr als 100 Autorinnen und Autoren sei herzlichst für ihre Mitarbeit gedankt, weil wir ohne ihr Engagement diese Zeitschrift nicht herausgeben könnten. Unser Dank gilt natürlich auch allen Leserinnen und Lesern, von denen wir viele positive Rückmeldungen und Anregungen erhalten haben. Wir wünschen Ihnen allen einen schönen und angenehmen Jahresausklang und ein gesundheitsförderliches Jahr 2012! Lassen Sie sich durch dieses Heft möglicherweise auch aus gesundheitlichen Erwägungen ermuntern, Ihre vorhandenen Beziehungen gut zu pflegen bzw. weitere anzubahnen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Wie viel Wissen ist gesund?« (Redaktionsschluss 10.02.2012) und »Stressmanagement« (Redaktionsschluss 04.05.2012). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich mit verschiedensten Beiträgen und Anregungen zu beteiligen.

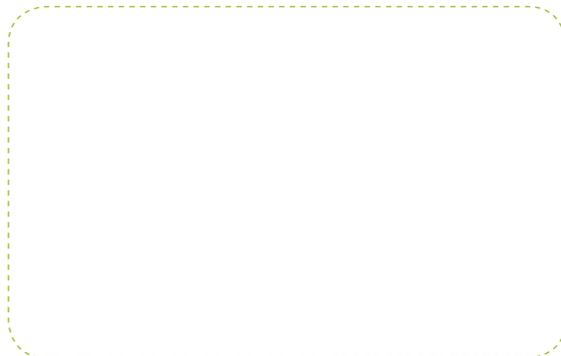
Mit herzlichen, weihnachtlichen Grüßen!



Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT Soziale Beziehungen und Gesundheit 02

- Psychische Gesundheit und soziale Beziehungen 03
- Soziale Netzwerke und deren Einflüsse auf die Gesundheit 05
- Patchwork-Familien – veränderte Beziehungen und Familienformen 06
- Machen Patchwork-Familien krank? 07
- Neue Beziehungsformen – eine Herausforderung für die Politik 08
- Die Zukunft familialer Beziehungen im Alter 09
- Das Social Web und Beziehungspflege 10
- Zur gesundheitlichen Bedeutung von sozialen Beziehungen in Selbsthilfeszusammenschlüssen 12
- Aufbau von sozialen Netzwerken, Strukturen und Nachbarschaften durch Quartiers- und soziale Stadtteilentwicklung 13
- Therapievorschlag: Ehrenamt 15
- Welt-Alzheimer-Bericht 16
- 1. Niedersächsischer Gesundheitspreis 2011 16
- Generationenfreundliche Gestaltung von familialen Pflegesettings bei Demenz 17
- Generationen in Bewegung 18
- Interkulturelles Kompetenzprofil für Pflegefachkräfte im Krankenhaus 19
- Weniger ist mehr (Wim) – Rauchfrei-Beratung durch Familienhebammen 20
- Die Alten-WG Am Goldgraben in Göttingen 21
- Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte ältere Deutsche sowie Migrantinnen und Migranten auf der Grundlage sozialer Beziehungen 22
- Landeshauptstadt Hannover setzt sich für Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ein 23
- Partizipation im ländlichen Österreich: das Projekt MIA – Mütter in Aktion 24
- Bücher, Medien 25
- Termine LVG & AFS 30
- Impressum 31
- Termine 32





SIMONE WEYERS, JOHANNES SIEGRIST

Soziale Beziehungen und Gesundheit

»Wer gute Freunde hat, lebt länger« – so titelte unlängst wieder die deutsche Boulevardpresse. Aber was dem Laien mehr als ein frommer Wunsch erscheinen mag, wird in der soziologischen und sozialepidemiologischen Forschung seit mehr als hundert Jahren beforscht und belegt.

Historischer Rückblick

Während zum Ende des 19. Jahrhunderts Soziologen die großen Systeme wie Staat und Wirtschaft in den Fokus rückten, beleuchtete Georg Simmel die primären Wechselwirkungsprozesse zwischen Individuen, durch die Vergesellschaftung erst entsteht. Zur gleichen Zeit beschäftigte sich Emile Durkheim, einer der Begründer der empirischen soziologischen Wissenschaft, mit der sozialen Variation von Selbstmordraten und folgerte, dass dies ein gesellschaftliches Phänomen ist und u.a. vom Ausmaß der Integration abhängt. Damit stellte Durkheim als einer der ersten Soziologen explizit die Frage nach den sozialen »Determinanten von Krankheit« im Allgemeinen und der Rolle sozialer Beziehungen im Besonderen. Ungefähr 80 Jahre später wurde der Zusammenhang zwischen sozialer Integration und Mortalität in ca. einem Dutzend gemeindebasierter Prospektivstudien empirisch getestet. Obwohl es hinsichtlich der Operationalisierung von Integration, der Merkmale der Gemeinden und der Länge der Nachverfolgung der Studienteilnehmenden Unterschiede gab, belegten diese Studien aus unterschiedlichen US-amerikanischen und europäischen Ländern prinzipiell, dass Personen mit starker sozialer Isolation ein erhöhtes Mortalitätsrisiko aufwiesen. Beispielhaft sei hier die Alameda County Studie genannt, in welcher die soziale Integration durch einen Index der Variablen Ehestatus, Kontakte zu Freunden und Freundinnen sowie Ver-

wandten und Teilnahme an Vereinen und kirchlichen Gruppen operationalisiert wurde. In der Studie trugen Männer und Frauen, die bei diesem Index sehr ungünstig abschnitten, ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko während der neunjährigen Nachverfolgung zu versterben, verglichen mit denjenigen Studienteilnehmenden sowie Mitbürgern, welche relativ stark integriert waren und über eine feste Partnerschaft, große Netzwerke und die regelmäßige Teilnahme in Vereinen oder Organisationen berichteten.

Einfluss von sozialen Beziehungen auf die Gesundheit

Aber was verstehen wir eigentlich unter »sozialen Beziehungen« oder »sozialer Integration« und wie beeinflussen diese die Gesundheit? Bei Sozialbeziehungen können grundsätzlich strukturelle und qualitative Eigenschaften unterschieden werden. Das Konzept des »sozialen Netzwerks« oder der »sozialen Integration« beschreibt das bloße Vorhandensein von stabilen und dauerhaften Kontakten innerhalb von Partnerschaften, Freundschaften, Familien und Vereinen. Selbstverständlich können soziale Beziehungen auch von Überforderung, Gewalt oder Ausschluss gekennzeichnet sein. Das Konzept des »sozialen Rückhalts« fragt daher ergänzend nach der Beschaffenheit des sozialen Austausches in diesen Strukturen. Wird im Krisenfall emotionale oder praktische Unterstützung von Beziehungspartnern gewährt, geben sie Lob und Anerkennung? In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass soziale Netzwerke/Integration und soziale Unterstützung mit verschiedenen Indikatoren der Gesundheit und des Wohlbefindens assoziiert sind. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Menschen mit guten Beziehungen weniger anfällig für Ängste und Depressionen sind, häufiger einen gesundheitsförderlichen Lebensstil ausüben, seltener krank werden, nach Akutereignis seltener rückfällig werden und insgesamt länger leben.

Wie können diese Befunde erklärt werden? Die Gewährung emotionaler oder praktischer Hilfe kann die Bewältigung von alltäglichen Belastungen (z.B. Organisation der Kinderbetreuung) oder kritischen Lebensereignissen (z.B. Arbeitsplatzverlust) erleichtern und somit krankheitswertige Stressbelastungen in ihrer Wirkung »abpuffern«. Jenseits dieser sogenannten Pufferhypothese wird auch angenommen, dass Isolation selbst als eine belastende Situation wahrgenommen wird und einen direkten schädlichen Effekt auf die Gesundheit der Betroffenen hat. Darüber hinaus können Sozialkontakte das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Menschen beeinflussen, da sich Hilfesuchen im Krankheitsfall häufig entlang dieser Sozialkontakte ausbreitet.

Sozialer Wandel und soziale Ungleichheit

Im Zusammenhang sozialer Beziehungen und Gesundheit sind nun zwei Aspekte von besonderer Bedeutung: (1) sozialer Wandel und (2) soziale Ungleichheit:

1 Beziehungen sind, wie alle gesellschaftlichen Tatsachen, dem sozialen Wandel unterworfen. Abnehmende Fertilität und Wandel von Familienstrukturen, Zunahme Alleinerziehender, Wirtschaft und Arbeitslosigkeit, demographisches Altern, Urbanisierung – dies sind Veränderungen, die zu Rollenverlust und sozialer Isolation von Bürgerinnen und Bürgern führen können. In der zeitgenössischen Soziologie wird diskutiert, ob sich tradierte Lebens- und Beziehungsformen durch diese und andere Wandlungsprozesse zersetzen. Die hier vorliegen-



HERMANN ELGETI

Psychische Gesundheit und soziale Beziehungen

Das soziale Netzwerk einer Person ist definiert als Beziehungsraum, in dem ein Mensch lebt und agiert, mit seinen subjektiven Intentionen und den lebensweltlich geprägten gemeinsamen Deutungs- und Handlungsmustern der Gruppe, in der er seine Kommunikationspartner und -partnerinnen findet. Die Lebenswelt verstehen wir als ein Reservoir von Selbstverständlichkeiten und unerschütterten Überzeugungen, die Kommunikationsteilnehmer und -teilnehmerinnen für ihre Deutungen und Handlungen nutzen. Die räumliche Dimension eines sozialen Netzwerks wird als Sozialraum bezeichnet. Man kennt neben dem privaten und dem öffentlichen Sozialraum jetzt auch einen »dritten« Sozialraum, womit der lokale Nahraum gemeint ist, die Nachbarschaft, das Dorf, der Stadtteil. Eine lebensweltliche, sozialräumliche Netzwerkperspektive versucht, mitmenschliche Beziehungen sowohl in ihren subjektiven und sozialen wie in ihren geografischen Verankerungen zu verstehen.

den Beiträge deuten jedoch an, dass sich in der postmodernen Gesellschaft durchaus neue, adäquate Beziehungsmuster bilden, wie etwa neue Familienformen (z.B. Patchwork-Familien), virtuelle Netzwerke (z.B. Facebook) oder Selbsthilfegruppen.

2 Es sind nicht alle Bevölkerungsgruppen in der Lage, diese Veränderungen zu kompensieren. Vielmehr sind sozio-ökonomisch benachteiligte Menschen in besonderer Weise betroffen. Pierre Bourdieu hat bereits in den 1980-er Jahren auf den Zusammenhang von sozialem, kulturellem und ökonomischem Kapital (Beziehungen, Bildung und Geld) verwiesen. Aktuelle Daten bestätigen, dass Armut und soziale Isolation oft miteinander einhergehen. Der Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland von Bertram & Kohl aus dem Jahr 2010 belegt in diesem Zusammenhang nicht nur, dass kindliche Armut v.a. in Einelternfamilien vorkommt, sondern deutet die »soziale Vererbung« von Armut und Isolation über Generationen an.

Ausblick

Es gibt viel zu tun, soziale Integration in unserer Gesellschaft zu fördern. Dies beinhaltet Aktivitäten, welche Rollenverluste kompensieren, Vergemeinschaftungsprozesse stärken und vulnerable Gruppen in spezifischen Problemlagen unterstützen. Die gute Nachricht: Es gibt bereits eine Reihe von Maßnahmen, die diesem Anspruch gerecht werden können, etwa zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements Älterer, zur Integration von Arbeitslosen und Alleinerziehenden oder zur baulich-sozialintegrativen Erneuerung von Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf. Verschiedene politische Ressorts sind hier gleichermaßen und bestenfalls interdisziplinär gefordert.

Literatur bei den Verfassern

DR. SIMONE WEYERS, Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich-Heine-Universität, Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 8 11 48 25, Fax: (02 11) 8 11 23 90, E-Mail: weyerss@uni-duesseldorf.de, www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology

Die abendländische Kultur gilt als eine »heiße Kultur«, die im Gegensatz zu »kalten Kulturen« der Innovation den Vorrang gegenüber der Tradition gibt. Der Zivilisationsprozess ist hier – im Grunde schon seit der Antike – gekennzeichnet durch fortschreitende Individualisierung und Globalisierung, Technisierung und Ökonomisierung. Das hat die Bewegungsspielräume von immer mehr Menschen enorm erweitert. Im Gegenzug verschwinden nach und nach die selbstverständlichen Lebenswelten mit ihren unhinterfragten Traditionen und Institutionen. Unsere Bedürfnisse nach seelischem Halt und Orientierung in der Welt können mit wachsender Mobilität und Flexibilität der Menschen nicht mehr auf die herkömmliche Weise erfüllt werden.

Der hier benutzte Vergleich zwischen »heiß« und »kalt« bezieht sich auf den »Stoffwechsel« der abendländischen Kultur, der durch die Art des Zivilisationsprozesses gewissermaßen »aufgeheizt« und beschleunigt ist. Dieses Bild steht nur in scheinbarem Widerspruch zu der sozialen Kälte, die heiße Kulturen wie die unsrige erfassen kann, wenn die privilegierten Schichten in Krisenzeiten mit ihren Verteilungskämpfen gnadenlos werden. Zugespitzt lässt sich gegenwärtig für Deutschland ein Wandel diagnostizieren vom Wohlfahrtsstaat zum Wettbewerbsstaat, vom aktiven zum aktivierenden Sozialstaat und zum neoliberalen Residualstaat (Minimal- und Kriminalstaat).

Persönliche Netzwerke ersetzen traditionale Gemeinschaften

Mit dem Verschwinden traditionell dichter, eng gebundener Gemeinschaften verstärkt sich der Trend zu dünnen, weitmaschigen persönlichen Netzwerken mit viel Wechsel. Wir müssen dabei kontinuierlich aktive Beziehungsarbeit leisten. Nachbarschaftliche Bezüge werden ersetzt durch verstreute Netzwerke. Moderne Transportmittel und Kommunikationsmedien ermöglichen denen, die sich das leisten können, enge Beziehungen über weite Strecken. Wir pflegen spezialisierte Beziehungen, die allerdings nicht breitflächig unterstützend sind. Wir müssen deshalb unterschiedliche Beziehungen pfle-



gen, um uns eine gewisse Bandbreite an Ressourcen sozialer Unterstützung zu sichern. Die Zunahme privater Geselligkeit lässt die Bedeutung öffentlicher Räume sinken. Damit sinkt die Bereitschaft des einzelnen Menschen zu informeller Hilfe im öffentlichen Raum und zur Übernahme von Verantwortung für das Gemeinwesen.

Soziale Netzwerke sind eine Reaktion auf eine sich schnell verändernde Welt, die ihre Vielfalt durch Vereinheitlichung und ihren Zusammenhang durch soziale Spaltungsprozesse verliert. Können wir durch Engagement in einem Netzwerk mit seinen immer wieder neu auszuhandelnden Regeln das retten, was durch das Wegschmelzen selbstverständlicher, unhinterfragter Lebenswelten verloren geht? Können Netzwerke den Verlust von Vielfalt und Zusammenhang rückgängig machen oder ausgleichen? Können sie an die Stelle von Institutionen und Traditionen treten, wenn es darum geht, Halt und Orientierung zu geben?

Soziale Unterstützung braucht man vor allem in der Not

Das Netzwerk sozialer Unterstützung hat eine große Bedeutung für die seelische Gesundheit und die erfolgreiche Bewältigung lebensgeschichtlicher Umbrüche und Krisen. Seine Struktur ist komplex: Im Zentrum steht normalerweise eine vertraute Zweierbeziehung (Dyade), darum herum gruppieren sich im »primären« Netzwerk Familienangehörige, Freunde bzw. Freundinnen, Nachbarn und Bekannte. Den äußeren Ring bildet das »sekundäre« oder institutionelle Netzwerk, z.B. in Form einer Teilhabe am Arbeitsleben und einer Vereinsmitgliedschaft, im Rahmen von Kultur- oder Freizeitaktivitäten.

Aus den verschiedensten Gründen ist dieses Netzwerk bei schwer und chronisch psychisch kranken Menschen häufig unzuverlässig, sehr ausgedünnt oder vollkommen verloren gegangen. Die bei sozial integrierten und seelisch gesunden Menschen gelegentlich zusätzlich und eher spielerisch genutzten »virtuellen« Beziehungen im Internet (soziale websites wie facebook) und gewohnheitsmäßig konsumierte Fernsehserien mit den immer gleichen Schauspielern und

Schauspielerinnen (z.B. Doku-Soaps) können dann eine große persönliche Bedeutung gewinnen. Psychiatrische Patienten und Patientinnen suchen aber auch oft in den Mitarbeitenden psychiatrischer Hilfsangebote neben deren Dienstleistung im engeren Sinne vertraute Mitmenschen, die ihrem persönlichen Netzwerk Halt geben oder – bei sozialer Isolation – dieses ersetzen.

In der Folge erscheinen psychiatrische Milieus vom Heim bis zur Kontaktstelle manchen Kritikern als Sonderräume (Ghettos), in denen die psychisch kranken Menschen sozial ausgegrenzt und – mit ihren professionell Helfenden – unter sich bleiben. Als Alternative dazu fordern sie eine radikale Sozialraumorientierung: Statt einer Fixierung auf den Einzelfall solle das soziale Feld der Betroffenen berücksichtigt werden. Die Verhältnisprävention im Sozialraum müsse schon bei Vorbeugung und Früherkennung psychischer Erkrankungen mehr Gewicht erhalten.

Kritik am Konzept der Sozialraumorientierung

Bei aller berechtigten Kritik an weiterhin bestehenden überbehütenden Tendenzen in gemeindepsychiatrischen Diensten und Einrichtungen – auch das Konzept der Sozialraumorientierung hat seine problematischen Aspekte. Es beinhaltet die Gefahr einer Stigmatisierung durch Prävention, wenn ganze Bevölkerungsgruppen als Zielgruppen von Präventionsstrategien neu konstruiert werden. Will man damit z.B. einen benachteiligten Stadtteil beglücken, hilft man dort einigen, schadet aber vielen. Denn gerade dort wohnt typischerweise eine sehr vielfältige (heterogene) Bevölkerung, während in privilegierten Stadtteilen Menschen leben, die sich meist recht ähnlich (homogen) sind. Hinzu kommt, dass die Sozialraumorientierung die Potenziale zur Heilung menschlicher Notlagen gerade dort sucht, wo die Probleme am größten sind. Die geförderten Projekte zur »Sozialen Stadt« sind, was dieses Konzept betrifft, im Großen und Ganzen erfolglos geblieben.

Schließlich gibt es das Problem der »adaptiven Präferenzen«. Dieser Begriff bezeichnet die Erkenntnis, dass wir dazu neigen, unsere Wunsch- und Bedürfnisstrukturen an unserem tatsächlichen sozialen Umfeld auszurichten. Es hat sich erwiesen, dass gerade psychisch schwer erkrankte Menschen, die sehr schlecht versorgt werden, sich besonders zufrieden mit ihrer Lage äußern. Man erklärt sich dieses Phänomen so, dass andernfalls die wenig belastbare Seele dieser Menschen die große Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit als unerträglich schmerzhaft erleben würde. Das Konzept der Sozialraumorientierung trägt unter Umständen und entgegen seines eigenen Anspruchs auf Inklusion also möglicherweise dazu bei, dass behinderte und benachteiligte Menschen in Nischen am Rand der Gesellschaft auf die Selbstverwaltung ihrer Not verwiesen werden. Man fragt ihre Zufriedenheit mit den schlechten Zuständen ab, lässt ihnen ihren vermeintlichen Willen und spart so das Geld, das sonst für eine Verbesserung ihrer Lage aufgewandt werden müsste.

Literatur beim Verfasser

DR. MED. HERMANN ELGETI, Medizinische Hochschule Hannover, Sozialpsychiatrische Poliklinik List, Podbielskistraße 158, 30177 Hannover, elgeti.hermann@mh-hannover.de



KATHY WEINHOLD

Soziale Netzwerke und deren Einflüsse auf die Gesundheit

Ein soziales Netzwerk ist die Gesamtheit an sozialen Beziehungen zwischen einer definierten Menge von Personen oder Organisationen. Je nach Betrachtungsweise lassen sich *persönliche Netzwerke*, die unsere persönlichen Beziehungen zu anderen und deren Beziehungen untereinander umfassen (z.B. Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn), unterscheiden von *Gesamtnetzwerken*, die ein ganzes System solcher Beziehungen beschreiben (z. B. Nachbarschafts-, Vereins-, Gemein-denetzwerk). Der Begriff »soziales Netzwerk« geht damit über eng formal definierte Einheiten hinaus, da auch indirekte und vermittelte Beziehungsmuster berücksichtigt werden. Netzwerke sind also im Grunde unendliche soziale Gebilde, in denen die Beziehungen der berücksichtigten Mitglieder immer weiter in neue Beziehungssysteme hinein verfolgt werden. Das Interesse des Betrachtenden, die Fragestellung und der Forschungszusammenhang definieren letztlich den Rahmen der Ausdehnung eines in Frage stehenden sozialen Netzwerks.

Wie beeinflussen soziale Netzwerke die Gesundheit?

Soziale Netzwerke können wichtige integrative und schützende Funktionen in unserem Leben übernehmen. Soziale Unterstützung kann eine zentrale Funktion solcher sozialen Beziehungssysteme sein – neben regulativen und kontrollierenden, aber auch konflikträchtigen und belastenden Dimensionen. Soziale Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk kann dazu beitragen, Gesundheit zu erhalten und zu fördern, Krankheit zu vermeiden, ernste und dauerhafte Gesundheitsbeeinträchtigungen zu verkraften sowie die Folgen von Krankheiten zu bewältigen oder mit ihnen leben zu lernen.

Die positiven Gesundheitswirkungen basieren auf zwei entscheidenden Effekten: dem Haupt- bzw. Direkteinfluss und dem Puffereffekt. Bei diesem rückt soziale Unterstützung wie ein Puffer zwischen belastende, potenziell krankmachende Lebensereignisse und psychische oder physische Symptome. Im Rahmen des *Haupteffekts* fördert die Netzwerkintegration Wohlbefinden, positive Stimmung und persönliche Zuversicht in der Gemeinsamkeit und Gemeinschaft mit anderen. Negative Isolationseffekte (z.B. Depressionen, Vernachlässigung von Körperpflege) werden über Geselligkeit und Erfahrungen von Zugehörigkeit, Anerkennung und Respekt verhindert. Die Auftretenswahrscheinlichkeit von Risiken und Belastungen wird reduziert, die Entwicklung von persönlicher Identität, positivem Selbstbild und Selbstvertrauen, Optimismus und Kontrollbewusstsein wird aufgebaut und gestärkt.

Diese Erfahrungen von sozialer Einbindung und sozialem Rückhalt wirken generell und belastungs- bzw. stress-unabhängig, denn Menschen nehmen soziale Beziehungen nicht mit dem Blick auf Problembewältigung auf, sondern vielmehr aus dem ständigen Bedürfnis und Streben nach Kontakten, Interaktion, Rückmeldung, Akzeptanz, Intimität und Bindung heraus. Gleichzeitig verhindert die soziale Integration auch »primärpräventiv«, dass bestimmte Belastungen überhaupt auftreten.

Förderliche und hemmende Faktoren

Die salutogene Wirkung sozialer Unterstützung aus dem persönlichen Netzwerk auf das Wohlbefinden und die Gesundheit ist in hunderten Studien nachgewiesen worden. In unterstützende Beziehungen eingebettete Menschen zeigen sich generell gesünder, weniger belastet und weniger störungs- und krankheitsanfällig. Sie bewältigen die verschiedensten Krankheiten und deren Folgen besser.

Erklärt werden diese Wirkungen über interagierende physiologische, psychologische und soziale Prozesse. *Physiologisch* beeinflusst soziale Unterstützung bio-psychische Zustände, die selbst wiederum schädigende psychische Prozesse hemmen, sei es, dass das persönliche Immunsystem gestärkt wird oder dass physiologische Stressreaktionen gedämpft werden. Soziale Verluste und eine schlechte Netzwerkintegration sind dagegen verknüpft mit einer erhöhten Anfälligkeit gegen Infektionen. Immunologische, humorale und neuronale Prozesse sind hierbei entscheidend. *Psychologische* Unterstützungseffekte erreichen soziale Netzwerke durch Integration, das Vermitteln von Zugehörigkeit, Aufgehobensein, Akzeptanz und Respekt, Bestätigung und Wertschätzung. Durch die Erfahrung von sozialem Rückhalt werden Selbstbewusstsein und Selbstwert erhöht, optimistische Stimmung wird geschaffen. Personen erfahren Sicherheit und Reduktion von Angst durch Bindung und das Eingebettetsein in soziale Beziehungen und durch die Aussicht auf Hilfe in Notfällen. In reziproken Beziehungen erleben Menschen auch dadurch Bestätigung, dass andere sie brauchen und sie anderen helfen können. *Sozial* werden Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheit sowohl über die Befriedigung sozialer Bedürfnisse wie auch durch die praktischen, informativen und materiellen Hilfen aus den Netzwerken vermindert oder vermieden.

Fazit

Unsere sozialen Einbindungen in ein soziales Netzwerk werden über soziale Regulation, soziale Kontrolle und vor allem soziale Unterstützung zu so etwas wie einem »sozialen Immunsystem«, das neben dem »individuellen Immunsystem« jedes und jeder Einzelnen dabei hilft, Gesundheit zu erhalten und Krankheit besser zu bewältigen. Die Stärkung dieses persönlichen sozialen Immunsystems generell und dort, wo es im Einzelfall nur schlecht entwickelt, geschwächt oder defizitär und zerstört ist, ist das Ziel von »Netzwerkintervention« und der »Förderung sozialer Unterstützung«, zweier professioneller, psychosozialer und sozialpädagogischer Handlungskonzepte, die sich in Präventions-, Hilfe- und Rehabilitationspraxis bewährt haben.

Literatur bei der Verfasserin

DIPL. PÄD. KATHY WEINHOLD, Technische Universität Dresden, Institut für Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Wohlfahrtswissenschaften, Professur für Beratung und Rehabilitation, 01062 Dresden, Weberplatz 5, Zi. 207c, 01217 Dresden, Tel.: (03 51) 463-35596, Fax: (03 51) 463-35836, E-Mail: Kathy.Weinhold@tu-dresden.de

DIE ENTWICKLUNG NEUER FAMILIENFORMEN, INSBESONDERE DIE PATCHWORK-FAMILIE, WIRD MOMENTAN SEHR KONTROVERS DISKUTIERT. DIE JÜNGST ERSCHIENENE STREITSCHRIFT »DIE PATCHWORK-LÜGE« VON MELANIE MÜHL HABEN WIR ZUM ANLASS GENOMMEN, IHNEN ZWEI KONTRÄRE POSITIONEN ZU PRÄSENTIEREN. NEBEN MELANIE MÜHL WIDMET SICH DER SOZIALWISSENSCHAFTLER PROF. DR. KLAUS HURRELMANN IN EINEM ZWEITEN ARTIKEL DIESEM THEMA.

MELANIE MÜHL

Patchwork-Familien – veränderte Beziehungen und Familienformen

Patchwork ist ein trügerisches Wort. Es klingt so unbekümmert, dass wir an die Sommerferienlager unserer Kindheit denken, an Leichtigkeit, Aufbruch, Spaß. Wir stellen uns fröhliche Prominente in Hollywood vor, die uns lachend entgegen rufen: »Patchwork ist super!«.

Was wir uns nicht vorstellen, sind die unzähligen Scheidungskinder, die auf der Strecke bleiben, wenn sich die Familienverhältnisse wieder einmal verändern. Dabei sind sie es, die den Preis der Ich-Optimierung und Selbstverwirklichungsmanie bezahlen. Wie hoch dieser Preis ist, weiß jeder, doch die hässliche Wahrheit wird verschwiegen, da wir in einer Gesellschaft leben, die lieber dem Leitspruch »anything goes« folgt, als zurück auf den Scherbenhaufen zu blicken, den sie hinterlässt. Diese Ideologie der Ersetzbarkeit stellt eine kulturelle Bedrohung dar, denn wenn alles ersetzbar ist, dann ist auch alles wertlos.

Ein paar Tatsachen: Scheidungskinder werden später beinahe doppelt so oft geschieden wie Nicht-Scheidungskinder, sie neigen stärker zu Depressionen, die Gefahr des Missbrauchs von Nikotin, Alkohol und Drogen ist erhöht. Das Risiko kriminellen Verhaltens von Jugendlichen, die in Patchworkfamilien aufwachsen, ist zudem laut einer aktuellen Studie der Universität Lausanne deutlich größer. Einer der Gründe, so die Wissenschaftler, liege in der geringeren Intensität der Bindung zu den Eltern, die in Stieffamilien nicht so stark ausgeprägt sei wie in traditionellen Familien. Auch die Frage der Autorität spielt eine wichtige Rolle. In Patchwork-Familien werden häufiger weniger klare Grenzen gesetzt.

Auswirkungen auf Kinder

Es versteht sich von selbst, dass auch Patchwork-Familien funktionieren können. Trotzdem: Scheidungskinder, das darf nicht vergessen werden, erleben das Gegenteil von Verbindlichkeit. Sie erleben, dass unter den Zumutungen des Ehelebens die Liebe abstirbt. Ihren Eltern ist es nicht geglückt, sie gegen Angriffe von außen und innen zu verteidigen. Was sich zwischen sie geschoben hat, trug den Sieg davon. Statt den Konflikt beizulegen, haben sie getrennte Wege eingeschlagen. Die Familie, die dem Kind Halt gab, Geborgenheit, Sicher-

heit, existiert plötzlich nicht mehr, das ist ein Schock. Was bleibt, sind Mutter und Vater als Einzelwesen.

Diese Folie des Scheiterns verinnerlichen Scheidungskinder. Beim Gedanken an Familie schiebt sie sich vor ihre Augen. Sie wissen nicht, wie Familie funktioniert, wie sich Zusammengehörigkeit anfühlt, was eine Schicksalsgemeinschaft ist, sie haben es ja nie gelernt. In ihrer Vorstellungswelt kann jederzeit alles auf den Kopf gestellt werden.

Die amerikanische Psychologin Judith S. Wallerstein fand in einer Langzeitstudie, für die sie etwa hundert Probanden und Probandinnen über einen Zeitraum von fünfundzwanzig Jahren begleitet hat, heraus, dass viele Scheidungskinder im Erwachsenenalter oft heftiger leiden als während ihrer Kindheit. Der Schmerz, von dem sie glaubten, ihn überwunden zu haben, traf sie wie ein Bumerang. Besonders die Jahre zwischen dem dreißigsten und vierzigsten Lebensjahr sind gefährlich. Das ist bekanntlich jene Zeit, in der sich die Illusion, alles könnte eigentlich ewig so locker weiterlaufen wie bisher, nur noch sehr schwer aufrecht erhalten lässt. Freunde und Freundinnen sowie Bekannte heiraten, sie ziehen in Reihenhaushälften, kaufen eine Einbauküche, und irgendwann liegen im Briefkasten Einladungskarten zu Taufen. Man wird Zeuge oder Zeugin, wie fundamental sich das Leben der anderen verändert.

Folgen für eigene Lebensplanung

Wie will ich selbst leben? Soll ich aufs Land ziehen, heiraten, Kinder kriegen? Solche Fragen lösen bei Scheidungskindern Panik aus. Die Angst, in dieselbe Falle wie die Eltern zu tappen, ist unermesslich – und häufig widerfährt Scheidungskindern genau das, wovor sie sich am allermeisten gefürchtet haben: Sie greifen unbewusst auf die Muster der Vergangenheit zurück und reinszenieren ihre frühen Erfahrungen in der Gegenwart.

Die einen heiraten einen Mann bzw. eine Frau, der oder die in Art und Charakter dem abwesenden Elternteil verblüffend ähnelt und werden deshalb auf ähnliche Weise enttäuscht. Die anderen geben sich am selben Tag das Jawort wie die geschiedenen Eltern, ohne es zu wissen. Solche Verhaltensweisen zeigen, wie erdrückend das Bedürfnis sein kann, das verwundete Kind in einem zum Schweigen zu bringen. Der Wiederholungszwang soll heilen, was sich nicht heilen lässt. Die Opfer der Vergangenheit sind die Täter der Zukunft. Es geht hier nicht darum, ein heiles Familienbild zu beschwören, das es in Wahrheit nie gegeben hat. Wenn sich jedoch um uns herum weiterhin sämtliche Verbindlichkeiten bis zu einem Minimum auflösen, wird es uns irgendwann wie den Driftern und Zockern des Schriftstellers Paul Auster ergehen, die auf staubigen Landstraßen Amerika durchkreuzen oder einfach nur innerlich orientierungslos umherstolpern, ohne jemals zu einem Ziel zu gelangen.

Gesellschaftliches Experiment

Wir sitzen in einem gesellschaftlichen Experiment fest, das wir auf den Weg gebracht und über das wir die Kontrolle verloren haben. Wie es ausgeht, ist ungewiss. Was wir allerdings schon jetzt wissen, ist, dass das Experiment eine verhängnisvolle Richtung eingeschlagen hat. Das lässt sich belegen. Die Zahl der Scheidungskinder wächst kontinuierlich, wir ziehen immer mehr narzisstische und egoistische Kinder heran, die im selben Atemzug verwöhnt werden wie Prinzen und Prinzessinnen und militärisch gedrillt werden. Das Trauma der frühen Trennung, Liebesentzug und Einsamkeit führen unweigerlich



in die innere Emigration. Das Gehirn fährt die Gefühle herunter, als handele es sich um den Lautstärkeregler einer Stereoanlage.

Wir sprechen nicht über ein paar Kindheitstraumata, wir sprechen über nicht weniger als den Zusammenhalt der Gesellschaft. Kinder, die in unbeständigen Sozialkonstruktionen aufwachsen, verlieren jedes Gefühl für Bindungen, für Freundschaft, Liebe und Solidarität. Sie sind Vagabundierende, an keinem Ort verankert, ohne feste Beziehungen. Das macht sie zu tickenden Zeitbomben. «Was Kindern angetan wird, das werden sie der Gesellschaft antun», sagte Karl A. Menninger. Denn irgendwann werden die Kinder erwachsen sein und das psychische Profil einer ganzen Generation prägen.

Literatur bei der Verfasserin

MELANIE MÜHL, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Tel.: (0 69) 75 91 26 59,
E-Mail: m.muehl@faz.de

KLAUS HURRELMANN

Machen Patchwork-Familien krank?

Die Diskussion über »Patchwork-Familien« ist wieder entbrannt. Jede dritte Ehe in Deutschland wird geschieden, und danach gehen viele Mütter und Väter mitsamt ihren Kindern neue Beziehungen ein. Die Journalistin Melanie Mühl hat vor kurzem das Buch »Die Patchwork-Lüge« geschrieben und die These aufgestellt, die neu kombinierten Familien seien viel schlechter als ihr Ruf und würden die davon betroffenen Kinder psychisch und gesundheitlich stark belasten.

Gesellschaft und Familie im Wandel

Bevor die nächste Runde der Betroffenheitsdebatte eingeläutet wird, sollten wir sachlich festhalten: Mit jeder Veränderung der Gesellschaft wandelt sich auch die Struktur der Familie. Die Großfamilie mit allen Verwandten aus vielen Generationen, die wir aus Romanen und Erzählungen des 18. und 19. Jahrhunderts kennen, verschwindet mit der Industriegesell-

schaft. Im Laufe des vorigen Jahrhunderts hat sich Familie in immer kleinere Einheiten gegliedert, die in der soziologischen Terminologie als »Klein«- oder »Kern«-Familien bezeichnet werden. »Kern«-Familie deshalb, weil sie auf den Nukleus, das absolute Minimum dessen reduziert zu sein scheint, was zum Zusammenleben der Generationen und zur Erziehung des Nachwuchses notwendig ist.

Familie als Spiegel des modernen Lebens

Viele der ursprünglich als selbstverständlich erachteten Merkmale der traditionellen Familie sind betroffen: Die Ehe als Lebensform der Eltern ist nicht mehr selbstverständlich. Die Kinder müssen nicht unbedingt leibliche sein. Die Arbeitsteilung der Eltern kann verschiedenste Formen annehmen, weil immer mehr Ehefrauen auch als Mütter nach der Geburt ihrer Kinder berufstätig sind. Gleichgeschlechtliche Paare können heiraten und durch Adoption oder Samenspende eine Familie gründen. Für verheiratete oder unverheiratete Paare ist es keineswegs mehr sicher, dass sie sich für die Gründung einer Familie, also die Geburt eines eigenen Kindes entscheiden; nur noch etwa die Hälfte aller Paare bekommt heute »Nachwuchs«. Schließlich ist die Trennung von Eltern viel häufiger geworden. Heute werden in Deutschland die Hälfte aller Ehen durch Scheidung beendet, in den 1960er Jahren waren es nicht viel mehr als 10 %.

Alles das führt manchmal zu dem Eindruck, die Familie beginne sich aufzulösen. Der Eindruck täuscht. Was wir erleben, sind neu kombinierte Familienformen, und die sind äußerst vielfältig und bunt geworden, und sie breiten sich immer weiter in verschiedensten neuen Ausprägungen aus. Die Familie löst sich aber nicht auf, sondern befindet sich im Umbruch. Sie bekommt alle Erschütterungen und Verwerfungen ab und alle sozialen und ökonomischen Neuorientierungen mit, die sich in ihrem sozialen Umfeld abspielen. Nach wie vor ist sie das, was Forscher und Forscherinnen im vorigen Jahrhundert die »Keimzelle der Gesellschaft« nannten. Diese Keimzelle aber ist für alle Impulse empfänglich, die von außen auf sie einwirken. Die Familie ist eine eigenständige kleine Welt des Zusammenlebens, aber sie ist nicht gesellschaftlich isoliert. Sie spiegelt die Offenheit des modernen Lebens mit dem Widerspruch aus Optionsvielfalt und Unsicherheit, Individualisierung und Identitätsdiffusion wider: Sage mir, wie deine Gesellschaft ist, und ich sage dir, welche Familien sie hat.

Die Patchwork-Familie

Der Name Patchwork beschreibt einen bunten Flickenteppich, den die verschiedenen Ausprägungen des Zusammenlebens der Generationen heute ausmachen. Der Flickenteppich ist nicht so klar durchstrukturiert wie der traditionell gewebte, er besteht aus sehr verschiedenartigem Stoff – eben so, wie die ganze Gesellschaft heute ist. Der Vorteil der patchwork family ist ihre breite Vielfalt, die freies und ungezwungenes Verhalten ermöglicht und einengende alte Normen überwindet. Das Alltagsleben ist reichhaltig, die Wahlverwandtschaft ist breit gefächert, man hat viele entfernte Familienmitglieder, zu denen man eine Beziehung nach eigenen Bedürfnissen aufbauen oder es auch lassen kann. Zwanghafte Familienrituale sind selten. Ihr Nachteil ist, sie verlangt ihren Mitgliedern eine ständige Neuorientierung und immer wieder auszuhandelnde Regeln des gemeinsamen Umgangs ab. Der Flickenteppich ist lange nicht so strapazierfähig wie der traditionelle, in ei-



nem Akt gewebte Monostruktur-Teppich. Der Flickenteppich hält zusammen, aber die nicht so belastungsfähigen Nahtstellen sind doch dauerhaft erkennbar.

Untersuchungen zeigen: Patchwork-Familien bieten eine große Freiheit der Beziehungs- und Kontaktgestaltung, aber sie verlangen von ihren Mitgliedern auch, diese Freiheit souverän und sicher auszuschöpfen. Sie eröffnen neue Umgangsformen der Familienmitglieder untereinander, aber sie bieten auch der Grenzüberschreitung bis hin zum Missbrauch neuen Raum. Patchwork-Familien sind anspruchsvoll und verlangen ihren Mitgliedern eine soziale Virtuosität und differenzierte Beziehungsgestaltung ab. Wer das beherrscht, kann diese neue Familienwelt genießen und wächst mit ihr. Wer die hohe persönliche und soziale Fähigkeit zum Selbst- und Beziehungsmanagement nicht aufbringt, ist durch die Patchwork-Existenz schnell überfordert. Das gilt für Eltern ebenso wie für Kinder.

Zu pauschalisierten Folgerungen besteht also kein Anlass. Vielmehr muss man genau hinsehen, zu wem welche Familienform passt. Und es besteht Anlass, die junge Generation so gut es geht auf ein Leben in Familien und die damit verbundenen Herausforderungen vorzubereiten. Die große Mehrzahl der jungen Erwachsenen befürwortet die Familie als soziale Instanz, ist sich aber durchaus bewusst, wie komplex heute das Partner- und das Elternleben geworden sind und wie schwierig es sein kann, sie miteinander zu verbinden. Die jungen Leute ahnen, was da auf sie zukommt, und sie wollen den Schritt zur Familie nicht übereilt treffen. Hier mit modernen Formen der Vorbereitung auf das Familienleben mit Kindern präsent zu sein, das ist ein bisher vernachlässigter Aufgabenbereich der Elternbildung, aber auch der Gesundheitsförderung.

Literatur beim Verfasser

KLAUS HURRELMANN, Hertie School of Governance, Quartier 110, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 2 59 21 93 22, Fax: (0 30) 2 59 21 92 22, E-Mail: hurrelmann@hertie-school.org

BARBARA VON WÜRZEN

Neue Beziehungsformen – eine Herausforderung für die Politik

Familie und Beziehungsformen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten so stark gewandelt wie nie zuvor. Und dennoch: Die Diskrepanz zwischen Familienrealität und Familienpolitik wird immer stärker. Die Politik versucht mit Detailregelungen einzelne Sachverhalte zu lenken, wird jedoch der Komplexität der Familienwirklichkeiten kaum gerecht. In der Folge entstehen Spannungen zwischen Lebens- und Arbeitswelt.

Akzeptanz neuer Lebensformen

Noch immer orientiert sich Politik in vielen Bereichen am klassischen Familienbild. Nichtehele Lebensgemeinschaften oder Ein-Eltern-Familien gab es zu Zeiten der Gründung der Bundesrepublik und der Normierung des Grundgesetzes kaum. Eine am damaligen Vorbild ausgerichtete Politik machte damals Sinn: steuerliche Erleichterungen für Ehen, in denen nur ein Ehegatte den Lebensunterhalt verdient, Halbtagskindergärten und -schulen, da Betreuung und Lernförderung von der Hausfrau übernommen wurden.

Heute herrscht zwar das klassische Familienmodell noch vor, wird aber immer seltener. Etwa ein Drittel der Ehen in Deutschland wird geschieden und bereits jedes siebte minderjährige Kind wächst in einer Ein-Eltern-Familie auf. Gerade Alleinerziehende und deren Kinder sind hohen Belastungen ausgesetzt und vielfach von Armut betroffen, ohne große Chancen, an diesem Zustand etwas zu ändern.

Anpassung politischer Strukturen

Eine Anpassung politischer und rechtlicher Strukturen in den verschiedensten Bereichen ist unerlässlich, um der Lebenswirklichkeit gerecht zu werden und vor allem soziales Ungleichgewicht zu vermeiden. Dies kann aber nicht durch isolierte Einzelmaßnahmen geschehen, sondern nur mit Blick auf den Gesamtzusammenhang der Gesellschaft. Eine ressortübergreifende Familienpolitik muss das Ziel haben, einen Rahmen und Strukturen zu schaffen, die jede Art der Beziehungsform gleichermaßen anerkennen, ohne eine bestimmte Beziehungsform oder Abhängigkeiten zu fördern oder festzuschreiben. Wichtig ist es, jedes erwachsene Mitglied der Gesellschaft grundsätzlich in die Lage zu versetzen, für den eigenen Lebensunterhalt selbst sorgen zu können. Nur so können finanzielle Abhängigkeiten von Ehegatten oder von staatlichen Sozialleistungen dauerhaft vermieden werden.

Notwendig ist nicht nur ein grundsätzliches Umdenken, wie es sich beispielsweise bereits in den neuen Regelungen zum Betreuungsunterhalt manifestiert, sondern sind vor allem Strukturen, die das Leben in der veränderten Gesellschaft entsprechend den gesetzlichen Vorgaben zulassen.

Armutsfalle Scheidung

Dass die Politik grundsätzlich Eigenverantwortung anstrebt, zeigt das neue Leitbild, das sich in den Regelungen zum nachehelichen Betreuungsunterhalt manifestiert. Dennoch: Um Eltern, die durch Scheidung alleinerziehend sind, und ihre Kinder nicht in die Armut und Abhängigkeit von Sozialleistungen zu treiben, muss der Staat diese Regelungen überdenken.



Hier offenbart sich ein eklatantes Missverhältnis zwischen der Pflicht für sich selbst zu sorgen und den vom Staat bereitgestellten Rahmenbedingungen.

Das neue Unterhaltsrecht verpflichtet den betreuenden Elternteil grundsätzlich zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ab dem dritten Lebensjahr des Kindes und setzt so auf die Eigenverantwortung der geschiedenen Ehegatten. Für den betreuenden Elternteil stehen aber weder ausreichend Arbeitsplätze noch ausreichend Betreuungsplätze zur Verfügung, um einer entsprechenden Erwerbstätigkeit nachgehen zu können. Der Gesetzgeber nimmt auf diese Weise ein Absinken in die Armut des betreuenden Elternteils und der Kinder zugunsten des nicht betreuenden Elternteils in Kauf. Die Unterstützung insbesondere von erwerbstätigen Müttern mit einer familienfreundlichen Infrastruktur sowie die Förderung familienfreundlicher Arbeitsplätze, gemeinsam mit der Wirtschaft, sind unerlässlich. Vorstöße wie die Idee eines Betreuungsgeldes für nicht erwerbstätige Mütter dürfen in einer modernen Familienpolitik keinen Platz haben, sie stehen in krassem Widerspruch zur modernen Gesellschaft, da sie das alte Gesellschaftsbild zementieren und Abhängigkeit nicht erwerbstätiger Ehefrauen fördern.

Gute und bezahlbare Kinderbetreuung gehört noch immer zu den wichtigsten Säulen familienfreundlicher Infrastruktur. Hier ist die Bildungspolitik gefordert, Standards festzulegen und neue Konzepte umzusetzen, damit Kinder nicht bloß verwahrt, sondern sinnvoll beschäftigt und gefördert werden. Zu wenig beachtet ist z.B. noch der Bedarf an qualifizierter Betreuung für Kinder der Unterstufe an weiterführenden Schulen; diese muss über den üblicherweise nur bis mittags dauernden Unterricht hinaus möglich sein.

Steuerliche Unterstützung von Familien

Auch das Steuerrecht ist den veränderten Familienwirklichkeiten anzupassen. Das Ehegattensplitting benachteiligt Familien, in denen beide Partner erwerbstätig sind. Gleichzeitig führt es zu einer Benachteiligung von Familien ohne Trau-

schein und Alleinerziehenden. Der Splitting-Vorteil ist am größten, wenn der Partner bzw. die Partnerin das gesamte Familieneinkommen erzielt und der bzw. die andere nicht erwerbstätig ist. Diese einseitige Förderung der Beziehungsform »Ehe« ist nicht mehr zeitgemäß: Laut Umfrage der Bertelsmann Stiftung sind mehr als 80 % der Bevölkerung der Ansicht, dass die Ehe gegenüber Alleinerziehenden, Patchwork-Familien und Familien ohne Trauschein keinen rechtlichen Sonderstatus haben sollte.

Gerechter im Steuersystem wäre z.B. ein Familiensplitting, bei dem das Einkommen aller Familienmitglieder summiert und rechnerisch auf alle verteilt wird, oder die Gewährung eines nicht auf den Partner oder die Partnerin übertragbaren exklusiven Freibetrages für den Zweitverdiener.

Familien- und Beziehungswirklichkeiten sind komplex geworden. Dennoch sind funktionierende familiäre Strukturen Grundlage gesellschaftlichen Zusammenlebens. Entsprechend klare, widerspruchsfreie politische Strukturen zu schaffen, die geeignet sind, Freiheit und soziale Gerechtigkeit zu fördern, ist eine anspruchsvolle Aufgabe für die Politik.

Literatur bei der Verfasserin

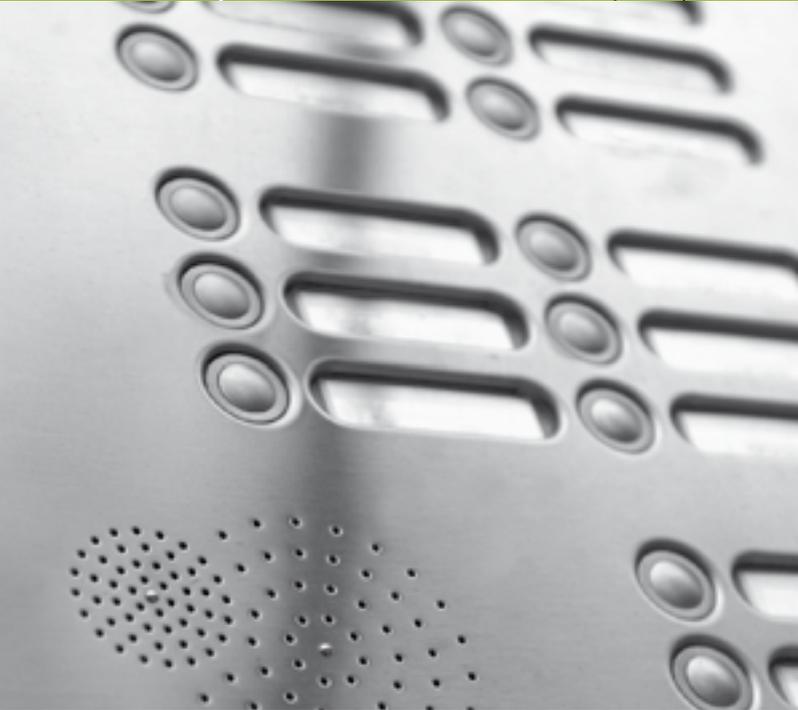
BARBARA VON WÜRZEN, Bertelsmann Stiftung, Carl-Bertelsmann-Straße 256, 33311 Gütersloh, Tel.: (0 52 41) 8 18 11 86, Fax: (0 52 41) 81 68 11 86, E-Mail: barbara.vonwuerzen@bertelsmann-stiftung.de, www.bertelsmann-stiftung.de

HARALD KÜNEMUND

Die Zukunft familialer Beziehungen im Alter

Soziale Netzwerke und Unterstützungsleistungen sind altersunabhängig für die Gesundheit bedeutsam, protektive Effekte der Familie wurden bereits mehrfach plausibel belegt. Im höheren Alter – insbesondere im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit – gewinnen sie aber stark an Bedeutung. Analysen hierzu zeigen, dass die wichtigsten Beziehungen im Alter jene zu den Partnern und den Kindern sind. Als Erklärung wird u.a. auf Opportunitätsstrukturen, gesellschaftliche Normen, z.T. sogar auf genetische Grundlagen verwiesen. Eine intensiv diskutierte sozialpolitische Frage ist daher derzeit jene nach der zukünftigen Entwicklung der Existenz, Größe und der Verlässlichkeit persönlicher Netzwerke im Alter.

Dabei dominieren in der Diskussion seit langem Befürchtungen und Schreckensszenarien. Enttraditionalisierung und Individualisierung, die Zunahme von Kinderlosigkeit, Scheidungen und Single-Haushalten, Rückgang der Mehrgenerationenhaushalte, die Substitution informeller Unterstützungen durch den (zu großzügigen) Sozialstaat, die steigende Arbeitsmarktorientierung jüngerer Frauen und wachsende geographische Mobilität und die drohende Überlastung der mittleren Generation durch Anforderungen aus dem Erwerbsleben und zugleich von Seiten älterer und jüngerer Angehöriger lassen die Zukunft familialer Unterstützung älterer Menschen auf den ersten Blick wenig erfreulich erscheinen. Bei genauerer Betrachtung drängen sich dennoch an vielen Stellen andere Schlussfolgerungen auf.



Aktuelle Entwicklungen

Was die theoretische Verfügbarkeit von Partnerinnen und Partnern sowie Kindern bei den Älteren betrifft, sind die Veränderungen in den nächsten etwa 20 Jahren weniger dramatisch. Die Zahl der Kinder geht nur langsam zurück. Dies trifft dann eher die geburtenstarken 60er Jahrgänge und vor allem die nachfolgenden Kohorten, deren Hilfe- und Pflegebedarf frühestens ab 2045 zum Tragen kommen wird. Der Anteil älterer Alleinlebender dürfte zunächst sogar eher zurückgehen: Der bislang kriegsbedingt hohe Frauenüberschuss unter den Älteren entwickelt sich rückläufig, es könnte also zunächst mehr ältere Paare geben als je zuvor in der Geschichte der Bundesrepublik. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen gilt dies aber vielleicht weniger für das sehr hohe Alter, in dem die Kindergeneration wichtiger wird. Dort könnten dann ein späteres Erwerbsaustrittsalter und eine höhere Erwerbsbeteiligung, größere Wohnentfernungen oder erhöhte Belastungen zu einer Abnahme der direkten Unterstützungsleistungen für Ältere führen. Auch diese Punkte sind aber nicht so eindeutig. Beispielsweise wohnen erwachsene Kinder seltener als früher mit ihren Eltern im gleichen Haushalt, aber dennoch lag z.B. 1996 der Anteil der 70- bis 85-Jährigen, die zusammen mit mindestens einem ihrer Kinder »unter einem Dach« lebten, bei 27 Prozent. Ein Kind in der unmittelbaren Nachbarschaft hatten sogar 45 Prozent. Der Rückgang der Mehrgenerationenhaushalte ist ohnehin kein guter Indikator für schwindenden familialen Zusammenhalt, denn im Gegenteil sollte die Qualität der familialen Generationenbeziehungen von einer gewissen räumlichen Distanz und Unabhängigkeit sogar profitiert haben. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Fortfall der Notwendigkeit zur finanziellen Unterstützung der Eltern, die damit einhergehende Stärkung der gesellschaftlichen und familialen Position der Älteren, die gestiegenen Möglichkeiten zur »Intimität auf Abstand« und die Bereitstellung von Dienstleistungen durch den Sozialstaat die einzelnen Familienbeziehungen stark entlasten. Im Übrigen ermöglicht der Sozialstaat bislang auch jenseits der Familie »produktive« Tätigkeit und somit generell die Einbindung in soziale Netze im Alter, d.h. der gesellschaftliche Zusammenhalt insgesamt wird eher gestützt als unterminiert. Des Weiteren wurde gezeigt, dass die ggf. aus Erwerbstätig-

keit und Pflege resultierende Belastung durch die Existenz von Kindern nicht zusätzlich verschärft wird, wie dies die These von der »Sandwich-Generation« nahe legt – im Gegenteil können Kinder auch eine Quelle der Unterstützung sein. Oder das aus einer Erwerbstätigkeit resultierende Einkommen könnte auch dazu verwendet werden, fehlende Dienste am Markt zu kaufen – hierzu liegen noch kaum Erkenntnisse vor. Soziale Ungleichheiten dürften bei alledem aber erheblich durchschlagen: Denkbar wäre, dass – bei Konstanz der gegenwärtigen Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern im Bereich der Betreuung Älterer – die Töchter der geburtenstarken Jahrgänge im unteren Einkommensbereich am stärksten von einer Mehrfachbelastung betroffen sein werden.

Schlussfolgerungen

Hinsichtlich der Konsequenzen einer Zunahme von Scheidungen sind die vorliegenden Befunde nicht völlig klar. Trennungen im hohen Alter sind zwar bislang selten, aber ohne Zweifel problematischer zu bewerten als Trennungen in der Kindergeneration – zumindest zeigen bisherige Analysen keinen Rückgang in der Unterstützung der Eltern in Folge der Zunahme an Scheidungen. In jedem Falle aber nimmt mit dem steigenden Anteil älterer Menschen nicht nur die Alterslast zu: Bislang weist jede jüngere Kohorte beim Übergang in den Ruhestand ein höheres Ausbildungsniveau, eine bessere Gesundheit und – zumindest bislang – eine bessere materielle Absicherung auf, verfügt also über mehr Ressourcen für eigenständige Lebensführung, Aktivität und Engagement, was sich auch auf die Größe persönlicher sozialer Netzwerke und die Funktionsfähigkeit sozialer Beziehungen positiv auswirken sollte. Zunächst. Die bereits beschlossenen Reformen etwa im Bereich der Alterssicherung lassen erwarten, dass sich dies mittelfristig anders darstellen wird – vielleicht ist dann der vorgebliche Verfall familialer Solidarität nicht nur eine rhetorische Begründungsfigur, sondern auch eine indirekte Folge der Reformen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HARALD KÜNEMUND, Universität Vechta, Driverstraße 23, 49377 Vechta, Tel.: (0 44 41) 15-6 08, E-Mail: harald.kuenemund@uni-vechta.de

JAN-HINRIK SCHMIDT

Das Social Web und Beziehungspflege

Das Internet hat sich in den letzten 15 Jahren im Medienalltag etabliert. Aktuellen Daten der Initiative D21 (Netzwerk für die Digitale Gesellschaft) zufolge sind im Jahr 2011 etwa drei Viertel der Deutschen zumindest gelegentlich online. Eine wesentliche Ursache für diese rasante Verbreitung ist, dass das Internet als »Universalmedium« nicht nur Funktionen bekannter Massenmedien wie Fernsehen, Radio oder Zeitung übernehmen kann, sondern auch zur Beziehungspflege genutzt wird. In der Frühphase des Internets dominierte die Vorstellung, das Datennetz entwickle sich zum »Cyberspace«, der von der »realen Welt« abgekoppelt sei. In der »virtuellen Realität« würden Menschen ihren Körper hinter sich lassen, in fremde Rollen schlüpfen und flüchtige Kontakte mit Fremden pflegen – so der Mythos, der allerdings den vielfältigen Facetten und Folgen onlinebasierter Kommunikation nicht gerecht



wird. Viele Innovationen der letzten Jahre wie Facebook, Twitter, YouTube oder Skype haben auf jeweils spezifische Weise die technischen Hürden gesenkt, sich mit anderen Menschen auszutauschen und Informationen miteinander zu teilen. Das Internet ist u.a. durch sie zum »Social Web« geworden, das nicht mehr nur zum passiven Informationsabruf oder zum Abwickeln von Online-Banking und Shopping genutzt wird. Diese Entwicklung ist auch für den Aspekt der psychosozialen Gesundheit von Bedeutung, wie an drei Beispielen aus der Forschung des Hans-Bredow-Instituts verdeutlicht werden kann.

Computerspiele

Vorstellungen vom »Cyberspace« sind derzeit noch am ehesten in den komplexen und grafisch aufwändigen Welten der Online-Rollenspiele à la »World of Warcraft« verwirklicht. Diese können unter bestimmten biographischen und individuell-psychologischen Umständen dazu führen, dass die im Spiel gepflegten Beziehungen und die vom Spiel gestellten Aufgaben eine Sogwirkung entwickeln und wichtiger werden als Freundschaften oder Verpflichtungen außerhalb des Spiels. Es besteht die Gefahr, dass sich Menschen in den Spielen verlieren und aus einer intensiven Beschäftigung ein exzessives oder pathologisches Verhalten wird, das mit gesundheitlichen, psychologischen und vor allem sozialen Beeinträchtigungen einhergeht. Nur ein sehr geringer Teil der Nutzer und Nutzerinnen zeigt über einen längeren Zeitraum Muster eines problematischen Nutzungsverhaltens; für die meisten bietet das Internet schlichtweg die Möglichkeit, ihr Hobby gemeinsam mit anderen auszuüben.

Soziale Netzwerkplattformen

Zum Zweiten lässt sich der Mythos vom »Cyberspace« gerade an den seit einigen Jahren besonders populären Netzwerkplattformen wie schülerVZ oder Facebook weiter entzaubern. Statt der Kommunikation mit Unbekannten geht es dort vorrangig um die Pflege und Erweiterung realweltlicher Beziehungen. Das Präsentieren und (Mit-)Teilen von Informationen über sich selbst in der eigenen persönlichen Öffentlichkeit wirft einerseits Fragen des Datenschutzes bzw. der informa-

tionellen Selbstbestimmung auf und verschiebt gesellschaftliche Grenzen zwischen Öffentlichkeit und Privatsphäre. Andererseits macht man es sich zu leicht, wenn man den vermeintlichen »Online-Exhibitionismus« der Jugend anprangert – gerade für Jugendliche und junge Erwachsene bietet das Social Web Kommunikationsräume, die bei der Bewältigung von entwicklungspsychologischen Aufgaben helfen. Diese Prozesse laufen nicht immer problemlos ab, sodass sich Streit, Gerüchte oder Mobbing vom Schulhof oder aus der Freizeit auf diese Plattformen verlängern können, was zu Stress und Belastungen führen kann. Eine Schülerin brachte dies im Rahmen eines Forschungsprojekts sehr prägnant auf den Punkt: »Alle meine Freunde sind auf schülerVZ, aber nicht alle auf schülerVZ sind meine Freunde«. Gleichzeitig lernen Jugendliche im Umgang mit dem Social Web aber auch Schlüsselkompetenzen unserer Zeit. Je individualisierter, flexibler, mobiler unsere Gesellschaft wird, desto wichtiger wird der Aufbau und die Pflege eines sozialen Netzwerks. Die Einbettung in ein soziales Netzwerk liefert unterschiedliche psychosoziale Ressourcen, z.B. emotionale Unterstützung und Beistand oder auch karriererelevanten Informationsfluss, und trägt somit zur Bewältigung des Alltags in modernen Gesellschaften bei.

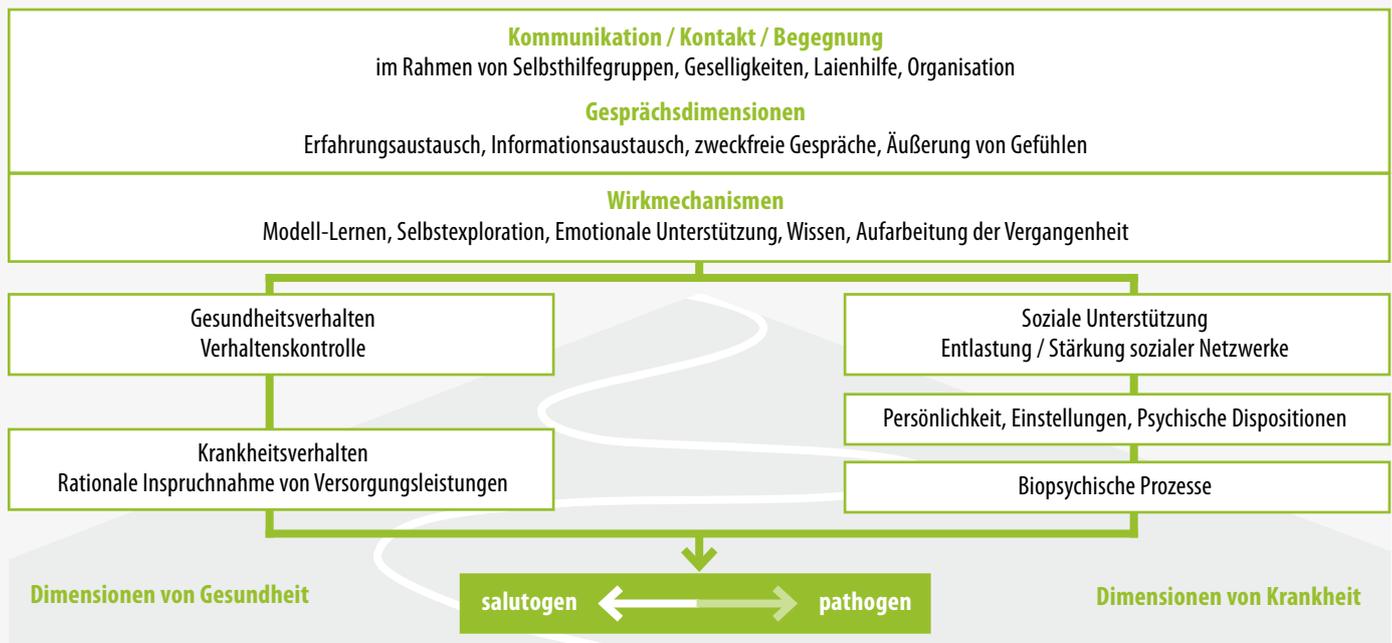
Medizinische Information über Wikipedia und Co.

Als dritter Bereich soll das konkrete Gesundheitsinformationsverhalten angesprochen werden, das sich auch durch das Internet verändert. Einer Anfang 2011 durchgeführten repräsentativen Befragung zufolge ist für gesundheitsrelevante Themen der persönliche Austausch mit Arzt bzw. Ärztin sowie Freunden und Verwandten nach wie vor am weitesten in der deutschen Bevölkerung verbreitet. Doch immerhin ein Drittel aller Deutschen gibt an, zumindest gelegentlich auch medizinische Informationen in der Online-Enzyklopädie Wikipedia nachzuschlagen. Etwa ein Viertel greift auf Online-Informationsangebote von Krankenkassen oder Krankenversicherungen zurück. Für den Kontext dieses Beitrags noch entscheidender: Das Internet bietet zudem Räume für den persönlichen Austausch auch zu gesundheitsbezogenen Themen, z.B. in Patientenforen oder einschlägigen Gruppen in Online-Communities. Diese werden allerdings nur von 7 bis 15 % der deutschen Bevölkerung genutzt und im Durchschnitt nicht als so verlässlich und hilfreich eingeschätzt wie andere Informationsquellen. Dennoch zeigen Studien z.B. zu onlinebasierten Selbsthilfegruppen, dass die Möglichkeit zum Austausch von persönlichen Erfahrungen oder das Teilen von Gefühlen oder Ängsten eine wichtige Rolle bei der Bewältigung gerade von ernsthaften Krankheiten bietet.

Das Internet ist somit nicht per se entfremdend oder isolierend, genauso wenig wie es ausschließlich gut oder vorteilhaft ist. Es kommt vielmehr auf den konkreten Einsatz in spezifischen Lebenssituationen an – und in dieser Hinsicht ist es inzwischen für einen wachsenden Teil der Bevölkerung unverzichtbar, auch und gerade um psychosoziale Befriedigung zu erlangen bzw. entsprechende Bedürfnisse zu befriedigen.

Literatur beim Verfasser

DR. JAN-HINRIK SCHMIDT, Hans-Bredow-Institut für Medienforschung, Warburgstraße 8–10, 20354 Hamburg, Tel.: (0 40) 45 02 17-83, Fax: (0 40) 45 02 17-99, E-Mail: j.schmidt@hans-bredow-institut.de, www.hans-bredow-institut.de



BERNHARD BORGETTO

Zur gesundheitlichen Bedeutung von sozialen Beziehungen in Selbsthilfeszusammenschlüssen

Annähernd drei Millionen Menschen mit sozialen oder gesundheitlichen Problemen engagieren sich in Deutschland in schätzungsweise 70.000 bis 100.000 Selbsthilfeszusammenschlüssen (SHZ). Wenngleich sich das Betätigungsfeld von SHZ zunehmend ausdifferenziert, bleiben doch die unmittelbaren persönlichen Begegnungen, die sozialen Beziehungen innerhalb der SHZ der Wesenskern der gemeinschaftlichen Selbsthilfe.

Selbsthilfeforschung

Es ist allgemein anerkannt, dass soziale Beziehungen eine zentrale Rolle für die Gesundheit der Menschen spielt. Doch gilt dies auch für die sozialen Beziehungen in SHZ? Ist deren gesundheitliche Bedeutung objektivierbar? Können mögliche Wirkungen erklärt werden?

Diese Fragen sind nicht einfach zu beantworten, da in der Selbsthilfeforschung ein zentrales methodisches Problem die Aussagekraft von Studien beeinträchtigt: Das Engagement in SHZ kann nicht verordnet werden. Prospektive verblindete Wirksamkeitsstudien mit randomisierten Vergleichs- und Interventionsgruppen sind daher kaum machbar. Die beste wissenschaftliche Evidenz ist durch quasi-experimentelle und retrospektive Beobachtungsstudien zu erzielen. Mit statistischen Methoden können »Störvariablen« ex post kontrolliert werden, aber nur in dem Maße, in dem sie mit erhoben werden, d.h. bekannt sind oder antizipiert werden können. Zusätzliche Schwierigkeiten entstehen bei der Interpretation von Studienergebnissen durch uneinheitliche Operationalisierungen des Phänomens SHZ und oftmals unzureichende Angaben zu Methoden und Studiendesign in Forschungsberichten.

Dimensionen der »Selbsthilfe-Kommunikation«

Im Zusammenhang mit dem besser gesicherten Wissen über die salutogenen und tertiärpräventiven Wirkungsweisen von Kommunikation und sozialen Beziehungen kann aus dem Stand der Selbsthilfeforschung ein allgemeines heuristisches Modell der Wirkung von sozialen Beziehungen begründet werden (siehe Grafik).

Ausgangspunkt ist hierbei das Gespräch zwischen gleich Betroffenen bei der Teilnahme an Selbsthilfegruppen, bei geselligen Veranstaltungen einer Gruppe oder in der Beratung. Die »Selbsthilfe-Kommunikation« beruht auf der,erlebten und erlittenen Kompetenz der Betroffenen. Kommunikation steht dabei nicht nur für sich selbst, sondern auch für die sozialen Beziehungen zwischen den Betroffenen, die durch das Engagement in der Selbsthilfe entstehen.

Untersuchungsergebnisse zu den Arbeitsweisen und Aktivitäten von SHZ legen nahe, vier Dimensionen der Kommunikation zwischen Betroffenen zu unterscheiden, die in Umfang und Intensität variieren können:

- Erfahrungsaustausch
- Informationsvermittlung
- Verbalisierung von Gefühlen
- das zweckfreie Gespräch.

Mit diesen Dimensionen sind unterschiedliche Wirkmechanismen verbunden, die aus der Stress- und Psychotherapieforschung bekannt sind, z.B. das Modell-Lernen, die Selbsterforschung, die gegenseitige emotionale Unterstützung, die Verbreiterung der individuellen Wissensbasis, die Aufarbeitung der Vergangenheit und vieles mehr.

Effekte von Selbsthilfeszusammenschlüssen

Primäre Effekte der gemeinschaftlichen Selbsthilfe sind Verhaltensänderungen, die individuelle persönliche Entwicklung

und die Entlastung bzw. Stärkung sozialer Netzwerke. Von Verhaltensänderungen sind direkte Effekte auf die Gesundheit zu erwarten. Empirische Studien geben Hinweise darauf, dass dies insbesondere bei SHZ von Suchtabhängigen, von Patienten und Patientinnen mit Essstörungen sowie von Diabetikern und Diabetikerinnen der Fall ist. Eine rationalere Inanspruchnahme von Leistungen des professionellen Versorgungssystems und eine Erhöhung der Compliance können den bisherigen Studien zufolge unabhängig von der jeweiligen Diagnose angenommen werden. Dadurch erhöhen sich Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung. Die persönliche Entwicklung basiert auf den psychotherapieähnlichen Wechselbeziehungen zwischen den Betroffenen. Es gibt Belege dafür, dass die Effekte von Gesprächs-Selbsthilfegruppen mit denen der Gruppenpsychotherapie vergleichbar sind. SHZ verringern dementsprechend psychische Störungen und erhöhen subjektive Gesundheit und Lebensqualität. Aus der Stressforschung ist bekannt, dass gelungene soziale Beziehungen die Krankheitsanfälligkeit allgemein herabsetzen und sich durch die Stärkung des körperlichen Abwehrsystems auch direkt auf die Gesundheit auswirken. Eine große Zahl von Untersuchungen hat bestätigt, dass das Engagement in SHZ Partnerbeziehungen entlastet und stärkt, Beziehungen zu Familienmitgliedern sowie Freunden und Freundinnen verbessert, sozial aktiviert und den Umfang des sozialen Netzwerks erhöht. Ebenso konnten direkte Belege für salutogene und tertiärpräventive Effekte von SHZ gefunden werden: Verringerung und Bewältigung von Suchtverhalten und anderem gesundheitsschädigenden Verhalten, Verringerung von Depressionen und depressiven Verstimmungen, Steigerung des subjektiven Wohlbefindens, des Selbstwertgefühls und der Lebensqualität sowie eine bessere Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen. Indirekte Hinweise auf die Besserung psychischer Störungen ergeben sich in mehreren Studien aus einer deutlichen Verringerung der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsleistungen.

Ausblick

Obwohl die Evidenzbasis der Selbsthilfeforschung noch schmal ist, sind die bislang vorgelegten Ergebnisse vielversprechend. Nicht nur die allgemein aufgeschlossene Haltung gegenüber der Selbsthilfe, auch eine Verstärkung der Unterstützung und finanziellen Förderung von SHZ erscheinen gerechtfertigt. Dennoch sollten die Bemühungen um ein besseres Verständnis der Wirkungsweise von selbst gewählten und gestalteten sozialen Beziehungen in SHZ auf die Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung fortgesetzt werden. Ziel der zukünftigen Forschung muss es sein, die höchstmöglichen Stufen der Evidenz zu erreichen, d.h. die Effekte möglichst direkt, objektiv und standardisiert zu messen, hochwertige qualitative Studien durchzuführen und die Ergebnisse angrenzender gesundheitswissenschaftlicher Forschungsbereiche stärker zu berücksichtigen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HABIL. BERNHARD BORGETTO, HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Goschentor 1, 31134 Hildesheim, Tel.: (05121) 8 81 48 65 02, Fax: (05121) 88 15 91, E-Mail: Borgetto@hawk-hhg.de



WALDEMAR SÜSS

Aufbau von sozialen Netzwerken, Strukturen und Nachbarschaften durch Quartiers- und soziale Stadtteilentwicklung

Strukturbildung und Kapazitätsentwicklung im Wohnquartier bzw. Stadtteil oder in der Gemeinde lassen sich durch unterschiedliche programmatische Ansätze und ihre entsprechenden Akteure initiieren, vorantreiben und implementieren.

Aus dem Bereich der Stadtentwicklung kommen die Ansätze der sozialen Stadtteilentwicklung mit differenzierten Programmen der Sozialraumentwicklung. Im Mittelpunkt steht hier das derzeit wohl größte Programm in diesem Bereich, das Bund-Länder-Programm »Soziale Stadt – Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf«. Aber auch eigene länderspezifische Programme wie das Hamburger Programm »RISE« (Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung) werden von der zuständigen verwaltungspolitischen Einheit (hier: Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt) auf den Weg gebracht, politisch beschlossen und umgesetzt. Gleiches geschieht in unterschiedlicher Ausprägung auch auf der kommunalen Ebene, besonders in den Flächenländern.

Aus dem Verantwortungsbereich der Gesundheitspolitik gibt es ebenfalls Ansätze der gesundheitsfördernden Quartiersentwicklung, entweder mit eigenen Programmen im kommunalen Setting (z.B. im Hamburger Bezirk Eimsbüttel das Präventionsprogramm »Lenzgesund«) oder als eigenständiges Handlungsfeld in den integrierten Handlungskonzepten der Stadtteilentwicklungsprogramme wie sie oben im Einzelnen genannt wurden.

Außerdem gibt es im Rahmen der Umsetzung der sozialarbeiterischen Regelaufgaben (vgl. SGBs) auch im Hinblick auf Strukturbildung und Kapazitätsentwicklung wirksame Aktivitäten und Maßnahmen. Das gilt besonders für die klassische traditionelle Gemeinwesenarbeit mit ihren Regelaufgaben in der sozialen Arbeit (z.B. Stadtteilkonferenzen oder Arbeitsgemeinschaften zur Familienförderung). Zwischen Gesundheitsförderungsansätzen im Quartier und der klassischen traditionellen Gemeinwesenarbeit gibt es umfangreiche inhaltliche Überschneidungsbereiche.



Alle genannten Ansätze verfolgen als zentrale Ziele den Aufbau und die Entwicklung von Strukturen, Kapazitäten und Kompetenzen, die die Programmumsetzung und die Erreichung der Programmziele dynamisch fördern und nachhaltig stabilisieren. Strategische Instrumente der Struktur- und Kapazitätsentwicklung sind vor allem das »Networking« (Vernetzungs- und Kooperationsgremien) sowie Ansätze des »Empowerment«, die die Akteure wie die ansässige Bevölkerung aktivieren und beteiligen.

Präventionsprogramm »Lenzgesund« als Beispiel

Ein Beispiel für gelungene Struktur- und Kapazitätsentwicklung im Rahmen gesundheitsfördernder Quartiersentwicklung ist das Präventionsprogramm »Lenzgesund« in Hamburg-Eimsbüttel.

Das Gesundheitsamt hat mit verschiedenen Akteuren ein dynamisches, also sich ständig anpassendes Präventionsprogramm entwickelt, das gemeinsam mit dem Runden Tisch »Lenzgesund« und weiteren Kooperationspartnern umgesetzt wird. Kernstück des entwickelten Handlungskonzeptes bzw. Präventionsprogramms ist die Organisation und Koordination vernetzter Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre mit dem Ziel, die gesundheitliche Lage unter aktiver Beteiligung der Bewohnerschaft im Quartier zu verbessern.

Zentrales Element des »Networking« für die Struktur- und Kapazitätsentwicklung ist der Runde Tisch »Lenzgesund«. Er wurde erstmals im Herbst 2003 auf Initiative des Gesundheitsamtes Eimsbüttel durchgeführt und hat seit dem 27 mal getagt. Er dient als Nahtstelle zwischen den Akteurinnen und Akteuren und der Bewohnerschaft (bzw. den Nachbarschaften) und hat das Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention als ein vorrangiges Handlungsfeld der Quartiersentwicklung zu etablieren. Ein besonders wichtiges Anliegen ist die Vernetzung der Professionellen im Gesundheits- und Sozialbereich bis hin zu einer informelleren und verbindlicheren Zusammenarbeit im Alltag, aber auch im Besonderen im Rahmen der Umsetzung des Präventionsprogramms und seiner Verknüpfung mit Regelaufgaben der Gemeinwesenarbeit sowie anderer Akteurinnen und Akteure.

Darüber hinaus haben sich aus der Kommunikation am Runden Tisch eine Reihe von tragfähigen Arbeitsbeziehungen im Alltag entwickelt – teils als direkte Kooperationen, teils als organisatorisch-räumliche Annäherungen (z.B. Verlagerung des Regionalbüros der beteiligten Träger aus dem Jugendhilfereich in die Lenzsiedlung).

Bilanzierend lässt sich sagen, dass der Runde Tisch »Lenzgesund« mit seiner kontinuierlichen und regelmäßigen Arbeit weniger eine steuernde als eine informierende, orientierende, motivierende, moderierende und koordinierende Funktion hat, die gerade Struktur- und Kapazitätsentwicklung im Quartier fördert und verstetigt.

Struktur- und Kapazitätsbildungsprozesse als Basis

Betrachtet man den Struktur- und Kapazitätsbildungsprozess in seiner Gesamtheit und im zeitlichen Verlauf, so muss auch erwähnt werden, dass in der Lenzsiedlung nicht nur der Gesundheitsbereich aktiv war und ist, sondern auch die soziale Stadtteilentwicklung, die (2000 bis 2007) durch das Quartiersmanagement wesentlich zu Aufbau, Stabilisierung und Verstetigung von Netzwerkstrukturen und kooperativen Ressourcenzugängen beigetragen hat. Damit ist die Siedlung ein Beispiel für die Integration der anfangs erwähnten unterschiedlichen programmatischen Ansätze und akteursbezogenen Vorgehensweisen im Sinne der Integration, integrierter Programme und Handlungsansätze.

Struktur- und Kapazitätsbildungsprozesse in der gemeindenahen Gesundheitsförderung im Quartier müssen immer auch in einem längerfristigen Prozess entwickelt und gestaltet werden, der von vielen sozialstrukturellen wie politischen Faktoren beeinflusst werden kann. Dabei sollte man sich vergegenwärtigen, dass zur erfolgreichen Initiierung und Entwicklung solcher Prozesse professionelles mit Ressourcen ausgestattetes Engagement (Quartiersmanagement, kommunales Gesundheitsförderungsmanagement, Stadtteilkoordination etc.) nötig ist.

Literatur beim Verfasser

WALDEMAR SÜSS, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG), Martinstraße 52, 20246 Hamburg, Tel.: (0 40) 74 10 5 20 96, Fax: (0 40) 74 10 5 49 34, E-Mail: suess@uke.uni-hamburg.de

OLAF NEY

Therapievorschlag: Ehrenamt

In meiner Diabetologischen Schwerpunktpraxis beobachtete ich ein Phänomen: Bei Menschen mit Diabetes, die arbeitslos waren, verbesserten sich oft die Werte, sobald sie einen Job fanden. Wiederum verschlechterten sich diese erneut bei Kündigung oder Berentung. Ein Paradoxon? In der Analyse wurden die Nachteile durch Arbeitslosigkeit, Berufsunfähigkeit oder Berentung deutlich: Verlust von Tagesstruktur, Kontakten und Anerkennung, Verlust an Erlebnissen und erzählbaren Geschichten, Verlust von Sinnhaftigkeit des Lebens.

In der Literatur finden sich viele Belege für gesundheitsfördernde Effekte der sozialen Integration. Stellvertretend sei auf die Metaanalyse von Julianne Holt-Lunstad et al. verwiesen, in der bei einer mittleren Beobachtungsdauer von 7,5 Jahren eine gute soziale Integration gegenüber dem Durchschnitt die Überlebenswahrscheinlichkeit um 50% erhöhte. Wer nicht alleine lebt, hat eine nur um 19% erhöhte Wahrscheinlichkeit, wer dagegen über eine gute komplexe soziale Integration verfügt, hat eine um 91% gesteigerte Überlebenswahrscheinlichkeit. Es verwundert daher nicht, dass eine fehlende soziale Integration, z.B. aufgrund von Arbeitslosigkeit, in der Studie als ein ebenso starker Risikoindikator angesehen wird wie der Raucherstatus.

Aus den oben gemachten praktischen Erfahrungen und den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien entstand die Idee zum Projekt »Mehr als Gesund« in der nördlich von Hannover gelegenen Region Leinetal.

Arbeit gibt es mehr als genug – nur nicht immer jemanden, der dafür Geld bezahlt

Die Allgemein- und Fach-Medizinerinnen und -Mediziner sowie Therapeutinnen und Therapeuten des Gesundheitsnetzes Leinetal e.V. beobachten bei chronisch Kranken, die arbeitslos, berufsunfähig oder berentet sind, und bei Personen, die eine lebensverändernde Diagnose, wie z.B. Diabetes oder Osteoporose, erhalten haben, dass psychische Begleiterscheinungen wie Depressionen oder Angstzustände zunehmen.

Um die Gesundung zu verbessern, bedarf es nicht nur einer medizinischen, sondern auch einer psychosozialen Therapie. Diesen Erkrankten fehlen, z.B. aufgrund der nicht mehr möglichen Berufsausübung, häufig eine ordnende Tagesstruktur, regelmäßige Kontakte oder die Anerkennung durch Kollegen und Kolleginnen. Andererseits gibt es einen hohen Bedarf an gesellschaftlich sinnvoller Arbeit, für die ehrenamtlich Tätige Wertschätzung, Anerkennung und Respekt erhalten.

Das Projekt »Mehr als Gesund« ist ein ganzheitlicher Lösungsansatz, der im Jahr 2010 von den Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten des Gesundheitsnetzes Leinetal e.V. initiiert wurde. Bei den Angesprochenen soll der Gesundungsprozess oder die Fähigkeit, mit der Krankheit zu leben, verbessert werden, indem sie sich gesellschaftlich engagieren, und zwar in Form von Freiwilligenarbeit. Daher »verordnen« die Netzärzte und -ärztinnen ihren Patientinnen und Patienten seit nunmehr einem Jahr das Ehrenamt als Therapieform. Diese entscheiden natürlich frei, ob sie davon

Gebrauch machen wollen oder nicht. Dabei greift das Gesundheitsnetz auf die bestehenden Strukturen von Freiwilligenarbeit zurück und kooperiert eng mit den drei Freiwilligenagenturen in Garbsen, Neustadt am Rübenberge und Wunstorf. Die Angebote der drei Freiwilligenagenturen sind vielfältig und reichen von Nachhilfe bis Seniorenbetreuung. Personen, die für das Projekt geeignet erscheinen, werden von den Mitgliedern des Ärztenetzes aktiv angesprochen und auf die Kooperationspartner verwiesen. Die Patientinnen und Patienten erhalten als erste Information den hierfür konzipierten Flyer. Sie können sich auch auf der Website von Gesundheitsnetz Leinetal e.V. informieren. Die Website ist zudem mit den Websites der Freiwilligenagenturen verlinkt, wo weitere Informationen zur Verfügung stehen. Ferner wird das Projekt durch regionale und überregionale Pressearbeit begleitet.

Das Konzept hinter dem Projekt: Salutogenese

Das Projekt »Mehr als Gesund« basiert auf der Konzeption der Salutogenese, also auf der Theorie zur Entstehung von Gesundheit, nach dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923–1994). Dieser Ansatz fokussiert ein mehrdimensionales Gesundheitsverständnis: Neben somatischen spielen auch psychosoziale Faktoren eine wichtige Rolle bei der Gesundung eines Menschen. Das Projekt greift diesen Ansatz auf, indem es den Gesundungsprozess nicht nur durch eine gute medizinische Versorgung, sondern auch durch eine begleitende psychosoziale Komponente verbessern will. Die Medizinerinnen und Mediziner sowie Therapeutinnen und Therapeuten bauen dabei auf die vorhandenen positiven Ressourcen der Patienten und Patientinnen und begreifen sich als Unterstützerinnen und Unterstützer bzw. Coaches.

Ergebnisse und Ausblick

Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse des Projektes sind nach über einem Jahr viel versprechend:

- 27 Personen haben bereits von dem Angebot des Ehrenamts Gebrauch gemacht.
 - Berichtet wird eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, z. B. bei depressiv gestimmten Personen.
 - Es gibt weniger Arztbesuche der oben genannten Patientengruppen, weil sie an anderen Orten Besserungen erfahren.
- Der Flyer wurde vom Gesundheitsnetz Leinetal e.V. finanziert. Eine Evaluation des Projektes ist für 2012 geplant. Weitere Informationen zum Projekt und den Projektträgern sind unter www.gesundheitsnetz-leinetal.de zu finden. Und auch für das Projekt gilt: Arbeit gibt es mehr als genug – nur nicht immer jemanden, der dafür Geld bezahlt. Dies wird eine der Herausforderung für die Projektträger in den nächsten Jahren sein.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Olaf Ney, Facharzt für Innere Medizin – Diabetologie – Ernährungsmedizin, Stellvertretender Vorsitzender Gesundheitsnetz Leinetal e.V., Sprecher des Ärztlichen Beirats Gesundes Leinetal GmbH, Lindenstraße 1A, 31535 Neustadt 1



MICHAELA LUDEWIG, BIRGIT WOLFF

Welt-Alzheimer-Bericht

Die internationale Alzheimer Gesellschaft, Alzheimer's Disease International (ADI), hat seit 2009 ihren dritten Welt-Alzheimer-Bericht vorgelegt. Der aktuelle Bericht 2011 fokussiert und bewertet Auswirkungen einer frühen Diagnose und Behandlung der Krankheit.

Schlüsselergebnisse

Weltweit wird die Zahl der Demenzerkrankten auf 36 Millionen geschätzt. Bis zu Dreiviertel davon seien jedoch nicht diagnostiziert worden, in Industrieländern 20 % bis 50 %. Vielfach gehen Ärztinnen und Ärzte davon aus, dass Demenz eine Folge des Älterwerdens ist. Betroffene Menschen haben durch fehlende Diagnostik keinen Zugang zu Antidementiva und anderen geeigneten Therapien. Dabei sind Medikamente um so effektiver, je früher sie eingesetzt werden. Psychologische Therapien und Medikamente können die Wahrnehmung, Unabhängigkeit und Lebensqualität der Erkrankten verbessern. Der Einsatz rechtzeitiger Therapien ist auch aus wirtschaftlichen Gründen wichtig, da Kosten für frühe Heimversorgung oder klinische Behandlungszeiten eingespart werden können. Die Autorinnen und Autoren des Berichts fordern Regierungen dazu auf, entsprechende Behandlungslücken zu schließen und den Zugang zu wichtigen Informationen, Behandlung, Pflege und Unterstützung zu verbessern. Sie empfehlen den Ländern die Erarbeitung einer eigenen Demenzstrategie. Ansteigende Kosten für Demenzerkrankte können durch Maßnahmen verbesserter Diagnostik und Therapie begrenzt werden.

Vorteile einer frühen Diagnose

Eine frühe Diagnose kann bereits in der Zeit erfolgen, wenn eine Person erstmalig eine entscheidende Verschlechterung der kognitiven Funktionen feststellt, die Probleme bei alltäglichen Aktivitäten verursacht und möglicherweise begründet. Forschungsergebnisse belegen, dass sich die meisten Menschen mit Demenz im Frühstadium Gewissheit in Form einer Diagnose wünschen. Angehörige haben ebenfalls den Wunsch, dass den Betroffenen die Diagnose mitgeteilt wird. Die Auswirkungen einer Diagnose können sowohl negativ als auch positiv sein. Auf der einen Seite wird ein Schock ausgelöst, ge-

folgt von unterschiedlichsten Gefühlen wie Ärger, Trauer, Wut und Ungläubigkeit. Andererseits wird durch die Diagnose möglicherweise ein Verdacht bestätigt, Symptome werden erklärbar, eine Therapie kann ausgewählt und eingeleitet werden. Außerdem kann das weitere Leben geplant werden.

Vorklärungen für spätere Phasen

Die Betroffenen selbst können Vorklärungen für eine spätere Phase ihrer Krankheit treffen. Solange sie im Krankheitsverlauf über entsprechende Fähigkeiten verfügen, können sie ihre Zukunft weiterhin eigenständig gestalten. Die Vorteile einer frühen Diagnose liegen darin, dass den Erkrankten und Angehörigen zeitnah der Zugang zu Informationen, Beratung und effektiven Behandlungswegen eröffnet wird. Frühe therapeutische Interventionen können kognitive Funktionen verbessern, Depressionen behandeln und eine stationäre Unterbringung zeitlich verzögern. Die Wirkung einiger Interventionen verbessert sich mit einem möglichst frühen Einsatz im Krankheitsverlauf. Um die frühe Diagnose von Demenzerkrankungen zu fördern und ihre Anzahl zu erhöhen, werden folgende Maßnahmen empfohlen: Praxisbezogene, ärztliche Fortbildungen und Informationen über verfügbare Diagnostik und Serviceeinrichtungen für die Erkrankung sowie sektor übergreifende Kooperationen im Gesundheitswesen.

Den gesamten Bericht finden Sie unter:

www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2011.pdf

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse steht unter folgendem Link zur Verfügung:

www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2011ExecutiveSummary.pdf

Anschrift siehe Impressum

BRITTA RICHTER

1. Niedersächsischer Gesundheitspreis 2011

Die Verleihung des Niedersächsischen Gesundheitspreises fand am 01. Dezember 2011 in der Ärztekammer Niedersachsen statt. Hintergrund der Preisverleihung war die erstmalige Ausschreibung des Niedersächsischen Gesundheitspreises durch das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, der AOK Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. Koordiniert wurde die Ausschreibung von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Ziel des Niedersächsischen Gesundheitspreises ist es, Beispiele guter Praxis zu identifizieren, die Vorbildcharakter haben, um zum Nachahmen anzuregen und zugleich die Entwicklung neuer, kreativer Ideen zu fördern. Darüber hinaus sollen verschiedene bereits bestehende Preisaktivitäten zusammengeführt werden, die bislang auf sehr unterschiedliche Resonanz gestoßen waren. Die bei den Bewerbern und Preisträgern gewonnenen Erfahrungen sollen sowohl der interessierten Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden als auch Eingang in die gesundheitspolitischen Diskussionen auf Landesebene finden.

Aus den 101 Bewerbungen wählte eine fachkundige Jury, die sich aus den Partnern und Partnerinnen des Niedersächsischen Gesundheitspreises sowie weiteren Vertretungen aus Forschung und Verbänden zusammensetzte, die besten Projekte aus den drei Preiskategorien aus:

- Optimierung von Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung
- Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Strukturen
- Innovative Ansätze der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche

GEWINNER IN DER PREISKATEGORIE 1

1. Preis

»Vereinbarung zur Integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankungen im Verbund PädOnko Weser-Ems« des Verbundes PädOnko Weser-Ems

2. Preis

»Kooperationsmodell zwischen einem Krankenhaus und einem Ärztenetz« des Gesundheitszentrums Lingen Emsland GbR und des St. Bonifatius-Hospitals gGmbH
 »Soforthilfe und Information durch ambulante Versorgung« von Sida e. V. aus Hannover

GEWINNER IN DER PREISKATEGORIE 2

1. Preis

»Filiärärztengemeinschaft auf dem Lande« von Herrn Dr. med. Lürer und Team aus Königslutter
 »Ortsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft« von Herrn Dr. med. Brucker und Team aus Cremlingen

2. Preis

»Sicherung und Verbesserung der stationären und ambulanten kinderärztlichen Versorgung in der Region Uelzen und Dannenberg« des Klinikums Uelzen und des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) Dannenberg-Elbe
 »Gesunder Landkreis Harburg« des Landkreises Harburg

GEWINNER IN DER PREISKATEGORIE 3

1. Preis

»ModuS: Fit für ein besonderes Leben: Modulares Schulungsprogramm für chronisch kranke Kinder und Jugendliche sowie deren Familien« des Kinderhospitals Osnabrück

2. Preis

»Gesunde Schule« der Grundschule am Markt aus Walsrode
 »Trink!Wasser« des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück

Insgesamt konnten mit dem Niedersächsischen Gesundheitspreis innovative und qualitativ herausragende Ansätze der Gesundheitsversorgung identifiziert werden. Eine Ausschreibung für 2012 ist in Planung. Die Preiskategorien werden jährlich festgelegt. Damit soll gewährleistet werden, dass auch auf neue Entwicklungen (z.B. E-Health) im Gesundheitswesen entsprechend reagiert werden kann. Weitere Informationen zu den einzelnen Preisträgern finden Sie in Kürze unter www.gesundheitspreis-niedersachsen.de.

Anschrift siehe Impressum



ELISABETH PHILIPP-METZEN

Generationenfreundliche Gestaltung von familialen Pflegesettings bei Demenz

Der familialen Pflege kommt beim Krankheitsbild Demenz ein hoher Stellenwert zu, wobei häufiger als allgemein angenommen auch die jüngste Generation, die Enkelkinder der Erkrankten, involviert ist. Deren Sichtweise untersuchte die Forschungsstudie »Die Enkelgeneration im ambulanten familialen Pflegesetting bei Demenz: Was sind ihre Erfahrungen und Bilanzierungen? Gibt es Auswirkungen auf die intergenerationelle Pflegebereitschaft und Belastungsprävention?« Diese Untersuchung erfolgte im Rahmen eines Promotionsstipendiums bei der Heinrich-Böll-Stiftung und an der Universität Kassel (Prof. Dr. Karl). Bezug nehmend auf eine gesellschaftliche Ausgangslage, in der noch kein tradiertes Rollenverständnis für Enkel in Pflegesettings vorliegt, wurden qualitativ-explorativ deren subjektive Relevanzsetzungen erhoben.

Heterogene Erfahrungen bei Enkelkindern mit Großeltern mit Demenz

Die Kategorie der wertfreien Erfahrungen hat in den Lebenswelten aller Enkel einen überraschend hohen Stellenwert. Überwiegend handelt es sich um Situationen des selbstverständlichen, nicht hinterfragten Zusammenlebens mit Menschen mit Demenz sowie das Begleiten und Betreuen bis hin zur gezielten Aktivierung erkrankter Großeltern. Hierbei sind die Anforderungen an die Enkel aufgrund der Demenz-Symptomatik oftmals gravierend. Dieses Teilergebnis zeigt auf, dass die Symptome der Demenz an sich nicht in einem Zusammenhang mit einem Belastungserleben für jüngere Menschen stehen müssen.

Positiv konnotierte Erfahrungen liegen bei allen Enkeln und Enkelinnen vor, wobei der Anteil am Gesamterleben variiert. Diese betreffen die Kategorien Familialer Zusammenhalt, Gute Generationenbeziehungen, Lernen und Erkenntnisgewinn sowie Familiäre und persönliche Pflegekompetenz.

Belastend erlebte Erfahrungen wurden unter den Kategorien Symptomatik / Verlauf / Pflege erschwerendes Verhalten, Zeitliche Verpflichtung / Vereinbarkeitsproblematik sowie Intra- / intergenerationelle Konflikte und Rollenveränderung subsumiert.



Familiale Solidarität kann als wichtige Ressource im Bereich familialer Hilfe und Pflege gewertet werden. Dieses Unterstützungspotenzial konkretisiert sich nicht nur während direkter Aktivitäten mit den demenzkranken Menschen, sondern wirkt ebenso stabilisierend durch emotionale Hilfen für die Hauptpflegepersonen.

Die Erfahrungen der Enkel und Enkelinnen machen jedoch deutlich, dass selbst ein hohes Maß an intra- und intergenerationaler Solidarität nicht per se ein belastungspräventives Element in familialen Pflegesettings darstellt. Beispielsweise konnte beim Vorliegen disparater Anforderungen (Pflege und Erwerbstätigkeit) und der simultanen Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung auch eine hohe Unterstützungsbereitschaft mit ausgeprägtem solidarischen Verhalten erschöpfte intrafamiliale Ressourcen nicht kompensieren. Diese Befunde sind wichtige Implikationen für Pflegeberatung.

Konfliktpotenzial bergen die oben aufgeführten belastenden Erfahrungen wie spezielle Symptome der Demenz, Generationenkonflikte sowie chronische Überlastungserfahrungen. Zu beachten ist jedoch, dass Konflikte laut 7. Familienbericht bzw. 4. Altenbericht generell als Teil von familialen Beziehungen bzw. Pflegearrangements einzuschätzen sind. So kann ein Nichtvorhandensein von Auseinandersetzungen gleichermaßen auf eine geringe Kontakthäufigkeit oder einen Beziehungsabbruch hindeuten.

Praxisimplikationen

Bezogen auf die Hauptpflegeperson sind die Folgen von Belastung durch informelle Pflege bei Demenz vielfach belegt. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen auf, dass die Erfahrungshorizonte in einer chronisch überlasteten Familie sich auch für Enkel und Enkelinnen belastend auswirken, wohingegen das Vorliegen demenzieller Erkrankungen bei ihren Großeltern größtenteils zu den als selbstverständlich erlebten Phänomenen gerechnet werden kann. Eine lebensweltorientierte Pflegeberatung sollte sowohl der Heterogenität familialer Lebenswelten gerecht werden als auch die Thematik der Generationenbeziehungen konzeptionell integrieren.

Auch die junge Generation sollte bei der Implementierung flankierender quartiersnaher Angebote berücksichtigt werden. Bei ihrer Befähigung sollten in Sinne eines auf Partizipation ausgerichteten Dialogs sowohl ihre Präferenzen als auch ihre Grenzen beachtet werden. Die Förderung der intergenerationalen Kommunikation in der Familie kann dabei als primäre Zielsetzung gesehen werden.

Literatur bei der Verfasserin

DR. H. ELISABETH PHILIPP-METZEN, Universität Köln,

E-Mail: elisabeth.philipp-metzen@uni-koeln.de

TANIA-ALETTA SCHMIDT

Generationen in Bewegung

Bewegung und körperliche Aktivität sind für alle Altersgruppen von Bedeutung. Vor diesem Hintergrund sollten die Angebote der jeweiligen Altersgruppe gerecht werden und entsprechend gestaltet sein. Eine weitere Voraussetzung ist, dass sowohl die Rahmenbedingungen als auch die Strukturen derart gestaltet sind, dass sie zur Bewegung einladen und diese ermöglichen. Einerseits sollten dabei die besonderen Bedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen berücksichtigt werden, andererseits profitieren beispielsweise Alt und Jung von der bewegungsförderlichen Gestaltung von Flächen im öffentlichen Raum. Darüber hinaus können gerade über das Thema Bewegung generationenübergreifende Aktivitäten umgesetzt werden.

Zu den Aufgaben im Rahmen des Projektes Zentrum für Bewegungsförderung Nord gehört es, Bewegungsförderung auch generationenübergreifend zu unterstützen. Obwohl es bereits eine Vielzahl guter Praxisbeispiele gibt, stellt sich zunächst die Frage, an welche Strukturen Angebote angeknüpft werden können und welche Einrichtungen und Institutionen zur Umsetzung dieses Themas eingebunden werden sollten. Mit Blick auf wohnortnahe und bedarfsgerechte Förderung von Bewegung sind hier vor allem die Kommunalverwaltungen und deren bestehende Strukturen gefragt. Weiterhin gilt es, insbesondere Menschen zu erreichen, die mit vorhandenen Angeboten bisher nicht angesprochen wurden, und sie entsprechend einzubinden.

An dieser Stelle können z.B. Mehrgenerationenhäuser, Gesundheits- und Stadtteiltreffs sowie auch die Stadtteil- und Gemeinwesenarbeit einen guten Zugang bieten.

Fachtagung

Um dieses Thema zu diskutieren, hat die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. in Kooperation mit dem LandesSportBund Niedersachsen e.V. dazu eine Fachtagung veranstaltet. Neben den Vorträgen zum Thema Zielgruppenerreichung, Empowerment und Anknüpfung an bestehende Strukturen wurden auch Praxisbeispiele vorgestellt, z.B. Wii-Bowling für Jung und Alt sowie ein Gymnastikangebot im Mehrgenerationenhaus.

In der anschließenden Diskussion wurden Möglichkeiten und



Grenzen der Umsetzung angesprochen, beispielsweise die Notwendigkeit, bürgerschaftliches Engagement durch hauptamtliche Strukturen zu flankieren. Weiterhin wurde betont, dass die Unterstützung von kommunaler Seite eine wesentliche Voraussetzung sei.

Bewegungsförderung vor Ort umsetzen

Eine wesentliche Erkenntnis aus den Aktivitäten des Zentrums für Bewegungsförderung ist, dass Bewegungsförderung nur vor Ort mit entsprechender Unterstützung der Verwaltung, Politik und der relevanten Akteure umgesetzt werden kann. Um diese Prozesse partizipativ und nachhaltig zu gestalten, ist eine kontinuierliche und längerfristige Einbindung und Begleitung notwendig.

Anschrift siehe Impressum

IZLEM ALPTEKIN

Interkulturelles Kompetenzprofil für Pflegefachkräfte im Krankenhaus

In Anbetracht der Tatsache, dass in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2009 rund 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund lebten, das sind rund 19,6 Prozent der Bevölkerung, wird die aktuelle Bedeutung der Begriffe »Interkulturelle Kompetenzen« und »Interkulturelle Öffnung« im Krankenhaus deutlich.

Domenig beschreibt die Situation im beruflichen Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitsbereich als Herausforderung, da beispielsweise Fachpersonal mit mangelnden transkulturellen Kenntnissen die Entwicklung alternativer Herangehensweisen erschwert. Dies führt dazu, dass wichtige Zusammenhänge nicht wahrgenommen werden.

Das Interkulturelle Kompetenzprofil soll im Rahmen von Schulungen und/oder Fach- und Weiterbildungen eingesetzt werden. Es soll der Pflegefachkraft in Form eines Erfassungsbogens im Krankenhaus als Hilfe zur Selbsteinschätzung ihrer Fähigkeiten dienen. Auf diese Weise gewinnt die Fachkraft eine Übersicht über ihre persönlichen Stärken und Schwächen in Bezug auf ihre interkulturelle Kompetenz.

Instrument

Da bisher bei der Beschreibung der »Interkulturellen Kompetenz« eine entsprechende Methodik gefehlt hat, wurde dieses Interkulturelle Kompetenzprofil als Handlungswerkzeug auf Grundlage von Experteninterviews erstellt. Es stellt damit ein Novum dar. Mithilfe des Interkulturellen Kompetenzprofils kann die einzelne Pflegefachkraft u.a. eine persönliche Übersicht ihrer eigenen Interkulturellen Fähigkeiten erstellen.

Es ist vorgesehen, dass in Krankenhäusern beschäftigte Pflegefachkräfte eine Selbsteinschätzung anhand dieses Instrumentariums durchführen.

Zunächst sollen die Pflegefachkräfte ihre Kompetenzen von 0–3 selbst einschätzen, wobei 0 für Problembewusstsein und 3 für Expertenwissen steht. Im Anschluss an die eigene Kompetenzeinschätzung erfolgt eine Wichtigkeitseinschätzung, d.h. die Kompetenzen, die als weniger wichtig erachtet werden, werden mit 0, diejenigen, die für sehr wichtig gehalten werden, werden mit einer 3 gekennzeichnet. Eine Differenz zwischen der Kompetenz- und der Wichtigkeitseinschätzung kann der Pflegekraft Erkenntnisse beispielsweise über den eigenen Fortbildungsbedarf geben.

Das Interkulturelle Kompetenzprofil ist in die drei großen Hauptkategorien Sozialkompetenz, Fachkompetenz und Methodenkompetenz unterteilt.

Besonders erwähnenswert ist, dass alle Kompetenzen in einem Konglomerat gesehen werden müssen. Das bedeutet, dass weitaus mehr Kompetenzen miteinander verwoben sind und diese Selbsteinschätzung der sog. »Interkulturellen Kompetenzen« nicht als das Nonplusultra gesehen werden sollte, sondern immer in Verbindung mit anderen Kompetenzen, die für die Ausübung des Berufs einer Pflegefachkraft wichtig sind. Das Interkulturelle Kompetenzprofil für Pflegefachkräfte im Krankenhaus ist im Rahmen eines Studienprojektes bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. entstanden.

Literatur bei der Verfasserin

Izlem Alptekin, E-Mail: izlem-alptekin@t-online.de



S. FLEITMANN, C. SCHWARZ, B. STASCHEK, E. LESTA,
L. BECKMANN, U. SONNTAG

Weniger ist mehr (Wim) – Rauchfrei-Beratung durch Familienhebammen

In Deutschland rauchen im Durchschnitt 13 Prozent der Schwangeren zu Beginn der Schwangerschaft. Rund ein Viertel gibt das Rauchen während der Schwangerschaft auf. Mehrere Untersuchungen gehen von einer weitaus höheren Rate von Schwangeren aus (30–40 %), die rauchen. Junge Mütter, Frauen aus bildungsfernen Schichten und mehrfache Mütter rauchen besonders häufig während der Schwangerschaft.

Die Weltgesundheitsorganisation beurteilt das Rauchen als den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktor für einen ungünstigen Schwangerschaftsverlauf in der Europäischen Union. Die möglichen Schäden für das Kind durch das Rauchen sind erheblich. Erhöht ist das Risiko für Früh- und Totgeburten, niedriges Geburtsgewicht sowie das Risiko der Kinder, an Adipositas oder erhöhtem Blutdruck zu erkranken. Ein Rauchstopp vor oder während der Schwangerschaft reduziert das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen und Gesundheitsschäden des Kindes drastisch.

Das Projekt

Das Projekt WIM hat zum Ziel, bildungsferne Schwangere und Mütter von jungen Kindern aus psychosozial belasteten Verhältnissen zum Rauchstopp zu motivieren, sie dabei zu unterstützen sowie Hilfe anzubieten, um Rückfälle zu vermeiden. Das Vorhaben wird von März 2011 bis Februar 2012 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Es wird als Netzwerkprojekt des Hebammenverbands Niedersachsen, Frauen Aktiv Contra Tabak e.V. (FACT), der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. sowie der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER realisiert.

Die konkreten Schritte

Kompetente Rauchfrei-Beratung soll zu einem integrierten Bestandteil der Beratungs-Routine von Familienhebammen werden, um Schwangere und Mütter bei der Veränderung hin zu einem Rauchstopp zu unterstützen und Partner und Familienmitglieder in die Beratung einzubeziehen. Die Schaffung einer rauchfreien Umgebung für das Kind ist dabei ein wichtiges Teilziel. Diese Zielorientierung wurde in sechs Schritten umgesetzt:

1. Sichtung vorhandener Curricula: Vorhandene Curricula und Leitfäden zur Rauchfreiberatung durch Gesundheitsberufe wurden analysiert und im Hinblick auf ihre Anwendung reflektiert.
2. Expertinnen-Befragung: Anbieter von Entwöhnungsprogrammen, Fachkräfte der Weiterbildung, Hebammenverbände, Familienhebammen, Gesundheitsämter usw. kamen im Juni 2011 zu einem eintägigen Workshop zusammen, um gemeinsam über die fundierte Qualifizierung von Familienhebammen in der Rauchfrei-Beratung und deren Umsetzung zu reflektieren und diese zu optimieren.
3. Qualifizierung von Familienhebammen: Für die ab Oktober 2011 angebotenen Seminare und die darauf folgenden Vertiefungstage wurde ein Curriculum »Rauchfrei-Beratung durch Familienhebammen« erarbeitet. Die Umsetzung erfolgt durch die Integration der Unterrichtseinheit in den Pilotkurs der Weiterbildung zur Familienhebamme mit staatlicher Anerkennung in Niedersachsen sowie durch die Ausschreibung von fünf Seminaren für interessierte Familienhebammen. In einer schriftlichen Falldarstellung sollen die Kolleginnen das Gelernte reflektieren und ihre Erfahrungen in die nachfolgenden Vertiefungstage einbringen. Die Seminare schließen mit einem Zertifikat ab. Zudem sind die Seminare so gestaltet, dass sie im Rahmen der Übergangsregelung der niedersächsischen Weiterbildung für das Erreichen der staatlichen Anerkennung genutzt werden können.
4. Umsetzung der Rauchfrei-Beratung: Die erlernte Rauchfrei-Beratung soll von den Seminar-Teilnehmerinnen zeitnah in der Praxis erprobt werden.
5. Nachbefragung zur Bewertung des Moduls: Um ein erstes Feedback zur Akzeptanz und Umsetzung der Rauchfrei-Beratung zu bekommen, nehmen Familienhebammen, die die Rauchfrei-Beratung umgesetzt haben, an einer Befragung teil.
6. Abschlussstagung: Die Projektabschlussstagung wird für Hebammenverbände, Kostenträger, Expertinnen und Experten, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie interessierte Familienhebammen organisiert, um die Projektergebnisse vorzustellen und die Integration von Rauchfrei-Beratung in die Fort- und Weiterbildung sowie in die Praxis von Familienhebammen bundesweit zu fördern. Sie findet am 11. Januar 2012 in Hildesheim statt.

Informationen zum Projekt:

www.weniger-ist-mehr.org

www.gesundheit-nds.de

www.hebammen-niedersachsen.de

www.eine-chance-fuer-kinder.de

Literatur bei den Verfasserinnen



REGINA MEYER

Die Alten-WG Am Goldgraben in Göttingen

1986 wurde der Verein Freie Altenarbeit e.V. Göttingen von engagierten Altenpflegerinnen und Altenpflegern sowie Rentnerinnen und Rentnern, die über Alternativen zum Wohnen im Heim nachdachten, gegründet. »Wir wollen nicht ins Heim, weder um dort zu wohnen, noch um darin zu arbeiten«, sagte eine der Vereinsgründerinnen. Sie wollten nach der Verrentung die Regie über das eigene Leben so lange wie möglich in eigenen Händen behalten, gleichzeitig aber auch gemeinsam mit anderen Alten und ähnlich Gesinnten etwas Neues versuchen. So entstand 1994 das Pilotprojekt Alten-WG Am Goldgraben.

Die Pionierinnen der ersten Stunde waren elf Frauen zwischen 65 und 80 Jahren. Sie hatten in einem zweijährigen Vorlauf ein Konzept für ihr gemeinschaftliches Wohnen entwickelt und starteten daher auf relativ gemeinsamer Basis. Dadurch war eine gewisse Kontinuität und Stabilität gewährleistet.

Eine neue Wohngeneration und heutiger Alltag

Inzwischen ist von den Frauen der »ersten Generation« keine mehr im Haus, weil sie verstorben sind bzw. in Pflegeheimen leben. So hat sich eine neue Wohn-Generation etabliert. Neue Ideen, andere Ansprüche und ein frischer Gestaltungswille mit all den Chancen und auch Irritationen werden jetzt erfahren. Die Alterspanne liegt zurzeit zwischen 61 und 86 Jahren, d.h. hier leben zwei Generationen. Dies erfordert von jeder Bewohnerin ein hohes Maß an Flexibilität im Umgang miteinander. Eine Gesprächskultur mit Toleranz und Humor ist erforderlich.

Täglich lernen die Jüngeren von den Älteren und umgekehrt: Wie können wir miteinander leben und alt werden?

Einerseits wollen wir die Regie so lange wie möglich in eigenen Händen behalten. Andererseits müssen wir lernen, eigene Grenzen zu erkennen und Hilfe anzunehmen. Wir treffen Entscheidungen gemeinsam und wollen uns an Abmachungen halten, die wir bei wöchentlichen Sitzungen protokollieren. Wir feiern gemeinsam, kochen und essen zurzeit einmal pro Woche und frühstücken einmal im Monat zusammen. Jede von uns hat kleine Ämter, je nach Fähigkeiten und Kräften. Die Beziehungen untereinander sind sehr unterschiedlich, manche duzen sich, manche bleiben beim anfänglichen ‚Sie‘ – wobei dies nicht unbedingt Abbild der empfundenen Vertrautheit oder Nähe ist: Einige Freundschaften währen schon lange Jahre, ohne dass die Betreffenden zum ‚Du‘ gewechselt hätten.

Entwicklung eines Pflegekonzeptes

Wie ist es nun mit Hilfe bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit? Jede Bewohnerin hat sich eine »Patin des ersten Augenblicks« gewählt. Diese Person darf und soll im Notfall sofort handeln. Für längeres Kranksein bzw. Pflegebedürftigkeit im Haus haben die Bewohnerinnen zusammen mit Fachkräften eines ausgewählten Pflegedienstes, Mitarbeiterinnen des Trägervereins und externen Fachleuten ein Pflegekonzept entwickelt, an dem sich die Bewohnerinnen, die Angehörigen, das nahe und vertraute Umfeld zusammen mit professionellen Hilfspersonen beteiligen. »Wir wollen so lange wie möglich in der eigenen WG-Wohnung bleiben, wenn wir krank oder alt sind. Dafür benötigen wir einen hausinternen Notruf und einen Pflegedienst, der bei Bedarf auch nachts da sein kann. Unser Part soll sein, der hilfsbedürftigen Bewohnerin das Gefühl zu geben, dass sie nicht allein ist und fürsorglich betreut wird.«

Wohnen und Lernen unter einem Dach

Dass der Trägerverein mit seinen Aktivitäten im selben Haus lebt wie das Wohnprojekt, gibt allen Beteiligten die Chance, viel voneinander mitzubekommen, gemeinsam zu lernen und miteinander zu arbeiten, zu feiern, Ideen zu entwickeln oder auch zu streiten. Dies geschieht in – oftmals generationenübergreifenden – Gesprächsrunden.

Altern und Gesundheit

Auch innerhalb der WG-Gruppe wird manchmal gestritten, gelegentlich auch mit gegenseitigen Verletzungen. Um daraus zu lernen und möglichst verletzungsfrei miteinander umzugehen, hat die Gruppe in einem Kommunikationstraining achtsamen Umgang miteinander geübt. Die positive, aktivierende Wirkung des gemeinschaftlichen Lebens beschreibt die älteste, heute 98-jährige im Pflegeheim lebende Mitbewohnerin: »Nach dem Tod meines Mannes habe ich so einsam gelebt – manchmal war der Briefträger der einzige Mensch, mit dem ich gesprochen habe. Wäre ich nicht in die Alten-WG gezogen, wäre ich längst gestorben.«

Regina Meyer, Freie Altenarbeit Göttingen e.V.,
Am Goldgraben 14, 37073 Göttingen,
Tel.: (05 51) 4 36 06, Fax: (05 51) 5 41 91,
E-Mail: freialtenarbeitgoettingen@t-online.de



HANNA BLASE

Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte ältere Deutsche sowie Migrantinnen und Migranten

Das Nachbarschaftsheim St. Pauli e.V. arbeitet seit über 60 Jahren im sozialen Brennpunkt St. Pauli mit älteren und alten Menschen in besonderen sozialen Problemlagen. Dies sind neben Altersarmut und mangelnder Bildung (hoher Anteil Analphabeten) auch Diskriminierungen wegen der Nationalität oder der Zugehörigkeit zum Milieu. Fast 50 % der Nutzerinnen und Nutzer unserer Angebote sind Migrantinnen und Migranten, ca. 20 % der Besucher kommen aus dem Bereich der Prostitution und dazugehörigen Gewerben.

Wir setzen in unserer Arbeit bei aller scheinbaren Divergenz der Besuchergruppen bei den sozialen und biographischen Gemeinsamkeiten an. Die Unterschiede liegen in der Nationalität, Religion, den Lebensstilen und der äußeren Konformität. Gemeinsam ist den Besuchern, dass sie schwer körperlich gearbeitet haben, meist schon seit der Kindheit, keinen Zugang zu Bildung hatten, in autoritären Strukturen erzogen wurden, Gewalterfahrungen haben und Befehlsempfänger mit geringem Handlungsspielraum im gesellschaftlichen System waren.

Bezogen auf gesundheitliche Probleme im Alter haben wir es bei unserer Zielgruppe, Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Stadtteil St. Pauli ab ca. 55 Jahre, mit sehr vielen chronisch Erkrankten, Schwerbehinderten und Suchtgefährdeten zu tun. Dazu kommen psychische Erkrankungen von depressiven Verstimmungen über Depressionen bis hin zu Psychosen.

Die Ziele unserer Arbeit sind:

- Integration stark Ausgegrenzter
- Rückgewinnung, Erhalt und Ausbau von Potentialen (psychische, geistige und körperliche)
- Alternativen erkennbar machen und Entscheidungen ermöglichen
- Handlungsspielräume schaffen

Unsere Arbeit setzt bei den Gemeinsamkeiten unserer sehr unterschiedlichen Besucher und Besucherinnen an und dort erst einmal bei den existentiellen und damit drängendsten Problemen. Ohne deren Lösung haben sie gar nicht den Kopf frei, um sich mit Gesundheit im weitesten Sinne beschäftigen zu können. Dafür bieten wir seit vielen Jahren eine sehr umfangreiche Sozialberatung an. Dazu kommen in Krisensituationen (Haus)besuche, Begleitung und die Einleitung von Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen.

Generell sind unsere Angebote sehr niedrigschwellig angelegt, um den Zugang für alle zu ermöglichen. Die Basis unserer Arbeit ist der offene Bereich. Hier werden tragfähige soziale Beziehungen unter den Besuchern und Besucherinnen und auch ein Vertrauensverhältnis zur Einrichtung aufgebaut. Damit werden die Besucher und Besucherinnen soweit psychisch entlastet, dass sie Angebote zur Konzentration, Wahrnehmung und zum Lernen aufnehmen und annehmen können. Diese Angebote werden mit Spaß und Emotion verbunden, um den Zugang zu ermöglichen.

Dazu kommen direkte Angebote zur Bewegungsförderung und zur gesunden Ernährung in Theorie und Praxis, die von Informationsveranstaltungen und medizinischer Aufklärung begleitet werden.

Entscheidend für den Erfolg und das Umdenken von passiver Konsumhaltung hin zu bewusstem gesundheitsfördernden Verhalten ist die Arbeit auf der Grundlage stabiler sozialer Beziehungen.

Zu uns kommen Menschen, die vereinsamt sind und wenige oder keine sozialen Kontakte mehr haben und ebenso kaum oder gar keinen Zugang zum öffentlichen Raum. Ihnen fehlen gesundheitliche und medizinische Informationen, sie sind aber auch von einer passiven Konsumhaltung dem Gesundheitswesen gegenüber geprägt. So erscheint ihnen Krankheit als Schicksal, als Aufgabe des Arztes, der durch Medikamente, Operationen und ähnliche Eingriffe von außen hilft, nicht aber als etwas, das sie selber durch aktives Handeln beeinflussen können. Krankheit bietet ihnen zudem scheinbare Vorteile, so z.B. Entlastung bei Überforderung in der Familie und bei der Arbeit. Bei den vielen Suchtgefährdeten ist gesundheits-schädliches Verhalten (übermäßiges Essen, Alkohol, Nikotin Beruhigungsmittel etc.) ein eingespieltes Arrangement mit den Belastungen des Lebens wie Einsamkeit, Überforderung etc. fertig zu werden. Natürlich sind das alles nur sehr kurzfristige »Lösungen«, die anschließend umso mehr Probleme verursachen. Daher gehen wir in unserer Arbeit davon aus, dass diese Menschen erst einmal Entlastungen brauchen, um einen anderen Zugang zu ihren gesundheitlichen Problemen gewinnen zu können. Dies sind das Lösen der drängendsten existentiellen Probleme als ersten Schritt, danach der Aufbau positiver sozialer Beziehungen und erst dann Aufklärung und gesundheitsfördernde Angebote.

Tragfähige positive soziale Beziehungen sind die entscheidende Grundlage, die es möglich macht, Kompensation durch Ersatzbefriedigungen in einem längerfristigen Prozess aufzugeben und durch aktives Handeln, auch im gesundheitlichen Bereich, zu ersetzen.

HANNA BLASE, Nachbarschaftsheim St. Pauli e.V.,
Silbersackstraße 14, 20359 Hamburg, Tel.: (0 40) 3 19 54 78,
E-Mail: info@nbhstpauliat.de



DAGMAR VOGT-JANSSEN, BIRGIT WOLFF

Die Landeshauptstadt Hannover setzt sich für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ein

Mit dem demografischen Wandel und der steigenden Lebenserwartung der Menschen nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen zu und haben Wirtschaftsbetriebe zunehmend mit pflegenden Beschäftigten und Fachkräftemangel zu tun.

Die Frage von Vereinbarkeit von Beruf und Pflege bei Beschäftigten ...

Die Bereitschaft, Pflegeverantwortung für nahe Angehörige zu übernehmen, ist groß. Obgleich sich die Gesamtzahl aller Pflegebedürftigen in Deutschland insgesamt vergrößert hat, werden noch immer Zweidrittel von ihnen zu Hause gepflegt. Mit zunehmender Verlängerung der Lebensarbeitszeit, der Berufstätigkeit von Frauen und mit einem sich verändernden Rollenbewusstsein in Partnerbeziehungen, sind bereits heute immer mehr Erwerbstätige der Frage nach Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ausgesetzt.

Aufgrund zeitgleicher Kinderbetreuung sind Pflegepersonen oftmals Doppel- und Mehrfachbelastungen ausgesetzt, die sich bei dem bzw. der Einzelnen durch enormen zeitlichen Stress, der permanenten Verantwortungssituation sowie den körperlichen und psychischen Beanspruchungen unterschiedlich ausgeprägt einstellen. Über mehrere Jahre ausgeübt, rufen solche Belastungssituationen nicht selten erhebliche gesundheitliche Auswirkungen bei den Beschäftigten hervor.

... ist eine Herausforderung für die Personalverantwortlichen in Betrieben

Die Betriebe stehen aufgrund des drohenden oder in manchen Branchen bereits eingetretenen Fachkräftemangels zunehmend unter Handlungsdruck und sind entsprechend bemüht, bewährte Betriebsangehörige zu halten. Die Zahl der pflegenden Beschäftigten ist in Betrieben meist unbekannt.

Die Pflege von Angehörigen ist noch immer ein Tabuthema und nicht selten mit Scham belegt. Beschäftigte befürchten bei bekannt werden einer Pflege von Angehörigen eher berufliche Nachteile und einen Karriereknick als Unterstützung von Personalverantwortlichen. Sie erleben auch von Kolleginnen und Kollegen häufig keine Unterstützung. Ein Anstieg von krankheitsbedingten Fehlzeiten hat negative Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Betriebe. Mittlerweile sind deshalb einige, meist Großunternehmen, dazu übergegangen, betriebliche Strategien und Unterstützungsangebote für Beschäftigte zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu entwickeln.

Obleich bei der Erarbeitung von betrieblichen Angeboten zum Thema »Vereinbarkeit von Beruf und Pflege« vielfach von der bereits in vielen Betrieben bekannten Vereinbarkeit von Beruf und Kinderbetreuung ausgegangen wird, unterscheidet sich die Übernahme von Pflegeverantwortung vor allem durch die Unberechenbarkeit des Eintritts, des Umfangs und der Dauer von Pflegezeit.

Die gesetzlichen Regelungen des Pflegezeitgesetzes aus dem Jahr 2008 sowie die des 2012 in Kraft tretenden Familienpflegezeitgesetzes bieten indes nur Teillösungen an, die nicht alle Beschäftigten einbeziehen.

Kommunale Unterstützung für Betriebe und Beschäftigte

Die Landeshauptstadt Hannover (LHH) hat die Initiative ergriffen und will mit einem abgestuften Prozess das Thema sowohl stärker in die Öffentlichkeit als auch in die Betriebe bringen. Mit einer Expertenanhörung zum Thema »Vereinbarkeit von Beruf und Pflege« im Gleichstellungs- und im Sozialausschuss der Stadt Hannover im Juni 2011 ist zunächst die Politik angesprochen worden.

In Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. wurden zwei Broschüren erstellt, die einerseits für Personalverantwortliche und andererseits für Beschäftigte Informationen, Antworten und Adressen bereit halten. Diese Broschüren sind erstmalig im Rahmen einer gemeinsamen Fachtagung am 9. November 2011 im Neuen Rathaus Hannover vorgestellt und verteilt worden. Auf der Veranstaltung wurde die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege aus unterschiedlichen Blickrichtungen betrachtet und diskutiert. Weitere Schritte des Fachbereichs Senioren der LHH sind Informationsveranstaltungen in Betrieben, Einzelberatungen von Pflegenden und Personalverantwortlichen, Vermittlung von Unterstützungsangeboten, Hilfe bei Wohnraumsuche oder -anpassung. Die LHH behandelt das Thema der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ressortübergreifend in den Fachbereichen Gleichstellungsbeauftragte, Familienmanagement, Senioren und Personal. Es geht dabei im Wesentlichen um Information, Sensibilisierung, Enttabuisierung und um das Verständnis für eine Kultur des Pflegens. Eine weitere Veranstaltung zu diesem Thema ist in der Landeshauptstadt Hannover für November 2012 geplant. Die Dokumentation der ersten Tagung ist unter www.seniorenberatung-hannover.de und www.gesundheit-nds.de abrufbar.

DAGMAR VOGT-JANSSEN, Landeshauptstadt Hannover,
Fachbereich Senioren, Ihmepassage 5, 30449 Hannover,
E-mail: dagmar.vogt-janssen@hannover-stadt.de
BIRGIT WOLFF, Anschrift siehe Impressum



BRIGITTE STEINGRUBER

Partizipation im ländlichen Österreich: das Projekt MIA – Mütter in Aktion

MIA – Mütter in Aktion war ein Gesundheitsförderungsprojekt von schwangeren Frauen und Müttern von Babys, das von 2007–2010 in den steirischen Bezirken Leibnitz und Liezen durchgeführt wurde. Finanziert wurde es zur Hälfte vom Fonds Gesundes Österreich und der Gesundheitsplattform Steiermark. Projektträger war das Frauengesundheitszentrum Graz.

Ziele und Methoden

Das Projekt wurde als Modell- und Entwicklungsprojekt in zwei ländlichen Regionen des Bundeslandes Steiermark umgesetzt und auf Gemeinde- und Bezirksebene angesiedelt. Daraus ergaben sich zwei Ziele:

1. schwangere Frauen und Mütter von Babys zu ermutigen, die eigenen Bedürfnisse ernst zu nehmen, gemeinsam zu handeln und dadurch sowohl ihre persönliche Lebensqualität zu verbessern als auch ihre unmittelbare Lebenswelt – die Gemeinde – aktiv nach ihren Bedürfnissen mitzugestalten und dadurch bessere Versorgung und gute Rahmenbedingung zu schaffen, wie etwa Treffpunkte, flexible Kinderbetreuung, Spielplatzgestaltung.
2. in Zusammenarbeit mit ausgewählten Gemeindeverbänden sowie mit Einzelanbieterinnen, Projekten, Vereinen und Institutionen im Bezirk eine bedarfsgerechte Infrastruktur auf Bezirks- und Gemeindeebene zur Unterstützung von Frauen in der Familiengründungsphase zu entwickeln.

Die Stärkung der sozialen Netzwerke war dabei ein Anliegen, um den Frauen und Paaren zu ermöglichen, sozial eingebunden zu sein in einer Lebensphase, die von großen Veränderungen und damit auch Unsicherheiten geprägt ist.

Auf Gemeindeebene wurden folgende Maßnahmen eingesetzt:

1. Gehstruktur: Hausbesuche bei allen Frauen, die im Jahr zuvor ein Kind geboren hatten;
2. Kommstruktur: wöchentliche moderierte Müttercafés mit Kinderbetreuung als dauerhaftes niedrigschwelliges Treffpunktangebot in der Gemeinde;
3. Verbindendes Element: Runde Tische zum Aufbau einer partizipativen Gesprächskultur auf Gemeindeebene zwischen Müttern, Vätern, Gemeindeverantwortlichen, Anbieterinnen und Interessierten.

Ergebnisse

In zwei Jahren ist es gelungen, Frauen zu motivieren, 14 eigene Projekte zu entwickeln und umzusetzen, die Spielplatzgestaltung in der Gemeinde selbst in die Hand zu nehmen, Elternbildungsveranstaltungen zu organisieren und sich mit den Gemeindevertretungen über die eigenen Wünsche an die Gemeinde auseinanderzusetzen. Das FGZ Graz unterstützte die Frauen bei der Organisation von Aktionswochen und -tagen, von Vernetzungstreffen und regionalen Festen. Bei jeder Veranstaltung wurde begleitende Kinderbetreuung angeboten. War sie zuerst als Entlastung für die Mütter gedacht, so hat sich im Laufe der Projektlaufzeit herausgestellt, wie wichtig sie auch für die Babys ist. Schon im Alter von drei Monaten waren sie sehr an den anderen Babys interessiert und haben von diesen und von der Fremdbetreuung profitiert, wie uns die Mütter rückmeldeten. Dies zeigt, wie untrennbar Müttergesundheit mit Kindergesundheit verbunden ist.

Mit den insgesamt 202 Müttercafés in den Gemeinden Schlossberg und Rottenmann konnten mehr als die Hälfte der in den Zielgemeinden lebenden Mütter von Babys angesprochen werden. Mit den Hausbesuchen wurden 83 Prozent der Zielgruppe erreicht. 86 Prozent dieser Frauen sind zum Zeitpunkt der Befragung entweder bereits wieder berufstätig oder wollten sobald als möglich nach der Karenz in den Beruf zurückkehren. Nur 2,1 Prozent der Frauen wollten gerne bei den Kindern daheim bleiben, wenn es finanziell möglich wäre.

Die Frauen meldeten zurück, dass sich durch das Projekt für sie persönlich »sehr viel« verändert hat. Besonders positiv beurteilten sie den vermehrten Austausch untereinander, die gemeinsamen Aktivitäten und die Entwicklung von eigenen Projekten. Zudem merkten sie als positiv an, dass MIA – Mütter in Aktion sie dabei unterstützt hat, »andere zum Denken anzuregen« und »Neues in die Gemeinde zu bringen«.

In dem Handbuch MIA – Mütter in Aktion 2007–2010, das auf der Website verfügbar ist, sind Meilensteine, Ziele und Ergebnisse sowie Tipps und Tricks für zukünftige Projekte zusammengefasst.

Literatur bei der Verfasserin

DR. IN BRIGITTE STEINGRUBER, Projektleiterin in MIA – Mütter in Aktion, Frauengesundheitszentrum, Joanneumring 3, 8010 Graz, Österreich, E-Mail: brigitte.steingruber@fgz.co.at, www.fgz.co.at

Evaluation in der Sozialen Arbeit

Vor dem Hintergrund knapper werden der Ressourcen stellt sich immer häufiger die Frage nach einem nutzenmaximierenden Einsatz. Die Entscheidungsfindung für oder gegen ein Projekt stützt sich dabei vermehrt auf die Konzepte der Evaluation. Neben Supervision und Coaching findet diese Methode deshalb immer mehr Akzeptanz im Umfeld der Sozialen Arbeit. Neben einer ausführlichen Begriffserklärung werden Instrumente und Einsatzfelder vorgestellt. Die organisatorischen Rahmenbedingungen zur Durchführung sowie die Vor- und Nachteile der jeweiligen Evaluationsmethode werden vor dem bisherigen Forschungsstand dargelegt.

Das Buch eignet sich für Leitungspersonen, Fachkräfte und Berater in Verbänden, die Evaluation als zukünftigen Teil ihres Arbeitsalltages integrieren wollen. Empfehlenswert ist dieses Buch auch für alle, die einen Überblick über die bisherige Evaluationsforschung erhalten möchten. (sam)

JOACHIM MERCHEL: Evaluation in der Sozialen Arbeit. Reinhardt Verlag, München, Basel, 2010, 168 Seiten, ISBN 978-3-8252-3395-2, Preis 29,90 Euro

Interkulturelle Pflege

Das Fachbuch bietet Gesundheitseinrichtungen Hilfe bei der Implementierung eines interkulturellen Pflegeprofils an. Dabei macht die Autorin deutlich, dass die Entwicklung interkultureller Kompetenz immer der Auseinandersetzung mit der eigenen kulturellen Identität und zielgerichteter Informationen sowie Methoden bedarf. Anhand von Beispielen aus der Pflegepraxis zeigt sie einen Weg auf, wie professionell Pflegenden den Kontakt mit Menschen aus anderen Kulturkreisen sinnvoll gestalten können. Dabei steht die Entwicklung der eigenen Handlungssicherheit und geeigneter Handlungs- und Kommunikationsmodelle im Vordergrund. (mw)

IRIS STEINBACH: Interkulturelle Pflege. Behr's Verlag, Hamburg, 2011, 104 Seiten, ISBN 978-3-889947-773-3, 29,50 Euro

Schulische Inklusion aus heilpädagogischer Sicht – Rhetorik und Realität

Inklusion – Hoffnung, Traum, ideologisches Minenfeld? Nicht erst seit Inkrafttreten der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen 2009 prägt dieser Begriff vor allem die Bildungslandschaft. Der Sozialpädagoge Speck widmet sich in seinem Buch der praktischen Umsetzung dieses sehr kontrovers diskutierten und oft wenig erfolgreich umgesetzten Konzeptes. Objektivität in der fachlichen Diskussion und Klarheit in der praktischen Umsetzung sind Ziele seiner Ausführungen. Er gibt einen klaren Überblick über die Entstehung und Entwicklung der schulischen Integration und Inklusion in Deutschland und diskutiert die mit der Einführung verfolgten Ziele wie Chancengleichheit und personale sowie soziale Integration. Speck schafft es, der sehr emotional geführten Debatte eine Objektivität und Fachlichkeit zu geben, die Diskussionen und Weiterentwicklungen des Konzeptes für Deutschland möglich machen. (st)

OTTO SPECK: Schulische Inklusion aus heilpädagogischer Sicht – Rhetorik und Realität. Ernst Reinhardt Verlag, München & Basel, 2011, 151 Seiten, ISBN 978-3-497-02229-8, 19,90 Euro

Mythen der Gesundheitspolitik

Der Autor setzt sich in diesem Buch in sachlicher und nachvollziehbarer Weise mit den zehn am häufigsten anzutreffenden Mythen unseres Gesundheitswesens auseinander und liefert Argumente für eine rationale Auseinandersetzung mit den realen Problemen. Er analysiert unter anderem die Kostenexplosion, die verhängnisvolle demografische Entwicklung, den teuren medizinischen Fortschritt sowie die Notwendigkeit einer endgültigen großen Gesundheitsreform. In diesem Zuge werden die wirtschaftlichen und politischen Interessen beschrieben, die sich hinter diesen Konstrukten verbergen. (sb)

HARTMUT REINERS: Mythen der Gesundheitspolitik. 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Freiburg, 2011, 295 Seiten, ISBN 978-3-456-84679-8, 24,95 Euro

Männlichkeiten denken. Aktuelle Perspektiven der kulturwissenschaftlichen Masculinity Studies

In dem Band werden die in der Gesellschaft vorherrschenden Gender-Definitionen von Männlichkeit aus kulturwissenschaftlicher Perspektive erörtert und diskutiert. Die Frage »Wann ist ein Mann ein Mann?« wird in aktuellen und den medial vermittelten Diskursen unter weitgehender Gleichsetzung von »Gender« und »Sex« vorwiegend biologisch-dichotom geführt. Daraus resultiert eine nach wie vor stark ausgeprägte Erwartungshaltung an das Individuum, sich für das eine oder andere, das heißt für Mann-Sein oder Frau-Sein, definitiv zu entscheiden und sich entsprechend konform zu verhalten. Vor diesem Hintergrund wird das Gender-Konstrukt Männlichkeit aus verschiedenen, unter anderem künstlerischer, psychoanalytischer und feministischer Perspektive, nachgezeichnet. (ms)

MARTIN LÄUBLI, SABRINA SAHLI (Hrsg.): Männlichkeiten denken. Aktuelle Perspektiven der kulturwissenschaftlichen Masculinity Studies. transcript Verlag, Bielefeld, 2011, 306 Seiten, ISBN 978-3-8376-1720-7, 29,80 Euro

Diversität gestalten

Ausgangspunkt der Veröffentlichung ist die Frage, wie Kommunen auf die zunehmende Vielfalt innerhalb der deutschen Bevölkerung reagieren können. Wie können gleiche Teilhabemöglichkeiten und faire Bildungschancen für alle Bevölkerungsgruppen realisiert werden? Ob Integration gelingt, wird zuerst in den Städten, Gemeinden und Kreisen spürbar und muss auch dort gelebt werden. Die Publikation enthält über 20 Beispiele guter Praxis sowie zehn aktualisierte Handlungsempfehlungen kommunaler Integrationspolitik. (mw)

BERTELSMANN STIFTUNG (Hrsg.): Diversität gestalten. Erfolgreiche Integration in Kommunen. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2011, 72 Seiten, ISBN 978-3-86793-074-1, 18,00 Euro



Lebensbedingungen von Familien in Deutschland, Schweden und Frankreich

Schweden und Frankreich = familienpolitische Vorbilder für Deutschland!? In dieser Studie der Universität Bamberg befassen sich die Forscherinnen und Forscher mit den unterschiedlichen Herangehensweisen der Familienpolitik in Deutschland, Schweden und Frankreich. Kann Deutschland etwas von Frankreich und Schweden lernen, die als Vorbilder der Familienpolitik gelten? Welche Modelle und Strategien lassen sich nach Deutschland »importieren« und welche nicht? Bei der Beantwortung dieser Fragen werden sowohl kulturelle Leitbilder und Einstellungen, sozioökonomische Lebensbedingungen als auch Einkommensmodelle und statistische familienrelevante Indikatoren der Länder berücksichtigt. Das Werk betrachtet kritisch Vor- und Nachteile der familienpolitischen Leistungen der Länder, gibt Empfehlungen, warnt aber auch vor einseitigen Betrachtungen dieser Thematik. (st)

TANJA MÜHLING, JOHANNES SCHWARZ (Hrsg.): Lebensbedingungen von Familien in Deutschland, Schweden und Frankreich – Ein familienpolitischer Vergleich. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, 2011, 208 Seiten, ISBN 978-86649-425-1, 24,90 Euro

Suizid und Suizidprävention

Suizidalität ist ein komplexes und vielschichtiges Phänomen. Um dieses zu begreifen und verständlicher zu machen, haben Wolfersdorf und Etzersdorfer, beide seit Jahrzehnten in der Suizidprävention tätig, zahlreiche Aspekte zusammengetragen, die klinisch Tätigen die Herausforderung durch die Thematik erleichtern soll. Der inhaltliche Schwerpunkt des Buches liegt dabei im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich. Neben ätiopathogenetischen Erklärungsmodellen wird auf die Suizidprävention vor dem Hintergrund diverser Krankheitsbilder und anderer Einflussfaktoren eingegangen. Zusätzlich werden die Krisenintervention und der Umgang mit »survivors«, den Suizidhinterbliebenen, betrachtet. (sam)

MANFRED WOLFERSDORF, ELMAR ETZERSDORFER: Suizid und Suizidprävention. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2011, 261 Seiten, ISBN 978-3-17-020408-9, 39,90 Euro

Tiere, mit denen wir leben

In diesem Fachbuch wird eine Form der aktivitätsorientierten Biografiearbeit für Demenzerkrankte vorgestellt. Die tiergestützte Arbeit wird dabei in andere Aktivitäten und Beschäftigungen im Pflegeheim integriert und ihre Chancen und Potenziale aufgezeigt. Die Autorin stellt die Biografiearbeit mit Hühnern, Ziegen, Pferden, Kaninchen, Schweinen, Hunden, Schafen und Katzen dar. Das praxisorientierte Fachbuch richtet sich an Pflegefachkräfte, Mitglieder therapeutischer Berufe, Verbände, Netzwerke und Einrichtungsleitungen. (bw)

MANDY GIRUC: Tiere, mit denen wir leben. Tiergestützte Biografiearbeit mit Demenzerkrankten. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2011, ISBN 978-3-89993-274-4, 168 Seiten, 26,95 Euro

Gestalkt!

Die in dem Fachbuch zusammengefasste Forschungsarbeit aus Österreich verfolgt das Ziel, das 2006 dort eingeführte gesetzliche Anti-Stalking-Paket an den Bedürfnissen und Interessen der Stalking-Opfer zu messen. Dabei wird auch die Funktion von Opferschutzeinrichtungen einer Bewertung unterzogen. Das Fachbuch präsentiert darüber hinaus ausgewählte empirische Studien und den bisherigen Kenntnisstand zu dem Thema. Stalking wird im Rahmen des Strafrechts sowie sicherheitspolitischer und zivilprozessrechtlicher Maßnahmen dargestellt. Im Fokus des Buches stehen die an das Strafrecht gerichteten Erwartungen von Opfern und deren Beurteilung des rechtlichen Reaktionsinstrumentariums. (bw)

BARBARA STARZER, HELMUT HIRTENLEHNER: Gestalkt! Eine empirische Analyse der Erfahrungen und Bedürfnisse von Stalking-Opfern in Oberösterreich. Studienverlag, Innsbruck, 2011, ISBN 978-3-7065-5031-4, 240 Seiten, 29,90 Euro

Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im interkulturellen Team

In Zeiten des Fachkräftemangels in der Pflegebranche ist immer wieder zu hören, dass der Notstand nur durch Personal aus dem Ausland gelöst werden kann. Multikulturell zusammengesetzte Pflegeteams sind aber längst Realität in deutschen Pflegeeinrichtungen. Diesen Umstand greift das Buch auf und umreißt eingangs den Bedarf an kultursensiblen Pflegeangeboten sowie die Situation zugewanderter Pflegekräfte in Deutschland. Kern der Veröffentlichung bildet eine auf einer Literaturrecherche basierende theoretische Betrachtung der Zusammenarbeit in multikulturellen Pflegeteams. Wie sich Teams interkulturell entwickeln können, wird im letzten Kapitel geschildert. (mw)

JENNY OLDENBURGER: Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im interkulturellen Team als Ressource für eine erfolgreiche kultursensible Altenpflege. Diplomica Verlag, Hamburg, 2010, 57 Seiten, ISBN 978-3-8428-5016-3, 28,00 Euro

Krank arbeiten statt gesund pflegen

Präsentismus ist in der Berufsgruppe beruflich Pflegender im Krankenhaus besonders ausgeprägt. Es wird überdurchschnittlich häufig auch dann gearbeitet, wenn die Betroffenen krankheitsbedingt eigentlich zu Hause bleiben sollten. Der Autor stellt das Phänomen Präsentismus auf der Grundlage vorhandener Daten und Untersuchungen dar und erläutert Ursachen, Ausmaß und Folgen dieses Verhaltens. Ein Kapitel ist der Prävention von Präsentismus gewidmet und stellt einen salutogenetischen Ansatz mit vier Handlungsansätzen eines Paradigmenwechsels im Krankenhaus vor. Das Fachbuch richtet sich an Entscheidende und Personalverantwortliche in Krankenpflegebereichen sowie an Lehrende und Lernende in der Ausbildung von Pflegekräften. (bw)

MARTIN JANSEN: Krank arbeiten statt gesund pflegen – Präsentismus im Krankenhaus. Hans Huber Verlag, Bern, ISBN 978-3-456-84923-2, 2011, 128 Seiten, 19,95 Euro

Diversity – Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern

Jeder Mensch ist individuell und bildet in der Gesamtheit eine Vielfältigkeit, die geprägt ist von Alter, Geschlecht, Hautfarbe, Religion, sozialem Milieu, sexueller Orientierung und Behinderung. Der Leser wird zunächst in die Thematik Diversity eingeführt, erhält dann Grundlagen und zum Schluss einen Überblick über den Einsatz von Diversity in klinischen und sozialen Handlungs- und Arbeitsfeldern. Das Buch wird getragen durch die Tätigkeitsschwerpunkte und Erfahrungen der Autorinnen sowie Autoren und gibt eine gute Darstellung über die Praxisfelder des Gesundheits- und Sozialwesens wieder. (mw)

E. VAN KEUK, C. GHADERI, L. JOKSIMOVIC, D. DAVID (Hrsg.): Diversity – Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2011, 366 Seiten, ISBN 978-17-021015-8, 39,90 Euro

Eines Tages ... Demenz-Filmratgeber für Angehörige

Spielfilm und Filmratgeber widmen sich Alltagssituationen mitten aus dem Leben mit Demenz. Episodenhaft zeigt der Spielfilm Lebenssituationen, in denen sich drei Menschen in unterschiedlichen Krankheitsstadien befinden. Neben vielen Schwierigkeiten werden Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt, die die Angst vor der Krankheit mindern sollen. Im Filmratgeber kommen Angehörige mit persönlichen Erfahrungsberichten sowie Expertinnen und Experten mit Erklärungen und Tipps zu Wort.

Auf der CD-Rom sind die wichtigsten Informationen und Institutionen noch einmal in Textform zum Nachlesen zusammengestellt.

Die verschiedenen Facetten der Krankheit werden verständlich und alltagsnah dargestellt. Für die Zielgruppe, Angehörige demenziell erkrankter Menschen, Betroffene selbst und am Thema Interessierte, ist die DVD-Box sehr empfehlenswert. (ml)

ESTER.REGLIN.FILM: DVD-Box »Demenz-Filmratgeber für Angehörige« mit dem Spielfilm »Eines Tages ...«. Ester.Reglin.Film, Köln, 2010, ISBN 978-3-926840-33-2, 19,90 Euro, www.einestages.lvr.de

Leben in begrenzter Zeit

Der Autor beschreibt das Alter als eine dynamische Phase im Spannungsfeld von Entwicklungschancen, Anforderungen, Problemen und Konflikten. Diese Lebensphase stellt bestimmte Anforderungen an die professionelle Beratung, die in diesem Fachbuch mit einem psychosozialen Ansatz konzipiert wird. In eingängiger Sprache und an Fallbeispielen erläutert wird die Vielfalt an Beratungserfordernissen dargestellt. Die Themenbereiche Altern im Wandel, Beratungsanlässe und -themen sowie besondere Belastungen und Zugänge zu einem gelingenden Altern werden gut strukturiert und anschaulich präsentiert. Das Fachbuch richtet sich an Beratende in psychosozialer Beratungspraxis Älterer. Der Autor ist langjähriger und ausgewiesener Experte in Praxis und Lehre. (bw)

MEINOLF PETERS: Leben in begrenzter Zeit – Beratung älterer Menschen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2011, ISBN 978-3-525-67011-8, 160 Seiten, 16,95 Euro



Migration und Männlichkeit

Der aus einer Promotion hervorgegangene Band befasst sich mit Identitätskonstruktion und Selbstbild straffällig gewordener männlicher Jugendlicher mit Migrationshintergrund. Die Autorin analysiert biografische Interviews vor dem Hintergrund der medialen Vermittlung der erhöhten Delinquenz dieser Bevölkerungsgruppe und den dadurch mitgeprägten gesellschaftlichen Diskursen. Dabei wird aufgezeigt, wie sich die männlichen Jugendlichen in den Diskursen einerseits selbst positionieren und sich andererseits diesen entziehen oder widersetzen. So wird deutlich, dass typische Erklärungsmuster wie Nationalität, Kultur, Religion oder benachteiligter Sozialstatus zwar teilweise zur Erklärung der Delinquenz durchaus beitragen und von den Jugendlichen auch selbst herangezogen werden, andererseits aber auch kritisch als sich bisweilen selbst erfüllende Prophezeiungen reflektiert werden müssen und der Komplexität des Zusammenspiels von Migration, Männlichkeit und Kriminalität bislang nur unzureichend Rechnung tragen. (ms)

TINA SPIES: Migration und Männlichkeit. Biographien junger Straffälliger im Diskurs. transcript Verlag, Bielefeld, 2010, 435 Seiten, ISBN 978-3-8376-1519-7, 34,80 Euro



Szenen von Widerspenstigkeit

Das Buch ist aus den Graduiertenkollagen Gender Studies der Universitäten Basel und Bern hervorgegangen. Es geht Momenten der Widerspenstigkeit nach, die durch Disziplinierungsmaßnahmen ausgelöst werden. Der Frage, was der Begriff der Widerspenstigkeit in Bezug auf Geschlecht und Geschlechterforschung leisten kann, wird interdisziplinär nachgegangen. Der Band erörtert Widerspenstigkeit als eine Form des kreativen Umgangs mit gängigen Geschlechterrollen. Geschlechtszuschreibungen werden in verschiedenen historischen Situationen und kulturellen Räumen beleuchtet, etwa im kolonialen Kontext oder in einem sowjetischen Dokumentarfilm. Im Kapitel zur Verweigerung der hetero-normativen Ordnung geht es unter anderem um das Doppelgesicht des Schmerzes beim Koitus als Anpassung und Widerstand. Unter dem Thema »Normierung von Geschlecht« finden sich Einlassungen zur körperlichen Manipulation intersexueller Menschen zwischen Unterwerfung und Selbstermächtigung. Die Texte sind nicht ganz einfach zu lesen. (us)

ANNE BRÜSKE, ISABEL MIKO ISO, AGLAIA WESPE, KATHRIN ZEHNDER, ANDREA ZIMMERMANN (Hrsg.): Szenen von Widerspenstigkeit. Geschlecht zwischen Affirmation, Subversion und Verweigerung. Campus Verlag, Frankfurt, New York, 2011, 308 Seiten, ISBN 978-3-593-39451-0, 34,90 Euro

Schmerzgrenze – Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt

Der Psychologe und Neurowissenschaftler Joachim Bauer widerlegt in seinem Buch den von Sigmund Freud propagierten Aggressionstrieb in der Natur des Menschen. Durch die Darstellung der neusten Erkenntnisse der Hirnforschung und vieler alltäglicher Situationen sowie der Betrachtung unserer Vorfahren wird die Entwicklung und Entstehung von Gewalt und Aggressionen aufgezeigt. Der Mensch ist nicht von Natur aus aggressiv: Aggression und Gewalt sind Reaktionen auf Bedrohungen durch die Außenwelt. Jede Person hat eine unterschiedliche Aggressionsbereitschaft, da verschiedene Faktoren die individuelle Schmerzgrenze beeinflussen. Soziale Ausgrenzung kann Schmerz bedeuten und Aggressionen erzeugen, ebenso können kindliche Erfahrungen eine spätere Rolle für die Aggressionsbereitschaft spielen. (ex)

JOACHIM BAUER: Schmerzgrenze – vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt. Karl Blessing Verlag, München, 2011, 288 Seiten, ISBN 978-3-89667-437-1, 18,95 Euro

Alter: unbekannt

Alter und Altwerden werden sehr unterschiedlich gesehen, abhängig vom jeweiligen Blickwinkel sowie dem gesellschaftlichen und kulturellen Kontext. Demnach kann man nicht pauschal vom Alter sprechen. Es liegen vielmehr unterschiedliche Altersbilder vor, wie auch der 6. Altenbericht der Bundesregierung zeigt. In dem vorliegenden Sammelband wird das Alter von verschiedenen Expertinnen und Experten aus den Perspektiven u.a. der Gerontologie, Psychologie, Ethnologie, Sozialpädagogik betrachtet. Dabei wird zunächst auf die Bilder des Alters und im folgenden auf die alternden Gesellschaften, d.h. die Rahmenbedingungen des Alterns und auf die Generationenbeziehungen eingegangen. Neben den Erfahrungen aus Deutschland, wird auch über den Umgang mit dem Alter aus ausgewählten Ländern wie Mexiko, Tansania und China berichtet. (ts)

CAROLIN KOLLEWE, ELMAR SCHENKEL (Hrsg.): Alter: unbekannt. Über die Vielfalt des Alterwerdens. Transcript Verlag, Bielefeld, 2011, 276 Seiten, ISBN 978-3-8376-1506-7, 29,80 Euro

Jugend und Körper – Leibliche Erfahrungswelten

Der Mensch ist Leib und hat seinen Körper. Aus soziologischer, erziehungs-, sport- und bewegungs-, medien- und kulturwissenschaftlicher, psychologischer und neurobiologischer Perspektive werden spannende, aber auch konflikt- und krisenbehaftete Veränderungen des Körpers, Herausforderungen der Umwelt und persönliche (An)Forderungen an den Körper während der Pubertät beleuchtet. Das Herausgeberwerk thematisiert Einflüsse des Körpers und den Umgang mit diesem auf die Identitätsentwicklung sowie die persönliche und gesellschaftliche Dimension des Körpers als Präsentations- und Statussymbol. Die Autorinnen und Autoren wollen mit ihrem Werk einen Beitrag zur unterrepräsentierten Thematik der Soziologie des Körpers in der Jugendforschung und Jugendsoziologie leisten. (st)

YVONNE NIEKRENTZ, MATTHIAS D. WITTE (Hrsg.): Jugend und Körper – Leibliche Erfahrungswelten. Juventa-Verlag, Weinheim und München, 2011, 292 Seiten, ISBN 978-3-7799-1758-8, 29,95 Euro

Kultursensible Altenpflege

In den nächsten Jahren werden zunehmend mehr Menschen mit Migrationshintergrund professionelle Pflege in Anspruch nehmen. Auch die Anzahl der von Demenz betroffenen Migrantinnen und Migranten wird steigen. Dennoch gibt es bisher nur wenige Einrichtungen, die sich auf diese Klientel vorbereitet haben. In diese Lücke stößt die Autorin des Buches, indem sie grundsätzliche Informationen zur interkulturellen Öffnung der Altenhilfe mit Hinweisen für die Interaktion mit älteren Zugewanderten kombiniert. Jeder besprochene Themenkreis beleuchtet zusätzlich die besondere Situation von Demenzbetroffenen. Zur besseren Anwendbarkeit enthält das Buch viele praxisbezogene Leitfäden und Checklisten. Das Buch richtet sich an Fach- und Führungskräfte der Altenhilfe, die ihre Handlungskompetenzen weiter entwickeln möchten. (mw)

MONIKA PAILLON: Kultursensible Altenpflege. Ideensammlung mit Fokus Demenz. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2010, 223 Seiten, ISBN 978-3-497-02172-7, 24,90 Euro

Risikoidentitäten – Alkohol, Rausch und Identität im Jugendalter

Wie konstruieren Jugendliche Identität im Riskoverhalten? Welchen Stellenwert nimmt das Rauschtrinken als Riskoverhalten selbst ein? Das Buch beschäftigt sich mit diesen Fragestellungen im Rahmen einer qualitativen Studie zum Rauschtrinken Jugendlicher. Im Fokus der Forschung stehen die Funktionalität des Riskoverhaltens und Bewältigungsmuster der Jugendlichen im subjektiven Umgang mit dem Rauschtrinken. Der Autor versucht sich an der Entdramatisierung des jugendkulturellen Rauschtrinkens, indem er eine salutogenetische Sichtweise anstatt des üblichen problemorientierten Blicks auf gesundheitliches Riskoverhalten von Jugendlichen einnimmt – ohne das Verhalten an sich zu verharmlosen. Das Buch richtet sich an Praktikerinnen und Praktiker, die sich in ihrer Arbeit mit dem Umgang Jugendlicher mit Alkohol beschäftigen. (st)

JOHN LITAU: Risikoidentitäten – Alkohol, Rausch und Identität im Jugendalter. Juventa-Verlag, Weinheim und München, 2011, 192 Seiten, ISBN 978-3-7799-1933-9, 24,95 Euro

Auch Süchtige altern

Die Zahl älterer Frauen und Männer, die Probleme mit Alkohol, Heroin, Kokain haben, wächst. Das vorliegende Buch befasst sich mit den Unterstützungsbedarfen von jungen alten Drogenabhängigen, die sich ab 40 Jahren mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen vermehrt an die Sucht- und Drogenhilfe wenden. Zur Zeit entstehen neue Angebote zur psychosozialen und psychotherapeutischen Arbeit mit älteren und alten Süchtigen. Das Buch beschreibt die Problemlagen älterer Süchtiger und gibt eine Fülle von Anregungen und Projektbeispiele, wie ältere Süchtige in die Bewältigung ihres Alltages eingebunden werden können, welche Wohnformen sie brauchen und welche gesundheitsfördernden Ansätze sinnvoll sind. (us)

IRMGARD VOGT (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main, 2011, 414 Seiten, ISBN 978-3-940087-81-2, 25,00 Euro

Die Erkundung organisationaler Umwelten

Organisationen interagieren kontinuierlich mit ihren verschiedenen Umwelten und beeinflussen sich wechselseitig. Die Wahrnehmung der Umwelten durch Leitungspersonen wirkt sich auf deren Handeln und Entscheiden aus. Wesentliches Mittel stellt die Kommunikation dar. In der vorliegenden qualitativen Studie, deren Grundlage ein systemischer Ansatz ist, werden die Kommunikationswahrnehmungen von Leitungspersonen im Gesundheitswesen untersucht. Dementsprechend werden zunächst theoretische Grundlagen der Kommunikationswahrnehmung, systemischer Theorien und von Organisationstheorien dargestellt. Die Untersuchung wurde in zwei Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Experten- und Gruppeninterviews durchgeführt. Im Anschluss an die theoretischen Vorüberlegungen werden ausgewählte Daten ausführlich diskutiert. (ts)

NORMAN FRANZ: Die Erkundung organisationaler Umwelten. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2011, 197 Seiten, ISBN 978-3-89670-941-7, 19,95 Euro

Gesundheit von Migranten

Die Beiträge des Buches stellen gesundheits- bzw. versorgungsbezogene Implikationen einer sich internationalisierenden Gesellschaft aus verschiedenen Perspektiven dar und sind für viele Akteure im Gesundheitswesen von Interesse. In den Beiträgen wird das Themengebiet aus medizinischer, gesundheitswissenschaftlicher, soziologischer aber auch ökonomischer Sichtweise bearbeitet, um für das Erfordernis der interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens zu sensibilisieren und um den Facettenreichtum des Themas zu veranschaulichen. Drei Projektbeispiele am Schluss des Sammelbandes zeigen, auf welchen unterschiedlichen Wegen die versorgungspolitischen Herausforderungen einer sich internationalisierenden Gesellschaft angegangen werden können. Sie runden den Sammelband sehr gut ab. (iz)

ULRICH THAMER, MICHAEL WÜSTENBECKER (Hrsg.): Gesundheit von Migranten. Peter Lang Verlag, Frankfurt, 2011, 179 Seiten, ISBN 948-3-631-60564-6, 24,80 Euro

Gesunde Kita – starke Kinder! Methoden, Alltagshilfen und Praxistipps für die Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen

»Aus der Praxis für die Praxis!« ist das Motto dieses Herausgeberwerkes. Einleitend wird überblicksartig Basiswissen zu den Themen Ernährung, Bewegung, Entspannung, Elternarbeit und Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen vermittelt. Anschließend werden klar und strukturiert die Erfahrungen und Ergebnisse des Projektes »Gesunde Kitas – starke Kinder« der Plattform für Ernährung und Bewegung (peb) dargestellt. Ein umfangreicher Teil des Buches widmet sich der Übertragbarkeit der Projekterfahrungen von Coaches und beteiligten Kitas in andere Einrichtungen. Das praxisorientierte und visuell gut aufbereitete Werk richtet sich vor allem an pädagogische Fachkräfte aus Kindertageseinrichtungen. (st)

PLATTFORM FÜR ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG (Hrsg.): Gesunde Kita – starke Kinder! – Methoden, Alltagshilfen und Praxistipps für die Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen. Cornelsen Verlag, Berlin, 2011, 175 Seiten, ISBN 978-3-589-24708-0, 17,95 Euro

Geschlecht und Körper

Der Band entwirft ein vielschichtiges Bild von der körperlichen und geschlechtlichen Durchdringung der modernen Gesellschaft. Hier sind soziologische Studien zu unterschiedlichen sozialen Themen versammelt. Es geht um die Konstruktion des Fremden mittels des Körpers und der Herstellung von gesellschaftlicher (Un)Ordnung, um die Rolle des Körpers für Normalität, Abweichung und Machtausübung, um Geschlechter-Körper, Identität und Geschlechtsrollenkonflikte. Beispiele aus der sozialen Praxis sind das Krankheits-erleben Brustkrebsbetroffener Frauen, Transsexualität, Liebestourismus und Haushaltsmigration. Die Texte sind hochinteressant, aber nicht einfach zu lesen. (us)

JULIA REUTER: Geschlecht und Körper. Studien zur Materialität und Inszenierung gesellschaftlicher Wirklichkeit. transcript Verlag, Bielefeld, 2011, 249 Seiten, ISBN 978-3-8376-1526-5, 25,80 Euro



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

Weniger ist mehr – Rauchfreiberatung durch Familienhebammen 11. Januar 2012, Hildesheim

Das Projekt »weniger ist mehr – Rauchfreiberatung durch Familienhebammen«, von der Bundesdrogenbeauftragten gefördert und in Kooperation mit Frauen Aktiv Contra Tabak, dem Hebammenverband Niedersachsen und der Stiftung Eine Chance für Kinder durchgeführt, hat das Ziel, Familienhebammen für die Rauchfreiberatung bei Schwangeren und jungen Müttern fit zu machen. Die Abschlusstagung des Projektes stellt das Curriculum und die Evaluationsergebnisse der Erprobungsphase vor. Zielgruppen der Tagung sind Hebammen, Lehrgangsbegleitungen, an der Implementierung und Übertragung Interessierte, Personen aus der Forschung und Praxis sowie Fachpersonal aus anderen Berufsgruppen, die mit Schwangeren und jungen Müttern zu tun haben.

Gesund und aktiv älter werden – Handlungsfelder und Herausforderungen 24. Januar 2012, Berlin

Die Europäische Kommission hat das Jahr 2012 zum »Europäischen Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen« ausgerufen. Gesund und aktiv älter werden ist ein Ziel, das die meisten Menschen verfolgen. Allerdings wird die Gesundheit älterer Menschen seltener thematisiert als ihre Erkrankungen. Sinnvoll ist der Blick auf die individuellen Ressourcen und die Möglichkeiten der Unterstützung vor Ort. So kann der Prozess des Älterwerdens – begleitet von guten Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, der Selbständigkeit und der aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen Leben – im Sinne der Gesundheitsförderung konstruktiv unterstützt werden. Aktives Altern bedeutet auch, dass man älteren Menschen mehr Möglichkeiten bietet, weiterzuarbeiten, länger gesund zu bleiben und auf andere Weise (zum Beispiel durch ehrenamtliche Arbeit) weiterhin einen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten. Die bundesweite Impulskonferenz soll die gesundheitsbezogenen Handlungsmöglichkeiten und Potenziale aufzeigen. Sie findet im Rahmen der Veranstaltungsreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung statt.

Niedersachsen Forum Alter und Zukunft – Gesundheit im Alter 30. Januar 2012, Wolfenbüttel

Seit 1992 findet das Niedersachsen Forum Alter und Zukunft des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration in Kooperation mit einer Kommune statt. Das nächste Forum fokussiert auf das Thema Gesundheit im Alter. Die Tagung ist gleichzeitig die Auftaktveranstaltung für Niedersachsen zum »Europäischen Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen«. Sie richtet sich sowohl an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich als auch an interessierte Bürgerinnen und Bürger vor Ort.

Digitale Medien – wie unkontrollierter Konsum zur Gesundheitsgefahr für Kinder und Jugendliche wird 8. Februar 2012, Hannover

Die gemeinsame Fachtagung des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres und Sport, des Bündnisses White IT, der Techniker Krankenkasse, der Niedersächsischen Ärztekammer und der LVG & AFS Niedersachsen e.V. stellt die Chancen und Herausforderungen der Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen in den Mittelpunkt. Prävention, Jugendschutz und Kriminalitätsbekämpfung werden unter den Rahmenbedingungen des Settings Internet erörtert und diskutiert. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Resilienzförderung und Stärkung der Medienkompetenz jugendlicher Internetnutzerinnen und -nutzer gerichtet.

Früh übt sich – Bildung und Gesundheit in der Kita 23. Februar 2012, Hannover

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Kindertagesstätten im Spannungsfeld zwischen der Arbeit mit den Kindern und den Eltern

Pädagogische Fachkräfte in einer Kindertagesstätte sind immer wieder gefordert ein großes Spektrum an beratender, betreuender und begleitender Arbeit zu leisten. Dabei sollten die eigenen Grenzen und Belastungsfaktoren ebenfalls betrachtet werden. Diese hängen ebenso wie die Qualität der pädagogischen Arbeit davon ab, wie gut die Zusammenarbeit im Team funktioniert, die Kompetenzen der Erzieherinnen und Erzieher genutzt und die Eltern in die Gestaltung von Prozessen mit einbezogen werden. Die Themen der landesweiten Fachtagung reichen über die Erkenntnisse der Neurobiologie, der Emotionsforschung bis zu gelungenen Beispielen der praxisnahen Umsetzung von Beratungsleistungen. Die Veranstaltung richtet sich an Fachkräfte in Kindertagesstätten, Kindergärten und Horten sowie an andere Professionelle aus den Bereichen Erziehung, Gesundheit, Soziales und Bildung. Die Tagung findet in Kooperation mit dem Bildungswerk ver.di in Niedersachsen e.V. – Region Hannover – Hildesheim, dem europäischen Projekt »Kita 2020«, dem Europäischen Sozialfonds für Deutschland und der Initiative für berufsbegleitende Bildung statt.

Psychosoziale Beratung älterer Menschen und ihrer Angehörigen 8.–10. März 2012, Hofgeismar

Die besondere Stärke des psychosozialen Beratungsansatzes liegt darin, das Beratungsanliegen der Klientinnen und Klienten nicht isoliert zu betrachten, sondern im Zusammenhang mit ihren sozialen und familiären Lebenssituationen und ihrer Persönlichkeit zu sehen. In der Fortbildung sollen Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten eines solchen Beratungsansatzes vermittelt werden. Als Zielgruppen sind Fachkräfte aus Pädagogik, Psychologie und Pflege angesprochen.



Selbsthilfe im Web 2.0 16.–17. März 2012, Hannover

Die Fachtagung am 16.03.2012 wird einen Überblick über die bereits etablierte vielfältige Selbsthilfelandchaft im Internet und die Chancen und Grenzen ihrer Weiterentwicklung im Web 2.0-Zeitalter geben. Besonderes Augenmerk soll dabei auf die Frage gerichtet werden, ob die »virtuelle« Selbsthilfe die »physische« Selbsthilfe eher stärkt oder eher schwächt und wie eine fruchtbare Kooperation der verschiedenen Selbsthilfeausprägungen aussehen soll und kann. Der darauf aufbauende Workshop am 17.03.2012 richtet sich an Vertreterinnen und Vertreter von Selbsthilfeorganisation, die ihren Internetauftritt fit für das Web 2.0 machen wollen.

VORSCHAU

Segel setzen 2012 22.–23.03.2012

Organisations- und Personalentwicklung an gesundheitsfördernden Hochschulen, Tagung des Arbeitskreises Gesundheitsfördernder Hochschulen 23.03.2012, Bochum

Argumente für Gesundheit, Krebserkrankung kontrovers Veranstaltungsreihe 19.03., 23.04., 21.05. und 18.06.2012



Europäisches Jahr für **aktives Altern**
und **Solidarität zwischen den Generationen 2012**



Europäisches Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012

Die Europäische Union hat das Jahr 2012 zum »Europäischen Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen« ausgerufen. In diesem Rahmen findet 2012 eine Vielzahl von Veranstaltungen und Aktivitäten sowohl auf nationaler Ebene als auch in den einzelnen Bundesländern statt. Darüber hinaus wurde eine nationale Koordinierungsstelle eingerichtet. Auf der Internetseite gibt es die Möglichkeit, Veranstaltungen zu dieser Thematik bekannt zu machen. Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.ej2012.de

IMPRESSUM



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskweg 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, Sabine Erven, Sandra Exner, Birte Gebhardt, Anne Hinneburg, Michaela Ludewig, Angelika Maasberg, Sabrina Mende, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Stephanie Schluck, Tania-Aletta Schmidt, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Marcus Wächter, Veronika Weithe, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

» **Beiträge:** Thomas Altgeld, Izlem Alptekin, Lea Beckmann, Hanna Blase, Prof. Dr. Bernhard Borgetto, Dr. Hermann Elgeti, Sibylle Fleitmann, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Prof. Dr. Harald Künemund, Evelyn Lesta, Michaela Ludewig, Regina Meyer, Melanie Mühl, Frank Nestmann, Dr. med. Olaf Ney, H. Elisabeth Philipp-Metzen, Britta Richter, Dr. Jan-Hinrik Schmidt, Tania-Aletta Schmidt, Christiane Schwarz, Prof. Dr. Johannes Siegrist, Dr. Ute Sonntag, Barbara Staschek, Brigitte Steingruber, Waldemar Süß, Dagmar Vogt-Janssen, Kathy Weinhold, Dr. Simone Weyers, Birgit Wolff, Barbara von Würzen

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 74: 10.02.2012

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

» **Auflage:** 7.500

» **Gestaltung:** Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» **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.

» **Titelfoto:** © Joseph Helfenberger - Fotolia.com

» **Fotos:** S. 14: Lenzsiedlung, Stadtteil Wikipedia, S. 24: MIA, www.fgz.co.at
Fotolia.com: © Pavel Losevsky, Miredi, Alena Yakusheva, pics, Bettina Eder, Arlo, micromonkey, frankoppermann, lusalucia, Vitaly Krivosheev, k_design, Gina Sanders, otisthewolf, Monkey Business, Olivier Le Moal, michael-jung, kobra78, adisa, by-studio, paylessimages, Albert Lozano-Nieto, lu-photo

27.01.2012 » Tagung, Ethik & Rationierung – Ein Widerspruch, Hannover, Kontakt: Leibniz-Universität Hannover, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie, Dr. Anne Prenzler, Königsworther Platz 1, 30167 Hannover, Tel.: (05 11) 76 21 91 41, Fax: (05 11) 76 21 50 81, E-Mail: ap@ivbl.uni-hannover.de, www.ethik-rationierung.de/
14.–17.03.2011 » Jahrestagung, 52. wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., Göttingen, Kontakt: m:con – mannheim:congress GmbH, Petra Schaub, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim, Tel.: (06 21) 4 10 61 92, Fax: (06 21) 4 10 68 01 92, E-Mail: petra.schaube@mcon-mannheim.de, www.dgaum2012.de/default.htm

29.02.–02.03.2012 » Multikonferenz, MKWI 2012, Multikonferenz der Wirtschaftsinformatik 2012, E-Health: Informationssysteme für die vernetzte Medizin, Braunschweig, Kontakt: Institut für Wirtschaftsinformatik Abteilung Informationsmanagement TU Braunschweig, Prof. Dr. Susanne Robra-Bissantz, Mühlenpfordtstraße 23, 5. Stock, 38106 Braunschweig, Tel.: (05 31) 3 91 31 20, Fax: (05 31) 3 91 31 25, E-Mail: s.robra-bissantz@tu-braunschweig.de

18.–19.01.2012 » Kongress, Vernetzte Gesundheit – Versorgung gestalten? Neue Perspektiven für Gesundheit, Kiel, Kontakt: Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Randy Lehmann, Adolf-Westphal-Straße 4, 24143 Kiel, Tel.: (04 31) 5 88 54 36, E-Mail: randy.lehmann@sozmi.landsh.de, www.vernetzte-gesundheit.de

27.–28.01.2012 » Kongress, Pflege 2012, Berlin, Kontakt: Springer Medizin Urban & Vogel GmbH, 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

06.02.2012 » Auftaktveranstaltung zum »Europäischen Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012« Berlin, Kontakt: Geschäftsstelle Europäisches Jahr 2012 c/o BAGSO e.V., Bonngasse 10, 53111 Bonn, Tel.: (0228) 24 99 93 25, E-Mail: info@ej2012.de, www.bagso.de

22.–25.02.2012 » Kongress, 30. Deutscher Krebskongress, Berlin, Kontakt: Deutsche Krebsgesellschaft e.V., TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin, Tel.: (0 30) 32 29 32 90, Fax: (0 30) 3 22 93 29 66, E-Mail: info@kukm.de, www.dkk2012.de

09.–10.03.2012 » Kongress, 17. Kongress Armut & Gesundheit – Prävention wirkt, Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 44 31 90 73, Fax: (0 30) 44 31 90 63, E-Mail: kongress@gesundheitberlin.de

12.–14.03.2012 » 23. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften, Erziehungswissenschaftliche Grenzgänge, Osnabrück, Kontakt: Universität Osnabrück, Dr. Sabine Bohne, Heger-Tor-Wall 9, 49069 Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 69 42 84, Fax: (05 41) 9 69 62 01, E-Mail: dgfe2012@uni-osnabrueck.de, www.dgfe2012.de

14.–15.03.2012 » Gesundheitskongress des Westens 2012 Kampf um kluge Köpfe. Arbeiten im Zukunftssektor Gesundheit, Köln, Kontakt: welcome Veranstaltungen GmbH, Frauhe Landsberg, Bachemer Straße 6-8, 50226 Frechen, Tel.: (0 22 34) 9 53 22 32 29, Fax: (0 22 34) 9 53 22 29, E-Mail: info@gesundheitskongress-des-westens.de

14.–16.03.2012 » Kongress, 49. wissenschaftlicher Kongress der deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. Ernährung und Prävention – Chancen und Grenzen, Freising-Weihenstephan, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Referat Öffentlichkeitsarbeit, Godesberger Allee 18, 53175 Bonn, Tel.: (02 28) 3 77 66 31, Fax: (02 28) 3 77 68 00, E-Mail: beck@dge.de

15.–17.03.2012 » Kongress, 13. Jahrestagung des deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin »Komplexe Intervention – Entwicklung durch Austausch«, Kontakt: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Tiergarten Tower, Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin, kontakt@emb-netzwerk.de

16.–17.03.2012 » 1. Tübinger Pflegesymposium 2012 Neurologie/Neurochirurgie, Tübingen, Kontakt: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Sandra Gottschalg, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Tel.: (0 36 41) 3 11 63 50, Fax: (0 36 41) 3 11 62 41, E-Mail: sandra.gottschalg@conventus.de, www.conventus.de/tps-kongress/

21.–23.03.2012 » Tagung, 6. Tagung des Netzwerks Medien und Gesundheitskommunikation, Mediale Gesundheitskommunikation: Befunde, Entwicklungen und Herausforderungen eines interdisziplinären Forschungsfeldes, München, Kontakt: Hans-Bredow-Institut für Medienforschung, Dr. Claudia Lampert, Warburgstraße 8-10, 20354 Hamburg, Tel.: (0 40) 45 02 1792, E-Mail: c.lampert@hans-bredow-institut.de

22.–23.03.2012 » Jahrestagung, Das soziale in/an der Gesundheit, Paderborn, Kontakt: DGSA-Fachgruppe Forschung Fachhochschule Koblenz Fachbereich Sozialwesen, Prof. Dr. Armin Schneider, Konrad-Zuse-Straße 1, 56075 Koblenz, Tel.: (02 61) 9 52 82 08, E-Mail: schneider@fh-koblenz.de

28.–31.03.2012 » Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2012, Die Zukunft der Psychosomatik, München, Kontakt: Schattauer GmbH SKS – Seminar- und Kongress-Service, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Tel.: (07 11) 22 98 70, Fax: (07 11) 2 29 87 50, E-Mail: info@schattauer.de, www.deutscher-psychosomatik-kongress-2012.de/

21.04.2012 » Kongress, Deutscher Präventologen Kongress, Leipzig, Kontakt: MCO Marketing-Communication-Organisation GmbH, Elisabethstraße 14, 40217 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 38 60 00, Fax: (02 11) 3 86 00 60, E-Mail: info@maco-online.com

30.01.–04.02.2012 » Konferenz, The Fourth International Conference on eHealth, Telemedicine and Social Medicine, eTELEMED 2012, Valenzia, Kontakt: Hans-Bredow-Institut für Medienforschung, Dr. Claudia Lampert, Warburgstraße 8-10, 20354 Hamburg, Tel.: (0 40) 45 02 1792, E-Mail: c.lampert@hans-bredow-institut.de

01.–03.03.2012 » 6. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, »Patient or Prisoner? – Wege zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in Haft«, Genf, Kontakt: akzept e.V., Christine Kluge Haberkorn, Südwestkorslo 14, 12161 Berlin, Tel.: (0 30) 82 70 69 46, akzeptbuero@yahoo.de

02.–04.02.2012 » 17. GAIMH Jahrestagung, Frühe Kindheit – Brücken bauen: Wissenschaft und Praxis im Dialog, Basel, Kontakt: Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit e.V., Dr. Heidi Simoni, Schulhausstraße 64, CH-8002 Zürich, Tel.: (00 41) 44 2 05 52 20, Fax: (00 41) 44 2 05 52 22, E-Mail: info@gaimh.org

19.–25.02.2012 » Kongresswoche, Internationale Workshop- und Kongresswoche »Grenzen-Systeme-Kulturen 2012«, Beziehung – Begegnung – Bewegung in Psychotherapie und Beratung, Neapel, Kontakt: University of Bern, Reto Mischol, Casinoplatz 7, CH-7000 Chur, Tel.: (00 41) 8 12 50 53 78, E-Mail: reto.mischol@psyseminare.ch

07.–10.03.2012 » Konferenz, 27th International conference of Alzheimer's Disease International, Science, Fact, Fiction, London, Kontakt: ADI 2012, Ben Stanley, Durford Mill, Petersfield, Hampshire, GU31 5AZ, United Kingdom, Tel.: (00 44) 84 51 80 01 69, Fax: (00 44) 17 30 71 52 91, E-Mail: adi2012@mci-group.com, www.adi2012.org/de/home.aspx

29.–30.03.2012 » Kongress, Health and Physical education: one pretext, diverses realites, Strasbourg, Kontakt: Labatory of Social Sciences of Sport, Christelle Marsault, Tel.: 06 62 43 14 24, E-Mail: christelle.marsault@iufm.unistra.fr, http://iufm.unistra.fr/index.php?id=10117

21.–22.03.2012 » Kongress, 8. Trendtage Gesundheit Luzern »Die künftige Patientengeneration«, Luzern, Kontakt: Forum Gesundheit Luzern, Horwerstraße 87, CH-6005 Luzern, Tel.: (00 41) 41 3 18 37 97, Fax: (00 41) 41 3 18 37 10, E-Mail: info@trendtage-gesundheit.ch

26.–27.01.2012 » Konferenz, 13. nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz 2012, Gesunde Enkelkinder: Was ist uns ihre Zukunft wert?, Basel, Kontakt: Gesundheitsförderung Schweiz, Catherine Favre, Dufoststraße 30, Postfach 311, CH-3000 Bern, Tel.: (00 41) 3 50 04 04, Fax: 00 41 3 68 17 00, E-Mail: catherine.favre@promotionsante.ch

29.–30.03.2012 » Kongress, 1. Internationaler Psychiatriekongress »Seelische Gesundheit und Recovery«, Bern, Kontakt: Universitätsklinik für Psychiatrie, Bolligenstraße 111, CH-3000 Bern 60, E-Mail: marion.roggo@gef.be.ch, http://www.recovery-psychiatrie.eu/

28.–30.04.2012 » Konferenz, IAPOP Conference 2012, Globaler Umbruch: Spannungsfelder, Krisen und Veränderungsprozesse, Zürich, Kontakt: Institut für Prozessarbeit Konferenz 2012, Binzstraße 9, CH-8045 Zürich, Tel.: (00 41) 44 4 51 20 70, Fax: (00 41) 44 4 50 13 60, E-Mail: info@iapop-conference.org, www.iapop-conference.org