

85 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

Guter Hoffnung oder fremdbestimmt? Schwangerschaft, Geburt, Eltern sein

EDITORIAL » Ausgerechnet die Dezemberausgabe unserer Zeitschrift mit dem Thema Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft zu bestreiten, ist vielleicht nicht besonders originell, aber dennoch brandaktuell. Die 24. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen und -minister der Länder hat Anfang Oktober einen einstimmigen Beschluss unter der Überschrift »Die natürliche Geburt stärken – Gesundheit von Mutter und Kind sichern« gefasst. Darin wird unter anderem eine kritische Hinterfragung des in den letzten 20 Jahren stark gestiegenen Anteils der Kaiserschnittentbindungen in Deutschland gefordert und es wird an alle zuständigen Stellen appelliert, diesem Trend entgegenzuwirken. Seit Ende 2013 entwickelt eine Arbeitsgruppe von gesundheitsziele.de das neue nationale Gesundheitsziel rund um die Geburt. Mit dieser Ausgabe wollen wir einen Beitrag zu dieser Diskussion leisten und beleuchten dabei auch Aspekte, die an anderen Stellen bislang möglicherweise zu kurz gekommen sind: etwa die normativen Vorgaben in der Familienpolitik, späte Elternschaften aus medizinischer Perspektive oder die Rolle von Vätern in dieser dynamischen Lebensphase.

Zum Ausklang eines Jahres, in dem mit dem jetzt vorliegenden Referentenentwurf ein vierter Anlauf zu einem Präventionsgesetz in Deutschland genommen wird, das möglicherweise dann 2016 einige Weichen neu stellen wird, möchten wir uns an dieser Stelle zunächst bei allen Autorinnen und Autoren der Ausgaben 2014 bedanken, die diese Zeitschrift mit ihren Beiträgen erst möglich machen: Unser Dank gilt auch allen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. für die intensive und konstruktive Zusammenarbeit. Unsere Arbeit wäre nicht möglich ohne deren ideelle sowie finanzielle Unterstützung und große Kooperationsbereitschaft. Wir wünschen Ihnen allen einen angenehmen Jahresausklang und ein gesundheitsförderliches Jahr 2015! Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Fachkräfte im Gesundheitswesen – gewinnen, sichern, binden« (Redaktionsschluss 06.02.2015) und »Inklusion und Gesundheit« (Redaktionsschluss 08.05.2013). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen!



Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Vater Staat und selbstbestimmte Lebensentwürfe	02
Natürliche Geburt stärken: es geht voran	03
Was brauchen Kinder und Eltern von Anfang an?	04
Vater werden und Partner bleiben	05
Reproduktives Reisen – Chancen und Risiken	07
Späte Elternschaft aus medizinischer Perspektive	08
Entscheidungszwänge der Pränataldiagnostik	09
Hebammenberuf im Wandel seit 1950	10
Kinder kriegen! Reproduktion und normative Vorgaben	11
Gesetz zur Regelung der vertraulichen Geburt	13
Wann kommt die rezeptfreie Pille danach?	14
Angstbeißer, Trauerkloß, Zappelphilipp?	14
Familienplanung im Lebenslauf	15
Ethnische Unternehmen in der ambulanten Pflege	16
Weniger ist mehr	17
Zwischenbilanz Frühe Hilfen	18
Osteopathie bei Neugeborenen	19
Neues Netzwerk – Krisen rund um die Geburt	19
Partizipative Evaluation der Präventionskette Braunschweig	20
Niedersächsischer Gesundheitspreis 2014	21
Impressum	22
Bücher, Medien	23
Termine LVG & AFS	30



SILKE BOTHFELD

Vater Staat und die schwierige Geburt selbstbestimmter Lebensentwürfe

»Das Private ist politisch!« Mit dieser Parole bestritt die Frauenbewegung in den 1970er Jahren, dass eine Trennung zwischen öffentlichem und privatem Handeln möglich wäre. Im Gegenteil: Die hierarchischen Machtverhältnisse zwischen Männern und Frauen würden sämtliche gesellschaftliche – auch private – Bereiche durchdringen und die Strukturen der privaten und öffentlichen Sphäre würden sich gegenseitig verstärken. Diese informellen und formalen Strukturen als eine Geschlechterordnung zu beschreiben und ihre Auswirkungen in der Privat- und Intimsphäre zu dechiffrieren, dies ist das Erfolgsprojekt der sozialwissenschaftlichen Geschlechterforschung und der feministischen Politik der vergangenen vierzig Jahre. In derselben Zeit veränderten zahlreiche Reformen die Regeln für das Zusammenleben von Frauen und Männern: die große Reform des Familienrechts 1976, zahlreiche Gleichstellungs- und Antidiskriminierungsregeln, das Strafrecht und zuletzt das Unterhaltsrecht und das Elterngeldgesetz.

Was ist wirklich eine private Entscheidung?

Dass private Entscheidungen wirklich im Privaten getroffen würden (und für die Öffentlichkeit nicht relevant wären), ist somit unhaltbar geworden, wengleich die feministische Kritik in den vergangenen Dekaden an Selbstverständlichkeit verloren hat. In der heutigen Mediengesellschaft, in der das Angebot an Informationen und Deutungen unendlich ist, ist es noch schwieriger zu vermitteln, dass individuelle Freiheitsgrade nicht aus individuellem Willen und Durchsetzungsvermögen resultieren. Vielmehr basieren diese auf wohlbedachten, hart errungenen und zur Geltung gebrachten kollektiven Regeln, nach denen sich Menschen in einer Gesellschaft zueinander verhalten. Dies gilt auch für nur scheinbar ganz private Entscheidungen, nämlich die, eine Familie zu gründen. Wie lassen sich heute individuelle Lebensentwürfe mit der Sorge für Kinder vereinbaren? Und welche Pflichten hat der Staat, Eltern bei der Familiengründung zu unterstützen und Frauen und Männern gleichermaßen eine gleichberechtigte

Lebensweise zu ermöglichen? Aufschlussreich sind hierfür zwei sozialwissenschaftliche »Grundwahrheiten«: dass Werte und Normen unser Handeln und auch das Handeln politischer Entscheidungsträgerinnen und -träger bestimmen und dass auch staatlichen Interventionen immer bestimmte normative Orientierungen zugrunde liegen.

Resistenz gesellschaftlicher Normen

Zum einen ist die gesellschaftliche Erwartung an die nachwachsende Generation, eine Familie zu gründen, auch in Deutschland noch immer sehr stark, wengleich berufliche Unabhängigkeit auch für junge Frauen eine gesellschaftliche Norm geworden ist. 2012 gaben rund 85% der im Rahmen der Brigitte-Studie befragten jungen Frauen und Männer an, dass eine eigene Familie und Kinder wichtig seien. So machen Frauen und Männer noch immer sehr unterschiedliche Erfahrungen, wobei sich die Ungleichheit im Alltag gleichsam unbemerkt ergibt: Spätestens beim Berufseinstieg wird deutlich, dass junge Männer schnell in höhere Gehaltsklassen wechseln oder größere Chancen für eine gute berufliche Entwicklung bekommen. Gesellschaftliche Werte und Normen sind dabei als Koordinierungsmechanismen notwendige Bestandteile in unserer Alltagskultur, ohne die unser Handeln orientierungslos und unberechenbar wäre. In Form von Rollenzuschreibungen und Selbstbildern erweisen sich diese als sehr viel resistenter gegen Veränderungen als gesetzliche Regeln: Studien, die sich mit den Geschlechterverhältnissen in Organisationen befassen, zeigen, dass sich geschlechterstereotype Denkmuster am Arbeitsplatz reproduzieren. Kurz, Frauen wird weniger zugemutet oder zugetraut, sie gelten in vielen Organisationshierarchien seltener als »natürliche Verbündete oder Kronprinzen« männlicher Vorgesetzter und gelten in einem bestimmten Alter mit dem Risiko behaftet, wegen der Geburt eines Kindes längerfristig auszufallen. Auch in den Partnerschaften zeigt sich entgegen anderweitiger Vorsätze und Versprechungen, dass sich oftmals die »Traditionalisierungsfalle« hinter den Frauen schließt, wenn das erste Kind auf der Welt ist. Selbst wenn es mittlerweile eine Vielzahl von Gleichstellungs- und Antidiskriminierungsregeln gibt, so bedeutet dies nicht, dass das Problem der Gleichstellung bei der Kinderfrage in der Praxis erledigt wäre.

Ist die Familienpolitik geschlechterneutral?

Zum anderen ist auch die Politik zur Förderung von Vereinbarkeit nicht neutral. Unbestritten und im Grundgesetz verankert ist, dass der Staat in der Pflicht ist, Eltern bei der Sorge und Erziehung von Kindern zu unterstützen. Auch wurde mit der Eherechtsreform der 1970er Jahre die »Hausfrauenehe« als Leitbild abgeschafft. Doch ist staatliche Intervention nicht neutral und kann es auch nicht sein. Denn grundsätzlich erbringen Institutionen, zu denen auch öffentliche Politik in Form von Gesetzen und Programmen gehören, eine positive Koordinierungsleistung, indem sie für das Handeln der Adressatinnen und Adressaten eine normative Orientierung anbieten. Auf welche Weise nun der Staat die Verantwortung annimmt oder an die Eltern delegiert, lässt sich nur »zwischen den Zeilen« der Sozialgesetze ablesen. Ein gutes Beispiel hierfür ist das Bundeserziehungsgeldgesetz, das – abgesehen von den zwei Vätermontaten – die geschlechterspezifische Arbeitsteilung begünstigte und nachteilig für Eltern war, die sich die Erziehungsarbeit partnerschaftlich teilten. Diese Schiefelage wurde nun durch das »ElterngeldPlus« behoben. Der Gesetzgeber hat also die Wahl, die Regularien so zu gestalten, dass sie ent-



ULRIKE HAUFFE

Natürliche Geburt stärken: es geht voran

Habt keine Angst, sagte die Yogalehrerin zu den Schwangeren auf ihren Bällen, wir sind dafür gemacht. Unser Körper ist fürs Gebären gemacht. Verhaltenheit bei den Frauen, unsicheres Lächeln, tiefes Seufzen, Skepsis. Ein Kind zu bekommen heißt den Körper machen lassen. Aber »machen lassen«, sich dem eigenen Körper und seinem innersten Wissen zu überlassen, passt schlecht in Zeiten von engster Zeittaktung, Planung und Selbstoptimierung. Schwanger zu sein ist für Frauen heute vielfach vor allem ein Abenteuer: ein Ausflug in eine bis dahin fremde Welt, den sie vielleicht einmal im Leben unternehmen, vielleicht noch ein zweites Mal, seltener mehrfach. Sich seinem Körper zu überlassen, macht heutzutage vor allem Angst – statt dass es Vertrauen schafft. Und viel zu oft haben Frauen keine Chance, nach einer gelungenen natürlichen Geburt zu verstehen: Ja, mein Körper ist dafür gemacht. Weil die Geburt ihres Kindes vielleicht nicht die Zeit bekam, die sie brauchte, weil die Geburt bestimmt war von eingreifenden Maßnahmen, weil am Ende vielleicht ein Kaiserschnitt stand. In den vergangenen 20 Jahren hat sich die Kaiserschnittquote in Deutschland verdoppelt. Dass es hier dringenden Handlungsbedarf gibt, ist inzwischen im politischen Bewusstsein angekommen, und zwar in ganzer Breite. Bei der Konferenz der Frauen- und Gleichstellungsministerinnen und -minister (GFMK), die vor wenigen Wochen in Wiesbaden stattgefunden hat, verabschiedeten alle 16 Bundesländer einen Antrag, der die zu hohen Kaiserschnittquoten hinterfragt und fordert, »Fehlansätze zulasten einer natürlichen Geburt« zu verhindern. Dass also etwas ganz gewaltig schief läuft in der derzeitigen Infrastruktur, in der Kinder zur Welt kommen, ist jetzt endlich Konsens. Dafür haben frauengesundheitspolitische Zusammenschlüsse auf Bundes- und Landesebenen lange gekämpft. Nun geht es weiter.

Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt

In Bremen zum Beispiel ist es dem Gesundheitssenator und mir Anfang vergangenen Jahres gelungen, gemeinsam mit Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen aus Klinik und Praxis, mit Kinderärztinnen und Kinderärzten sowie Krankenkassen das »Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt« zu gründen, als bundesweit erstes seiner Art. Ziel war, gemeinsame Empfehlungen für die Betreuung von Schwangerschaft und Geburt zu erarbeiten, um so den primär gesunden Prozess der Schwangerschaft zu unterstützen, Hindernisse zu analysieren und möglichst zu überwinden. Die Beratung von Frauen und Paaren sollte gestärkt sein, Informationsdefizite so vermindert werden. Klinikorganisation und Versorgungsstruktur sollten unter die Lupe genommen werden, wie sie das Vorgehen von Geburtshelferinnen und Geburtshelfern sowie Hebammen beeinflussen – um hier etwas ändern zu können. Vor kurzem hat das Bündnis seine Arbeit zusammengefasst und insgesamt 26 Empfehlungen ausgesprochen, von einer breiten Kampagne zugunsten der natürlichen Geburt bis hin zu detaillierten Hinweisen in den Beratungs- und Versorgungsabläufen. Entscheidend dabei ist das Miteinander aller Akteurinnen und Akteure, das gemeinsame Wollen trotz häufig entgegenstehender logistischer oder wirtschaftlicher Faktoren.

weder die Adressatinnen und Adressaten der Politik binden, oder ihnen Spielraum zur Aushandlung belassen bleibt. Bis heute, gerade in Deutschland, ist der Staat dabei parteiisch und hält zwar nicht (mehr) direkt, jedoch aber indirekt an der geschlechterspezifischen Arbeitsteilung fest. Das prominenteste Beispiel hierfür ist die Regelung der geringfügig bezahlten Beschäftigung (Minijob), der in den meisten Fällen zur Aufbesserung des Haushaltseinkommens angenommen wird, und wo die eigentliche soziale Sicherung über das Ehegattensplitting und die Mitversicherung in der gesetzlichen Krankenkasse des Ehepartners stattfindet. Dort, wo ernsthafte Reformbemühungen unternommen werden, bleibt das Regelwerk oftmals fragmentiert, Anreize widersprüchlich oder einzelne Maßnahmen unzureichend koordiniert, um faktisch die geschlechtergerechte Arbeitsteilung zu einer gleichwertigen Option zu machen.

Wenn der Staat verpflichtet ist, Elternwerden und -sein zu unterstützen, ist er aus demselben Grund – der Realisierung der in unserer Verfassung festgeschriebenen Grundnormen – dazu verpflichtet, dies auf eine Weise zu tun, dass sowohl Frauen wie Männern die autonome Gestaltung ihres Lebenslaufes weitgehend möglich ist. Der Staat erfüllt seine Aufgabe dann nicht mehr, wenn sich die Menschen vor die Wahl zwischen der Realisierung persönlicher Freiheit und dem Projekt Kinder und Familie gestellt sehen, und auch dann, wenn sich die Wahlmöglichkeiten für Männer und Frauen faktisch unterschiedlich darstellen.

Ausblick

Natürlich lassen sich soziale und kulturell verankerte Verhaltensweisen nur begrenzt politisch steuern, aber Politik lässt sich heute so gestalten, dass Geschlechtereffekte im Vorfeld erkannt und Gegenmaßnahmen ergriffen werden können.

Ein besseres Design von Policies und die konsequente Revision familien- und rechtspolitischer Regelungen, die mit einem modernisierten familienpolitischen Steuerungsauftrag nicht mehr vereinbar sind, sind hierfür gute Ansätze. Die Überarbeitung des Bundeserziehungsgeldgesetzes macht deutlich, dass die Bundesregierung ein verändertes Zusammenleben von jungen Frauen und Männern zur Kenntnis genommen hat und das Bedürfnis sowohl von Müttern und Vätern, Beruf und Familienarbeit partnerschaftlich zu teilen, berücksichtigen möchte. Eine Revision des Steuersplittings, aber auch die konsequente Regulierung aller Beschäftigungsformen stehen hingegen noch aus.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. SILKE BOTHFELD, Leiterin des Internationalen Studiengangs Politikmanagement (ISPM), Fakultät 3, Hochschule Bremen, Neustadtswall 30, 28199 Bremen, E-Mail: silke.bothfeld@hs-bremen.de



Voneinander Lernen

Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF), der das Thema natürliche Geburt und Medikalisierung von Schwangerschaft schon lange bewegt und der dazu einige Materialien herausgegeben hat, regte bei allen Gesundheitsministerinnen und -ministern der Länder die Nachahmung des Bremer Modells und die Gründung eigener Bündnisse zur Förderung einer normalen Geburt an. Die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen hat vor einem Jahr die Einrichtung eines »Runden Tisches Geburtshilfe« beschlossen. Auch andere Bundesländer ließen sich anregen. Bremen ist dafür bekannt, den Fragen der Frauengesundheit ein besonderes Augenmerk zu widmen und insbesondere die Medikalisierung weiblicher Lebensphasen kritisch zu hinterfragen. Bremen war das erste Bundesland, das einen von Hebammen geleiteten Kreißaal installierte (in Bremerhaven) – seine Wirksamkeit, also die deutliche Senkung medizinischer Eingriffe unter der Geburt ist wissenschaftlich belegt, das Modell in etwa 20 anderen Kliniken in Deutschland eingeführt. In Bremen steht ein weiterer Hebammenkreißaal unmittelbar vor seiner Eröffnung.

Weitere Entwicklungen

Auch auf Bundesebene tut sich einiges. Neben dem schon erwähnten GFMK-Beschluss, der deutlich appellative Wirkung hat, steht die natürliche Geburt im Fokus der Arbeit von gesundheitsziele.de. gesundheitsziele.de ist der Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses, in dem sich seit 13 Jahren mehr als 120 Organisationen des deutschen Gesundheitswesens engagieren. Die Plattform bringt gesundheitspolitische Akteurinnen und Akteure zusammen und entwickelt im Konsens konkrete, exemplarische Gesundheitsziele als Empfehlung an die Politik und andere. Beteiligt sind Verantwortliche aus Politik in Bund, Ländern und Kommunen, Selbstverwaltungsorganisationen, Fachverbände, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen und Wissenschaft. Im Rahmen des Gesundheitszieles »Gesund aufwachsen« wurde 2013 eine Untergruppe zur Gesundheit rund um die Geburt eingerichtet, die ihre Ergebnisse in den kommenden Monaten präsentieren wird.

Dass Frauen, aber auch ihre Partner, ihre Mütter, die ihnen Nahestehenden intensiver als bisher über die Chancen einer natürlichen Geburt und die Risiken eines Kaiserschnitts infor-

miert werden müssen, ist inzwischen – behaupte ich – bei allen Verantwortlichen im Gesundheitswesen angekommen. Es war ein langer Weg bis hierher. Und er ist noch nicht zu Ende. Jetzt wird es darum gehen, auf diesen Erkenntnissen fußend Maßnahmen zu entwickeln und Strukturen zu verändern.

Literatur bei der Verfasserin

ULRIKE HAUFFE, Landesfrauenbeauftragte Bremen, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, Knochenhauerstraße 20–25, 28195 Bremen, E-Mail: office@frauen.bremen.de

JULIA BERKIC, FABIENNE BECKER-STOLL

Was brauchen Kinder und Eltern von Anfang an?

Die Beziehung zwischen Eltern und Kind beginnt nicht erst mit der Geburt. Bereits während der Schwangerschaft setzen sich viele Eltern mit den Erwartungen und Vorbereitungen auf die Zeit nach der Geburt auseinander. Wie intensiv das geschieht, hängt mit den Erfahrungen der Eltern in der eigenen Kindheit, partnerschaftlichen und familiären Vorstellungen sowie Erlebnissen während der Schwangerschaft zusammen. Das Wichtigste bei der Vorbereitung auf die Zeit nach der Geburt ist die innere Bereitschaft der Eltern, in ihrem Leben Raum für die zukünftige Familie zu schaffen. Dazu gehört auch, dass sich Eltern ganz konkret darüber unterhalten, wie der Alltag nach der Geburt gestaltet werden soll: Wer macht was bei der Kinderbetreuung? Wer macht was im Haushalt? So können sie vermeiden, dass unausgesprochene Erwartungen in den kommenden Monaten zu Enttäuschungen werden. Andererseits sind auch sachliche Informationen wichtig, um Ungewissheiten aus dem Weg zu räumen: Wo bekomme ich finanzielle Unterstützung? Wie kann ich Hilfe bekommen, wenn ich mein Kind alleine aufziehen möchte? Wann sollte ich mich um eine außerfamiliäre Betreuung kümmern? Neben all diesen organisatorischen Überlegungen ist es besonders wichtig, dass die werdende Mutter darauf achtet, sich möglichst eine Umgebung zu schaffen, die frei ist von vermeidbarem Stress, und lernt, Prioritäten zu setzen: Welche Termine und Aktivitäten tun gut, welche sind vermeidbar? Wie kann man sich kleine Freiräume schaffen? Wann ist Zeit, gedanklich mit meinem Baby in Kontakt zu kommen?

Geburt

Die ersten Stunden nach der Geburt sind für Eltern und Kind eine außergewöhnliche Zeit. Die meisten Neugeborenen sind in den ersten Lebensstunden ungewöhnlich wach und aufmerksam, deutlich mehr als an den folgenden Tagen. Leider ist dieses erste Kennenlernen nach der Geburt für einige Eltern durch äußere Umstände erschwert, wenn das Kind beispielsweise durch einen Kaiserschnitt entbunden wird oder wegen einer Frühgeburt oder Komplikation in ein anderes Krankenhaus verlegt werden muss. Auf die Eltern-Kind-Bindung wirkt sich der fehlende Kontakt direkt nach der Geburt nachgewiesenermaßen nicht bleibend negativ aus. Die Bindung zwischen Kind und Eltern entwickelt sich langsam und stetig. Sie entsteht aufgrund unzähliger Erfahrungen, die Eltern über Monate und Jahre hinweg mit ihrem Kind machen. Das erste Kennenlernen ist dabei nur eine Erfahrung von vielen – wenn auch eine wichtige für das emotionale Wohlbefin-



den. Darüber hinaus haben die werdenden Eltern oft unterschiedliche Vorstellungen darüber, wie eine Geburt ablaufen soll. Entscheidend ist, dass Eltern selbstbestimmt und in Absprache miteinander die Voraussetzungen für einen gewünschten Geburtsverlauf schaffen und trotz alledem flexibel bleiben.

Grundbedürfnisse von Kindern

Kinder brauchen für ihr Gedeihen und ihre Entwicklung neben Nahrung und Pflege die körperliche Nähe und gefühlvolle Zuwendung der Eltern. Zudem haben alle Kinder psychische Grundbedürfnisse nach Bindung, aber auch nach Selbstbestimmung und Kompetenz. Damit es einem Kind gut geht, muss es sich zunächst geborgen fühlen. Dies setzt die Nähe mindestens einer vertrauten Person voraus. Ein Kind kann – insbesondere im ersten Lebensjahr – nicht alleine sein. Es braucht eine vertraute Person, die ihm jederzeit Nähe, Schutz und Hilfe geben kann. Jedes Kind teilt den Eltern mit seinem Verhalten mit, wie viel Nähe und Zuwendung es braucht. Eltern haben angeborene intuitive Kompetenzen die Signale ihres Kindes zu deuten, und werden darin in der Regel mit der Zeit immer besser. Weil es sehr anstrengend sein kann, die Spannung auszuhalten, die ausgelöst wird, wenn man den Grund für Weinen oder Schreien nicht kennt, ist es nötig, dass sich Eltern hierbei abwechseln und gegebenenfalls Hilfe bei einer Beratungsstelle oder Schreiambulanz suchen.

Feinfühliges Verhalten als Voraussetzung für eine sichere Bindung

Kinder sind viele Jahre auf die Fürsorge der Eltern und anderer Bezugspersonen angewiesen. Feinfühligkeit bedeutet dabei, die überwiegende Mehrheit der Signale eines Kindes wahrzunehmen, sie richtig zu deuten und sie prompt und angemessen zu beantworten. Säuglinge haben noch eine sehr geringe Aufmerksamkeitsspanne, deshalb ist es wichtig, dass die Antwort auf seine Signale relativ schnell geschieht. Andernfalls versteht der Säugling nicht, dass beispielsweise das Trösten die Antwort auf sein Weinen ist – und diese Erfahrung der eigenen Wirksamkeit bleibt aus. Feinfühligkeit bedeutet aber nicht, perfekt zu sein oder keine Fehler zu machen. Wenn es Eltern gelingt, feinfühlig über die ersten Lebensmonate hinweg mit ihrem Kind zu interagieren, werden sie zum »sicheren

Hafen« für dieses Kind, in den man bei Belastung »einlaufen« kann. Sie werden aber auch zur »sicheren Basis«, von der aus man bei Wohlbefinden die Welt erkunden kann.

Kindliches Bindungsverhalten

Als kindliches Bindungsverhalten werden Verhaltensweisen bezeichnet, die dazu dienen, die Nähe zu einer bevorzugten Bindungsperson herzustellen oder aufrechtzuerhalten, um dort Sicherheit und Geborgenheit zu finden. Dazu zählen Verhaltensweisen wie Weinen, Rufen, Anklammern und zur Bindungsperson hin krabbeln. Es wird immer dann gezeigt, wenn das Kind sich unwohl fühlt oder Angst hat. Welche Umstände dem Kind Angst machen, hängt vom Alter des Kindes, aber auch von dessen Persönlichkeit und Temperament ab. Während das eine Kind beispielsweise seelenruhig bei laufender Musik schläft, erschreckt ein anderes bereits beim lauten Bellen eines Hundes in weiter Entfernung. In jedem Fall braucht der Säugling dann die Nähe einer Bindungsperson.

Bindung und Selbstständigkeit gehören zusammen

Kinder können besonders gut die Umwelt erkunden und sich auf Neues einlassen, wenn sie sich in ihrem Bedürfnis nach Bindung sicher fühlen. Ohne sichere Bindung ist die Fähigkeit zur Erkundung der Welt, zur Entwicklung von Selbstständigkeit und Autonomie eingeschränkt. Eine sichere Bindung ist also die Voraussetzung für spätere Unabhängigkeit und nicht ein Ausdruck von Abhängigkeit oder Unselbstständigkeit. Ein Kind, welches in den ersten Lebensmonaten und -jahren die Erfahrung gemacht hat, dass kontinuierlich und verlässlich auf seine Bedürfnisse eingegangen wird, verhält sich später selbstbewusster, neugieriger und ist zufriedener.

Literatur bei den Autorinnen

DR. JULIA BERKIC UND PROF. DR. FABIENNE BECKER-STOLL,
Staatsinstitut für Frühpädagogik, München, Tel.: (0 89) 9 98 25-19 00,
E-Mail: fabienne.becker-stoll@ifp.bayern.de

HANS-GEORG NELLES

Vater werden und Partner bleiben – Aushandlungsprozesse vor und nach einer Geburt

Vaterschaft verändert alles, nicht nur im Leben eines Mannes. Diese an sich triviale Aussage verweist auf die Großartigkeit des Ereignisses einer Geburt und die Komplexität der Wirkungen, die von ihr ausgehen. Sie zeigt aber auch auf die Fülle von Möglichkeiten, die diejenigen haben, die die werdenden Väter und Mütter auf diesem Weg begleiten.

Im Mittelpunkt steht dabei sicherlich die Geburt selbst. In Deutschland sind inzwischen weit mehr als 90% der werdenden Väter bei der Geburt dabei und ihre Vorbereitung auf dieses Ereignis kommt auch der gebärenden Frau zugute. Studien zeigen, dass ein Mann, der seine Rolle während der Geburt kennt und versteht, was dort geschieht, besser vor übermäßigem Stress geschützt ist und seltener Gefahr läuft, den Geburtsprozess negativ zu beeinflussen. Wird er zudem vom geburtshilflichen Team als unmittelbar Beteiligter des gesamten Geburtsgeschehens wahrgenommen, als Person mit eigenen Bedürfnissen und einem eigenen Erleben, sind das weitere Voraussetzungen für eine störungsarme Geburt.



Neben dieser unmittelbar auf die Geburt bezogenen Vorbereitung beschäftigen sich Väter mit weiteren Fragen rund um dieses Erlebnis:

- » Welche Bedeutung habe ich als Vater für die Entwicklung des Kindes?
- » Wie kann ich meine Vaterkompetenzen entfalten?
- » Wie entwickelt sich das Verhältnis zu meiner Partnerin, wenn sie auch Mutter ist?
- » Was ist mit dem Sex in der Schwangerschaft und nach der Geburt?
- » Wie kann es gelingen, dass wir auch als Vater und Mutter die Verantwortung für die finanzielle Versorgung der Familie und die dort anfallenden Care-Aufgaben partnerschaftlich aufteilen?

Herausforderungen für (werdende) Väter

Diese und weitere Fragen stellen sich werdende Väter und viele möchten sie am liebsten im Kreise anderer Männer, die sich in der gleichen Situation befinden, besprechen. Im Rahmen der herkömmlichen, auf die werdende Mutter ausgerichteten Geburtsvorbereitungskurse macht es daher Sinn, den Vätern an einem Termin die Gelegenheit zu geben, sich mit fachkundiger Begleitung mit diesen Fragen zu beschäftigen und Antworten zu finden. In zahlreichen Städten bieten Männer- und Väterinitiativen schon Geburtsvorbereitungskurse für werdende Väter an. Vorreiter sind dabei der Papaladen in Berlin und der Väter e. V. in Hamburg.

Dass Väter für die Entwicklung von Kindern eine eigenständige Bedeutung haben, ist in der Wissenschaft inzwischen unbestritten, im Alltag lassen sie sich aber allzu oft auf die »familienfernen« Aufgaben verweisen und fühlen sich für die finanzielle Versorgung der Familie verantwortlich. Die zeitliche Beanspruchung durch die berufliche Tätigkeit erweckt dann in Kindertagesstätten und Schulen oft den Eindruck, die Väter wollten sich ja gar nicht beteiligen. Das Gegenteil ist aber der Fall. Männer machen sich die Entscheidung, Vater zu werden, heute nicht leicht. Wenn sie es dann werden, häufig im Alter jenseits der 35 Jahre, möchten sie die Entwicklung der Kinder auch miterleben und nicht nur finanzieren.

Chancen und Grenzen neuer Vaterrollen

Bei Befragungen äußern regelmäßig mehr als 60% der Mütter und Väter, dass sie eine partnerschaftliche Aufgabenteilung in der Familie bevorzugen, aber weniger als 15% leben dieses

Modell. Zu dieser traditionellen, den Wünschen junger Eltern widersprechenden Arbeitsteilung tragen Rahmenbedingungen wie fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten und einer auf Frauen und Mütter ausgerichteten Vereinbarkeitskultur in Unternehmen sowie sicherlich auch Vorstellungen wie »es ist für das Kind das Beste, wenn sich die Mutter darum kümmert« bei.

Nichtsdestotrotz bieten die Partnermonate den Vätern die Möglichkeit, sich mindestens zwei Monate lang auf die neue Familiensituation und das Kind einzulassen und zu erfahren, dass sich ihre Kompetenzen im Umgang mit dem Kind in dem Maße entwickeln, wie sie sich auf das Kind einlassen. Ob sie dies tun, hängt wiederum unmittelbar von dem Zutrauen und Zulassen ihrer Partnerin ab.

Gestaltung von Familie und Partnerschaft

Mit den gerade beschlossenen Regelungen des Elterngeld-Plus haben Väter und Mütter jetzt die Chance, diese Wünsche der Wirklichkeit anzunähern. In den ersten 28 Monaten nach der Geburt können neue Arbeitszeiten und Aufgabenteilungen erprobt und wichtige Erfahrungen im familiären und betrieblichen Kontext gemacht werden. Damit dies gelingt, müssen sich werdende Väter und Mütter, und das ist nichts Neues, am besten lange vor der Geburt des Kindes darüber einigen, wie sie sich Erwerbs- und Familienarbeit mit dem Kind aufteilen möchten. Dies umfasst, wer wann in welchem Umfang wieder für die finanzielle Absicherung der Familie verantwortlich ist und wer zuhause die Verantwortung übernimmt. Dementsprechend können dann die neuen Varianten des ElterngeldPlus genutzt werden.

Da es für diese Aushandlungsprozesse in der Regel keine Vorbilder in der eigenen Familie gibt, brauchen Väter (und Mütter) Informationen über ihre Möglichkeiten und Unterstützung dabei, diese auch in Anspruch zu nehmen. Die Komplexität von gemeinsamer Berufstätigkeit bei unzureichenden Kinderbetreuungsangeboten ist groß. Der vermeintlich einfachere Weg, dass einer, zumindest in den ersten Jahren, zuhause bleibt, die »temporäre Teilretraditionalisierung« ist eine Scheinlösung. Sie führt in der Regel dazu, dass sich die beruflichen Entwicklungs- und Verdienstmöglichkeiten von Vater und Mutter, die vor der Geburt des ersten Kindes nahe beieinander lagen, immer weiter voneinander entfernen und es bei einem zweiten Kind überhaupt keine Wahlmöglichkeiten mehr gibt.

Das Auseinanderdriften der Erfahrungswelten kann dann zu einer kontinuierlich abnehmenden Partnerschaftsqualität führen, die für die Väter den eigentlichen Motor zum familiären Engagement darstellt. Die Unzufriedenheit kann zu einem abnehmenden Engagement ihrerseits führen, was natürlich seitens der Partnerin ebenfalls mit einem steigenden Konfliktpotenzial einhergehen kann.

Es ist in der Tat im Vorfeld schwer vorstellbar, wie das Leben nach der Geburt eines Kindes im Alltag verläuft, diese Zusammenhänge sind aber stark evident. Eine Geburtsvor- und -nachbereitung, die Väter und Mütter auf mögliche Konsequenzen auch einvernehmlich getroffener Entscheidungen hinweist und ihnen die Möglichkeit gibt, diese auch zu berücksichtigen, ist dabei nachhaltig positiv wirksam. Gerade auch im Sinne der Kinder.

Literatur beim Verfasser

HANS-GEORG NELLES, stellvertretender Vorsitzender des »Bundesforum Männer«, E-Mail: nelles@vaeter-und-karriere.de, www.vaeterblog.de

PETRA THORN

Reproduktives Reisen – Chancen und Risiken

Immer mehr Paare reisen ins Ausland, um eine reproduktionsmedizinische Behandlung durchzuführen, die in Deutschland unter Strafe steht. Dieser Beitrag zum reproduktiven Reisen bezieht sich vor allem auf die bei uns unter Verbot stehenden Behandlungen mit Eizellspende und Leihmutterschaft.

Zahlen und Daten

In den letzten Jahren hat meiner klinischen Erfahrung nach die Anzahl von Paaren, die eine in Deutschland unter Strafe stehende Behandlung im Ausland anstreben, deutlich zugenommen. Die Erweiterung der EU, leichte Möglichkeiten, über das Internet Informationen zu beziehen, und letztendlich kostengünstige Reisemöglichkeiten, haben diese Entwicklung gefördert. Basierend auf der Hochrechnung einer Pilotstudie reisen innerhalb von Europa rund 11.000 bis 14.000 Paare jährlich ins Ausland, um rund 24.000 bis 30.000 Behandlungszyklen, überwiegend eine Eizellspende, durchzuführen. Darunter sind bis zu 2.000 Paare aus Deutschland. Bezogen auf das Jahr 2008, in dem diese Zahlen erhoben wurden, stellen dies circa 8 % der Behandlungszyklen dar, die in Deutschland durchgeführt wurden.

Entscheidungswege

Die meisten Paare, die sich für eine Eizellspende entscheiden, mussten die Erfahrung erfolgloser Behandlungen im Inland machen. Bei manchen liegt zunächst zum Beispiel eine Fruchtbarkeitseinschränkung des Mannes oder der Frau vor. In wenigen Fällen wird bei jungen Frauen, teils bereits mit Anfang 20, eine frühzeitige Menopause diagnostiziert. Die Anzahl deutscher Paare, die eine Leihmutterschaft in Erwägung zieht, ist wahrscheinlich klein. Auch hier fehlen verlässliche Zahlen. Die Gründe hierfür sind die Unmöglichkeit, eine Schwangerschaft auszutragen, oder zu erwartende, gefährliche Komplikationen während einer Schwangerschaft oder Geburt. Hinzu kommt eine wahrscheinlich sehr überschaubare Zahl schwuler Paare, die ihren Kinderwunsch per Eizellspende und Leihmutterschaft umsetzt.

Für fast alle Paare ist die Entscheidung zu einer Eizellspende oder Leihmutterschaft mit vielen Unsicherheiten und Fragen verbunden. Sie lassen ihren Wunsch nach einem Kind, das mit beiden Elternteilen biologisch verbunden ist, hinter sich, lassen sich auf ein Gesundheitssystem in einem fremden Land ein, unterzeichnen Verträge, die nicht immer ausführlich alle Fragestellungen der Behandlungen erfassen, und überlassen den ausländischen Kliniken beziehungsweise Agenturen die Auswahl der Spenderin und/oder Leihmutter. Viele beschreiben dies als größtmöglichen Kontrollverlust im Rahmen ihres Kinderwunsches.

Folgen für das Kind und die Familie

Für Wunscheltern entsteht bei einer Behandlung im Ausland zunächst die Frage, mit wem sie in ihrem sozialen Umfeld darüber sprechen können oder ob sie die Behandlung geheim halten sollen. Weiterhin müssen sie entscheiden, ob sie das Kind aufklären und wie sie gegebenenfalls mit Fragen des Kindes nach der Spenderin oder der Leihmutter umgehen. Studien zeigen auf, dass Kinder durchaus neugierig sind und



einige als junge Erwachsene die Samenspende und Eizellspenderin kennenlernen möchten. Problematisch ist dies, wenn die Kinder in einem Land gezeugt wurden, in dem Spenderinnen und Spendern Anonymität zugesichert wird.

Folgen für Eizellspenderinnen und Leihmütter

Obwohl die Eizellspende und die Leihmutterschaft bereits seit Anfang der 1980er Jahre durchgeführt wird, sind Studien, die sich mit den langfristigen Folgen für diese Frauen auseinandersetzen, noch nicht vorhanden. Wir wissen somit nicht, was es für sie selbst oder für ihre Partner bedeutet, dass sie zur Geburt von Kindern beigetragen haben, die im Ausland leben. Es ist noch nicht einmal bekannt, ob sie darüber informiert werden, dass die Wunscheltern im Ausland leben. Hinzu kommen Fragen der Kommerzialisierung und der möglichen Ausbeutung von Frauen. Hierzu trägt das häufig, aber nicht immer vorhandene finanzielle Gefälle zwischen dem Herkunftsland der Wunscheltern und dem Behandlungsland bei, aber auch die Tatsache, dass Kliniken und Agenturen, die Behandlungen vermitteln, vorbereiten und durchführen, selbstverständlich auch Kosten in Rechnung stellen – zum Teil deutlich höhere als Spenderinnen oder Leihmütter an finanzieller Kompensation erhalten.

Standards

Aufgrund unterschiedlicher kultureller und sozialer Wertevorstellungen ist es unwahrscheinlich, dass welt- oder europaweit gesetzliche Regelungen vereinheitlicht werden. Daher schlugen Thorn et al. (2012) Minimalstandards vor, die freiwillig eingehalten werden können. Hierzu gehören unter anderem das Recht von Kindern, nach Eizell-, Samen- oder Embryonenspende ihre biologischen Wurzeln zu kennen, und eine entsprechende Dokumentation dieser Daten, die Minimierung medizinischer Risiken für Spenderinnen und Leihmütter sowie umfassende Aufklärung über mögliche Risiken, eine breite öffentliche Diskussion, was eine »angemessene finanzielle Kompensation« für diese Parteien darstellt sowie eine psychosoziale Beratung für alle Beteiligten vor dem medizinischen Eingriff.

Für die psychosoziale Beratung von Paaren wurden von der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung Leitlinien entwickelt, auf die sich Fachkräfte stützen können. Diese Leitlinien sehen vor, dass die Beratung vor der medizinischen Behandlung stattfindet und die Wunscheltern sich mit allen Folgen auseinandersetzen. Hierzu gehören unter anderem



das Wissen um die gesetzlichen Regelungen des Behandlungslandes zur Anonymität der Spenderinnen und Spender und das Auskunftsrecht der Kinder, die Auseinandersetzung mit sozialer und biologischer Elternschaft, die Frage, ob und wie das soziale Umfeld und das Kind aufgeklärt werden können, welches ein für das Kind aus entwicklungspsychologischer Sicht hilfreicher Umgang der Eltern mit der Zeugungsart darstellen kann und wie sich Kinder mit ihrem bi-nationalen Hintergrund auseinandersetzen. Die Leitlinien für die Beratung finden Sie auf www.bkid.de unter »Leit- und Richtlinien«.

Literatur bei der Verfasserin

DR. PETRA THORN, Langener Straße 37, 64546 Mörfelden, Tel.: (0 61 05) 2 26 29, E-Mail: mail@pthorn.de

KATRIN VAN DER VEN

Späte Elternschaft aus medizinischer Perspektive

Deutschland zählt seit Jahrzehnten zu den Ländern mit den niedrigsten Geburtenziffern. Frauen in Deutschland werden immer später Mütter, das durchschnittliche Alter bei Geburt des ersten Kindes lag im Jahr 2010 bei 28,8 Jahren. Seit 2003 liegt die Geburtenrate für Frauen unter 30 Jahren (38% im Jahr 2010) unter der von Frauen über 30 Jahren (52% im Jahr 2010). Das Phänomen der aufgeschobenen und später im Lebenslauf nachgeholtten Familiengründung, das Männer gleichermaßen betrifft, haben Demografieexpertinnen und -experten für alle Industrieländer beschrieben. Angesichts dieser soziokulturellen Entwicklung sieht sich auch die Medizin mit neuen Fragestellungen konfrontiert, vor allem im Hinblick auf eine Kompensation der geringeren Fruchtbarkeit älterer Mütter und die gesundheitliche Prognose für Mutter und Kind bei einer späten Schwangerschaft.

Weibliche biologische Einflussfaktoren

Die maximale Zahl von etwa 7 Millionen weiblichen Keimzellen wird im pränatalen Leben etwa in der 15. Schwangerschaftswoche erreicht. Schon im vorgeburtlichen Leben setzt ein

kontinuierlicher Kreislauf von Follikelwachstum und -rückbildung ein, der zu einer exponentiellen Reduktion der Eizellzahl führt und sich nach der Geburt im Lebensverlauf fortsetzt. Erst nach Einsetzen der Pubertät kommen Follikel unter hormonellem Einfluss zum Eisprung und setzen eine befruchtungsfähige Eizelle frei. Die Menopause tritt ein, wenn das vorgeburtlich angelegte Eizellreservoir erschöpft ist. Viele demografische und epidemiologische Studien belegen eine Abnahme der natürlichen weiblichen Fruchtbarkeit schon ab Mitte Dreißig vor allem durch eine altersabhängige Zunahme von chromosomalen Veränderungen. Auch das Risiko eines Abortes steigt dadurch altersabhängig an.

Männliche biologische Einflussfaktoren

Es besteht derzeit kein wissenschaftlicher Konsens bezüglich eines Einflusses des Alters auf die männliche Fruchtbarkeit. Der Bestand an Samenzellen wird zeitlebens regeneriert, und im Gegensatz zu den altersbedingten Veränderungen in Eizellen gibt es keine eindeutigen Hinweise auf einen Einfluss des väterlichen Alters auf die Rate fetaler Genmutationen. Jedoch kommt es bei älteren Vätern häufiger zu Spontanmutationen in Spermien, wodurch sich in der Folge das Erkrankungsrisiko für einige erbliche Erkrankungen erhöht.

Medizinische Interventionen

Kausale Therapieansätze zur Kompensation des altersabhängigen Verlustes der weiblichen Fruchtbarkeit bzw. der Eizellqualität sind derzeit außer Reichweite. Der Einsatz assistierter reproduktionsmedizinischer Techniken erzielt zwar Lebendgeburtenraten, die denen bei erhaltener natürlicher Fruchtbarkeit gleichkommen, kann aber nicht den individuellen altersbedingten Fertilitätsverlust kompensieren. Neben der Nutzung von Eizellspenden haben sich hauptsächlich zwei Strategien etabliert, um individuelle Schwangerschaftschancen zu erhalten beziehungsweise altersbedingte Einbußen zu kompensieren.

Aneuploidiescreening

Dieses Verfahren, das im Rahmen von künstlichen Befruchtungen erfolgt, umfasst je nach nationaler Gesetzeslage die Entnahme und genetische Untersuchung der Polkörper der Eizelle oder von Teilen des Embryos. Ziel ist jeweils die Identifikation und Selektion chromosomal normaler Eizellen oder Embryonen. Valide Daten liegen zu den unterschiedlichen Verfahren bisher noch nicht vor. Derzeit kann keine Methode des Aneuploidiescreenings eine Steigerung der Lebendgeburtenraten sicher garantieren. Die reduzierte Eizellzahl älterer Patientinnen limitiert zudem häufig die Anwendung der Verfahren.

Social Freezing

Die sogenannte Kryokonservierung – also das Einfrieren unbefruchteter Eizellen zur potenziellen späteren Nutzung – ist erst in jüngerer Zeit zu einer Option für Patientinnen geworden. Sie ermöglicht Befruchtungs- und Schwangerschaftsraten, die denen bei Einsatz frischer Eizellen im Rahmen der assistierten Reproduktion gleichzusetzen sind. Auch die geburts- und peripartalen Risiken scheinen bei Schwangerschaften aus eingefrorenen im Vergleich zu frischen Eizellen nicht erhöht zu sein. Zu beiden Fragestellungen muss die Datenbasis jedoch noch signifikant vergrößert werden. Social freezing sollte idealerweise in Zeiten höchster Fruchtbarkeit, das heißt vor dem dreißigsten Lebensjahr erfolgen. Die Mehr-



zahl der Patientinnen erwägt diese Maßnahme derzeit aber erst in einem späteren Alter, was den individuellen Nutzen des Verfahrens in Frage stellt.

Gesundheitliche Konsequenzen einer späten Schwangerschaft

Ein erhöhtes schwangerschaftsassoziertes Risiko ist ab 30–34 Jahren nachweisbar. Studien an Schwangeren über 45 Jahre dokumentieren einheitlich erhöhte Risiken für Bluthochdruck, Schwangerschaftsdiabetes, die sogenannte Präeklampsie (eine Kombination aus Bluthochdruck und zu viel Eiweiß im Urin), Blutungen in der Spätschwangerschaft, niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburtlichkeit und Totgeburten. In industrialisierten Ländern liegt die absolute Rate an perinatalen Todesfällen in dieser extremen Patientengruppe bei etwa 10 Fällen pro 1.000 Geburten. Einer Beratung bereits vor der Befruchtung und Schwangerenvorsorge kommt hier besonderes Gewicht zu.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. KATRIN VAN DER VEN, Universitätsklinikum Bonn, Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Sigmund-Freud-Straße 25, 53105 Bonn, E-Mail: katrin.van_der_ven@ukb.uni-bonn.de

SILJA SAMERSKI

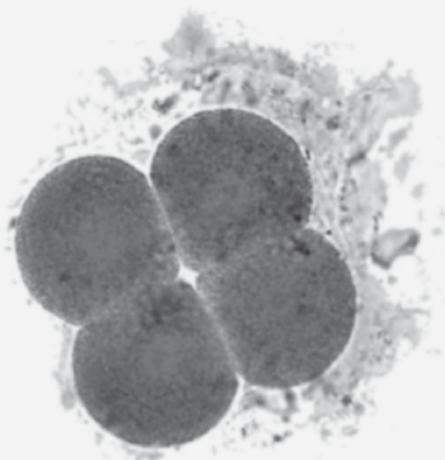
Das Wunder des Neubeginns und die Entscheidungswänge der Pränataldiagnostik

Meine Mutter ging vor über vierzig Jahren risikolos mit mir schwanger. Keine Ärztin und kein Arzt hat ihr das attestiert: Sogenannte »persönliche Risiken«, die Patientinnen haben können, wie einen eitrigen Zahn oder eine Blinddarmentzündung, gab es damals in der ärztlichen Praxis noch nicht. Heute dagegen steht jede Schwangerschaft im Schatten des Risikos. Alles, was ein Neugeborenes statistisch gesehen haben könnte, vom offenen Rücken bis zum Down-Syndrom, wird der Schwangeren als ein beängstigendes Risiko attestiert. Etwa

drei Viertel aller Schwangerschaften landen daher in der Schublade »risikoschwanger« – obwohl meistens weder der werdenden Mutter noch dem kommenden Kind etwas fehlt. Um die Risiken »abzuklären«, wie es im medizinischen Fachjargon heißt, bieten Medizinerinnen und Mediziner den Schwangeren zahlreiche Tests an: Mehrfacher Ultraschall ist Routine; Nackenfaltenmessung und Ersttrimester-Test zur Risikoabschätzung von Chromosomenanomalien etablieren sich als Reihenuntersuchungen; und etwa jedes 12. Kind ist vor seiner Geburt bereits durch eine Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenbiopsie genetisch examiniert worden. Seit Kurzem ist auch der sogenannte Bluttest auf dem Markt, der verspricht, mit hoher Wahrscheinlichkeit eine kindliche Chromosomenveränderung im Blut der Mutter nachzuweisen. In Zukunft, so die Vision der Pränataldiagnostik, soll dieser Bluttest den umfassenden genetischen Checkup des Ungeborenen ermöglichen – ohne jegliches Eingriffsrisiko.

Die Entscheidungsfalle

Die vorgeburtlichen Tests stellen einen Patienten her, dem nicht zu helfen ist. Er kann in aller Regel nicht geheilt, sondern nur abgetrieben werden. Die Entscheidung darüber, welche Menschen auf die Welt kommen sollen und welche nicht, unterterminiert jedoch den ärztlichen Heilauftrag. Gesetzgeber, Politikerinnen und Politiker, Ethikerinnen und Ethiker sowie Beraterinnen und Berater pochen deshalb auf die »selbstbestimmte Entscheidung« der Schwangeren. In der Praxis ist die Wahlfreiheit jedoch gering. Die medizinische Schwangerenbetreuung stellt die Weichen so, dass der vorgeburtliche Check-up samt eventuellem Schwangerschaftsabbruch geradezu vorprogrammiert ist. Viele Schwangere haben daher das Gefühl, etwas entscheiden zu müssen, was letztlich schon entschieden ist. »Die Pränataldiagnostik lässt für alle Beteiligten kaum noch Entscheidungsspielräume zu«, resümiert Annegret Braun, Leiterin einer unabhängigen Schwangerenberatungsstelle. Psychosoziale Beratungsangebote sollen Schwangere dazu befähigen, sich ein Stückchen der verlorenen Entscheidungsfreiheit zurückzuerobern. Doch auch diese Beratungen laufen in diesem »etablierten System Gefahr, lediglich für den reibungslosen Ablauf zu sorgen« (Braun). Haben sich die Schwangeren erst einmal auf einen Test eingelassen, dann gibt es kein Zurück mehr. Sobald der Befund nicht das erhoffte »grüne Licht« gibt, geraten sie in eine Kaskade von weiteren Untersuchungen und Maßnahmen, an deren Ende meist der Schwangerschaftsabbruch steht. Im Routineultraschall wird eine sogenannte »Auffälligkeit« gefunden, die vielleicht gar nichts zu bedeuten hat; oder der Ersttrimester-Test resultiert in statistischen Werten, die höher sind als erwartet – eine Wahrscheinlichkeit für ein Kind mit Down-Syndrom von 1:275 statt 1:750. Über das kommende Kind sagt eine derartige Zahl nichts. Solche Ergebnisse verwandeln die »gute Hoffnung« jedoch jäh in »schlechte Erwartung«. Weitere Checkups, der Feinultraschall oder die Fruchtwasseruntersuchung sollen dann »Sicherheit« bringen. Die Gesundheit des kommenden Kindes können sie jedoch auch nicht garantieren und die Angst daher auch nicht ausräumen. Wird tatsächlich eine Anomalie festgestellt, so stellt sie das Kommen des Kindes zur Disposition: Anhand der Testbefunde und Risikoberechnungen müssen die Schwangeren entscheiden, ob sie es bekommen wollen oder nicht. Sie sollen, wie es Barbara Duden pointiert formuliert hat, ihr Kind »fast wie ein Aktienpaket« behandeln, »das je nach Wachstumschancen gehalten oder abgesetzt werden soll« (Duden,



ungsmodell keine Unterstützung. Dazu trugen die allgemeine gesellschaftliche Fortschritts- und Technikgläubigkeit ebenso bei, wie eine fehlende Sozialmedizin. Im Konzept der seit 1980 ausgebildeten Familienhebammen wurde erstmals wieder ein Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und der Gesundheit von Mutter und Kind berücksichtigt.

Auch heute ist der Kreißsaal Hauptentbindungsort. Etwa 1,5 % der werdenden Eltern entscheiden sich jedoch für eine Geburt außerhalb der Klinik – zwei Drittel für die seit 1987 bestehenden Geburtshäuser und ein Drittel für eine Hausgeburt. In jüngerer Zeit ist auch der hebammengeleitete Kreißsaal eine Option, wo komplikationslose Geburten in der Klinik ausschließlich von Hebammen betreut werden.

Abwicklung niedergelassener Hebammen durch die Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitische Weichenstellungen für den Hebammenberuf wurden in der Bundesrepublik insbesondere in den 1960er Jahren gestellt. Durch einen generellen Bedeutungsverlust des öffentlichen Gesundheitswesens wurde Gesundheitsvorsorge in die Sozialversicherung eingegliedert. Die erste Regelleistung der Krankenkassen war die Schwangerenvorsorge im Jahr 1965. Da das Bundesarbeitsministerium mit seinen Selbstverwaltungsorganen die größere Durchsetzungsfähigkeit gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium besaß, über die Gelder der Krankenversicherung verfügte und die Ärzteverbände hier die Gesundheitspolitik gestalteten, wurde die Schwangerenvorsorge zur Leistung der niedergelassenen Kassenärztinnen und -ärzte. Maßnahmen für eine Stärkung des Hebammenberufs unterblieben.

Die Hebammenberufsorganisation war und ist auch heute – in Gebührenverhandlungen oder haftungsrechtlichen Fragen – nur ein schwacher Verhandlungspartner. Erst 1972 bekamen Hebammen mit der Geburtsvorbereitung ein modernes Tätigkeitsfeld außerhalb der Klinik zugesprochen, das an die Bedürfnisse »moderner« Frauen andockte. Die Hebammen vorbehaltene Wochenbettbetreuung war hingegen ein gesundheitspolitisch vernachlässigter Tätigkeitsbereich, der erst in den 1980er Jahren wieder an Bedeutung zunahm. Heute erfährt die Familienhebamme, die mit einer Zusatzqualifikation vulnerable Familien über die Regelversorgung nach SGB V hinaus betreut, sowie die Schwangerenvorsorge durch Hebammen eine steigende Bedeutung. Eine weitere neue Entwicklung ist die Akademisierung des Hebammenberufs seit dem Jahr 2008.

Fazit

Noch heute prägen die in den 1960er Jahren getroffenen gesundheitspolitischen Entscheidungen den Hebammenberuf sowie die gesellschaftliche Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt. Die Ressourcen von Hebammen – im Sinne einer gesundheitsfördernden, frauen- und familienfreundlichen Geburtshilfe – bleiben heute weit hinter dem Potenzial der Berufsgruppe zurück.

Literatur bei der Verfasserin

DR. MARION SCHUMANN, Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Verbund Hebammenforschung, Barbarastraße 24, 49076 Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 69 36 83, E-Mail: ma.schumann@hs-osnabrueck.de

GISELA NOTZ

Kinder kriegen! Reproduktion unter dem Einfluss normativer Vorgaben

Reproduktion steht unter dem Druck vieler normativer Erwartungen. Da ist als erstes die Erwartung der Bevölkerungspolitik zu nennen, dass die Bevölkerung nicht abnehmen dürfe: »2,1 Kinder müsste jede Frau bekommen, wenn die nächste Generation genauso groß sein soll, wie die vorherige«, schrieb »Die Welt« 2011 in einem Kommentar mit dem Titel: »Deutschland stirbt aus.« De facto brachten Frauen in diesem Jahr jedoch durchschnittlich nur 1,36 Kinder zur Welt. Daher sei zu beklagen, dass Deutschland rapide »schrumpft und altert«. Alle familienpolitischen Maßnahmen der vergangenen Jahre hätten daran nichts geändert. Deutschland investiere viel in familienpolitische Maßnahmen: Kindergeld, Ehegattensplitting, der Rechtsanspruch auf Betreuungsplätze, Betreuungsgeld und das Elterngeld. Insgesamt gibt es aktuell gut 160 Maßnahmen, die für eine höhere Geburtenrate einerseits und eine bessere Integration von Eltern auf dem Arbeitsmarkt andererseits sorgen sollen – der Erfolg ist bislang weitgehend ausgeblieben.

Rückblick – die Rolle des § 218

Auch die Tatsache, dass im § 218 Abtreibung strafrechtlich verboten, aber unter bestimmten Bedingungen geduldet ist, ist eine normative Setzung, die etwas mit den Frauen macht. Sowohl innerhalb der Diskussionen der ersten alten Frauenbewegungen um die Jahrhundertwende, als auch später innerhalb der neuen Frauenbewegungen der 1970er Jahre wurde der § 218 als ein Teil der Unterdrückung der Frauen verstanden: Er verhindert, dass Frauen über Kinderwunsch und Schwangerschaft – also über ihren eigenen Körper – selbst bestimmen können. Den aus dem Jahre 1871 stammenden Paragrafen nahm die Frauenbewegung als furchtbares Unrecht wahr, und zwar unabhängig davon, ob Frauen persönliche Erfahrung mit Schwangerschaft und / oder Abtreibung gemacht hatten oder nicht. Feministinnen waren und sind der Meinung, dass jedes Kind das Recht hat, ein Wunschkind zu sein. Frauen müssen sich selbst entscheiden können, ob und zu welchem Zeitpunkt sie ein Kind möchten oder nicht. Diese Position ist kinderfreundlicher als die Position der Abtreibungsgegnerinnen und -gegner, dass jedes Kind ausgetragen werden muss, egal unter welchen Bedingungen.

Kirche und »Lebensschützer« als normative Kräfte

Der prominenteste Abtreibungsgegner ist der jeweilige Papst. Papst Johannes Paul der II. bezeichnete in einem offenen Brief an die Frauen anlässlich der UN-Welt-Frauen-Konferenz 1995 in Peking diejenigen Frauen als »die wahren Heldinnen der Gesellschaft«, die »mit heroischer Liebe eine Schwangerschaft austragen, die aus Unrecht entstanden und ihr durch eine gewalttätige sexuelle Beziehung aufgezwungen worden ist«.

Das war vor beinahe 20 Jahren. Aber auch heute sprechen selbsternannte »Lebensschützer« Frauen das Recht auf eine eigene Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft ab und verleumden diejenigen, die sich für Frauenrechte einsetzen. Konfessionell und politisch unabhängige Schwangerschaftsberatungsstellen und medizinische Zentren, die sich für einen unverkrampften Umgang mit Sexualität und Schwangerschaft einsetzen, und eine schonende, professionelle und wohnortnahe Versorgung gewährleisten, haben seit ihrem Bestehen immer wieder gegen Abtreibungsgegner zu kämpfen und werden der Beihilfe zur Kindstötung beschuldigt. Abtreibungsgegner schrecken auch nicht davor zurück, medizinische Zentren als »Tötungszentren« zu bezeichnen und Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, als »Mörderinnen« zu diffamieren. Diese Art des Umgangs mit Frauen hat aus meiner Sicht nichts mit Lebensschutz zu tun. Das ist Psychoterror, der die Frauen entmündigt, Macht über ihren Körper ausübt und das Menschenrecht auf Selbstbestimmung mit Füßen tritt.

Auch die jährlichen »Märsche für das Leben« werden durch Grußworte von Vertreterinnen und Vertretern von Verbänden, der Amtskirchen und von hochrangigen Politikerinnen und Politikern begleitet. Die Liste ist lang. Der ranghöchste Unterstützer war auch im September 2014 der Papst, diesmal Franziskus. Er dankte den Teilnehmenden des Marsches »für ihren tatkräftigen Einsatz für den Schutz des Lebens von seinem Anfang bis zum natürlichen Ende«. Denn nur Gott alleine

könne über Leben und Tod bestimmen, nicht der Mensch. Gott muss sich jedoch nicht mit den Umständen noch den Folgen einer ungewollten Schwangerschaft auseinandersetzen.

In der ganzen Debatte wird moralisch, ideologisch und im »christlichen Sinn« argumentiert. Je restriktiver die Gesetze sind, desto mehr wird Abtreibung zur sozialen und ökonomischen Frage. Illegalisierte Abtreibungen gab es schon immer, sie entstanden oft aus Notlagen und führten häufig zum Tod, während sich vermögende Frauen eine medizinisch einwandfreie Abtreibung leisten konnten. Immer noch sterben weltweit jährlich ca. 47.000 Frauen nach illegalisierten, unsachgemäß durchgeführten Abtreibungen. Das wäre nicht notwendig, wenn Verhütungsmittel für alle sichergestellt und Abtreibungen legal und unter den sicheren Bedingungen durchgeführt würden, die heute möglich sind.

Längst ist bekannt, dass wie auch immer geartete Strafen nicht zu weniger Schwangerschaftsabbrüchen führen. Durch restriktive Gesetze wird der Schwangerschaftsabbruch zum sozialen und gesundheitlichen Risiko für Frauen, dies zeigen Beispiele aus Ländern mit restriktiver Gesetzgebung. Kanada hat hingegen überhaupt kein Abtreibungsgesetz und auch nicht mehr Abtreibungen als europäische Länder.

Worum geht es in der Zukunft?

Für die Zukunft geht es um freie Zusammenschlüsse unter freien Menschen ohne Unterdrückung und Gewalt und um deren eigene Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft. Es geht um bessere Arbeits- und Lebensbedingungen und darum, dass alle Menschen, egal wo sie herkommen oder hingehen, egal wie alt sie sind, wie sie aussehen oder sich artikulieren können, das vorfinden, was sie zum »guten Leben« brauchen.

Literatur bei der Verfasserin

DR. GISELA NOTZ, E-Mail: gisela.notz@t-online.de

Liebe Leserinnen und Leser,

die Impulse liefern Ihnen seit 1993 kritische und vielseitige Beiträge sowie Informationen zum breiten Spektrum der Gesundheitsförderung – und dies **kostenfrei** für inzwischen weit über 7.000 Abonnentinnen und Abonnenten! Damit das auch in Zukunft so bleibt, möchten wir Sie als treue Leserinnen und Leser, Autorinnen und Autoren um einen finanziellen Beitrag in beliebiger Höhe bitten. Denn die aktuellen Kosten von rund 10.000 Euro pro Ausgabe und Quartal können wir angesichts gestiegener Ausgaben für Druck, Gestaltung und Versand und leider nicht entsprechend erhöhter Fördermittel nicht länger abdecken.

Wenn Sie unsere Arbeit finanziell unterstützen möchten, können Sie uns eine Spende zukommen lassen:

**Bank für Sozialwirtschaft,
IBAN: DE18 2512 0510 0008 4040 00,
BIC: BFSWDE33HAN**

Auf unserer Website www.gesundheit-nds.de haben wir zudem ein PayPal-Konto erstellt, das die Abwicklung des Spendens erleichtert. Sie können dort auch einen Kommentar hinterlassen und uns und anderen Spenderinnen und Spendern mitteilen, warum Sie gespendet haben. Eine Spendenquittung, die Sie steuerlich absetzen können, geben wir auf Wunsch gern aus.

Wir danken Ihnen für Ihre Treue und Ihre Unterstützung – sei es durch Ihr jahrelanges Abonnement, die Bewerbung unserer Zeitschrift oder durch kostenfreie Beiträge, ohne die die Impulse kaum zu realisieren wären. Bitte helfen Sie mit, dass die Impulse auch weiterhin kostenfrei erscheinen können.



Ihr Thomas Altgeld und das Team der LVG & AFS

P.S.: Natürlich haben Sie immer die Möglichkeit, Ihre Druckausgabe auf einen E-Mail-Versand umzustellen! Auch das hilft uns, Kosten zu reduzieren.



MONIKA BRADNA

Gesetz zur Regelung der vertraulichen Geburt – keine Lösung, aber eine Alternative

Mit den Zielsetzungen, Kindstötung und Aussetzung zu verhindern sowie Schwangere und Mütter in problematischen Lebenssituationen zu unterstützen, wurde 1999 das erste Angebot zur anonymen Kindesabgabe in Deutschland eingeführt. In den Folgejahren wurden weitere Babyklappen und Möglichkeiten der anonymen Geburt bzw. der anonymen Übergabe geschaffen.

Fehlende gesetzliche Grundlage

Eine gesetzliche Grundlage zur Regelung der Angebote zur anonymen Kindesabgabe steht seit den Anfängen aus. Das zum 1. Mai 2014 in Kraft getretene Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt nimmt keine Regulierung der bestehenden und im Graubereich operierenden Angebote vor. Vielmehr zielt es darauf ab, das vorhandene Hilfesystem für Schwangere besser bekannt zu machen, und führt, eingebettet in ein gestuftes Beratungsverfahren, die vertrauliche Geburt ein.

Fehlende rechtsverbindliche Verfahren und Standards für die Angebote anonymen Kindesabgabe führen bei vielen Trägern und Jugendämtern weiterhin zur Handlungsunsicherheit. Es fehlen Standards für die Beratungsarbeit im Kontext der anonymen Kindesabgabe, verbindliche Prüfverfahren bei der Kinderücknahme durch die Mutter oder die Eltern sowie eine klare Aufgabentrennung zwischen den Trägern der Angebote und der Jugendämter bei Inobhutnahme, Vormundschaft und Adoption.

Sind Babyklappen gescheitert?

Eine bundesweite Studie des Deutschen Jugendinstituts (DJI) zeigt, dass die Zielgruppen, die man bei Einrichtung der ersten Angebote im Blick hatte, nicht erreicht werden. Die annähernd gleichbleibende Zahl der getöteten und ausgesetzten Neugeborenen seit der Einführung der anonymen Kindesab-

gabe unterstreicht die Einschätzung des DJI. Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass Frauen, die ihre Kinder nach der Geburt töten oder aussetzen, nicht dazu in der Lage sind, das benötigte Maß an planvollem Handeln aufzubringen um Angebote der anonymen Kindesabgabe zu nutzen.

Nutzerinnen der Angebote anonymen Kindesabgabe

Nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe ist für die Nutzung von Angeboten anonymen Kindesabgabe ausschlaggebend, sondern vielmehr eine Häufung von Belastungen und Problemen schwangerer Frauen. Das Alter der meisten Nutzerinnen liegt zwischen 18 und 35 Jahren und nur ein geringer Anteil ist minderjährig. Diese Vielfalt zeigt sich auch hinsichtlich des Bildungsniveaus, der Familien- oder Lebensform und der wirtschaftlichen Situation.

Gemeinsam sind den Nutzerinnen der Angebote anonymen Kindesabgabe, dass die Erkenntnis, schwanger zu sein, erst zu einem sehr späten Zeitpunkt stattfindet und panikartige Reaktionen auslöst. So nehmen 80% der Frauen erst wenige Wochen vor der Geburt oder mit dem Einsetzen der Wehen Kontakt zu einem Angebot der anonymen Kindesabgabe auf.

Gründe für eine anonyme Kindesabgabe

Die Gründe sind vielfältig und bedingen sich oftmals gegenseitig: Beispielsweise empfinden Frauen Angst oder Scham wegen ihrer Schwangerschaft gegenüber ihrem sozialen Umfeld. Sie befürchten, dass sie ihr gewohntes Leben nicht weiterführen können, ihren Ausbildungs- oder Arbeitsplatz verlieren könnten. Ein Abbruch der Schwangerschaft kann aus religiösen oder kulturellen Gründen abgelehnt werden. Eine Adoption wird nicht als Alternative wahrgenommen, aus Angst, dass die Familie und Freunde mit Unverständnis reagieren. Manche wissen um die ablehnende Haltung des Partners zu einem (weiteren) Kind und entscheiden sich deswegen für eine anonyme Kindesabgabe.

Anonymität ist nicht gleich Anonymität

Der Wunsch der Mütter nach Anonymität ist gegenüber der (Herkunfts-)Familie und dem sozialen Umfeld am stärksten ausgeprägt, gefolgt vom Arbeitgeber, dem Jugendamt sowie dem Vater des Kindes. Dagegen ist das Anonymitätsbedürfnis dem Kind gegenüber deutlich weniger entwickelt. Zwei Drittel der Nutzerinnen der Angebote anonymen Kindesabgabe geben letztlich ihre Anonymität auf. Wesentlichen Einfluss auf diese Entscheidung hat die Inanspruchnahme eines Beratungsangebots.

Pro und Contra

Während kritische Stimmen eine Vielzahl von verfassungs-, zivil- und strafrechtlichen Vorschriften verletzt sehen, befürworten Andere die anonymen Angebote da sämtliche Rechtsgüter dem Verfassungsrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) unterzuordnen sind. Diese Argumentation baut auf der Annahme auf, dass durch die Angebote der anonymen Kindesabgabe Leben gerettet werden. Dem Lebensschutz-Argument stehen der Wunsch nach Anonymität seitens der Mutter und das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft gegenüber.

Literatur bei der Verfasserin

MONIKA BRADNA, Deutsches Jugendinstitut, Abteilung Familie und Familienpolitik, Nockherstraße 2, 81541 München, E-Mail: bradna@dji.de



REGINE WLASSITSCHAU

Wann kommt die rezeptfreie Pille danach?

Rezeptfreiheit für die Pille danach in Deutschland: Die Empfehlung der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) scheint das bisher Unmögliche Wirklichkeit werden zu lassen. Am 20. November 2014 empfahl sie, den Wirkstoff Ulipristalacetat, in Deutschland unter dem Markennamen ellaOne® erhältlich, rezeptfrei zuzulassen. Stimmt die EU Kommission zu, gilt dieser Beschluss für alle EU-Mitgliedsstaaten. Wann und wie dieser Beschluss in Deutschland umgesetzt würde, ist Sache der Bundesregierung und des Bundesgesundheitsministers. Niemand kann derzeit sagen, ob und wann es so weit ist, dass Frauen die Pille danach in der Apotheke kaufen können. pro familia fordert seit langem, dass Frauen nach einer Verhütungspanne schnellen Zugang zur Pille danach haben. Doch bisher ging es immer um den Wirkstoff Levonorgestrel. In 28 europäischen Ländern und 90 Ländern weltweit ist er ohne Rezept erhältlich. In Deutschland dagegen müssen Frauen unnötige Barrieren überwinden, wenn sie die Pille danach – eine sichere und nebenwirkungsarme Methode zur Nachverhütung und zur Vermeidung von ungewollten Schwangerschaften – benötigen.

Dabei steht die Rezeptpflicht für die Notfall-Kontrazeption mit Levonorgestrel im Widerspruch zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Internationalen Vereinigung der Gynäkologinnen und Gynäkologen (FIGO). Beide Instanzen haben schon vor Jahren festgestellt, dass Levonorgestrel sicher ist und es keine Kontraindikationen gibt. Aufgrund der guten Verträglichkeit hält die WHO darüber hinaus eine ärztliche Untersuchung vor der Einnahme für unnötig und empfiehlt, die Pille danach auf Levonorgestrel-Basis weltweit rezeptfrei zugänglich zu machen.

Rezeptfreiheit wird schon lange gefordert

Seit 2003 gibt es in Deutschland Bemühungen, Levonorgestrel zur postkoitalen Nachverhütung aus der Rezeptpflicht zu entlassen. Zuletzt hat der Bundesrat im Juli 2013 die Bundesregierung dazu aufgefordert, da es sich um ein extrem sicheres, gut und langjährig beforschtes Medikament handelt. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat diese Forderung bisher abgelehnt. Begründung: Vor der Einnahme sei eine ärztliche Beratung notwendig. Erst die Entscheidung der EMA brachte einen Sinneswandel; kürzlich bezeichnete er »eine intensive Beratung auch in den Apotheken« als den richtigen Weg.

Zwei Wirkstoffe – zwei Wirkungen?

Für beide Wirkstoffe gilt, dass sie umso besser wirken, je früher sie eingenommen werden. Levonorgestrel ist bis zu 72 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr zugelassen. Nebenwirkungen sind gering, ein Sucht- oder Überdosierungsrisiko ist nicht vorhanden. Selbst eine versehentliche Einnahme in der Frühschwangerschaft hat keine negativen Auswirkungen auf die Schwangerschaft.

Ulipristal (ellaOne®) ist bis zu 5 Tage zugelassen. Bisher galt für den Wirkstoff, dass noch nicht alle Fragen zur Sicherheit zufriedenstellend beantwortet sind. Im Gegensatz zum lang erforschten Wirkstoff Levonorgestrel ist die Studienlage für Ulipristalacetat vergleichsweise dünn. Wäre es nicht absurd, wenn Levonorgestrel in Deutschland weiterhin rezeptpflichtig bleiben würde und Ulipristalacetat, das zudem doppelt so teuer ist, nicht?

Frauen brauchen schnellen Zugang

Die Konsequenzen der Rezeptpflicht in Deutschland werden für Frauen bzw. Paare dann spürbar, wenn sie die Pille danach benötigen: die Suche nach einem Notdienst, lange Fahrten, noch längere Wartezeiten, peinliche Befragungen gelegentlich mit Zurechtweisungen. Auch unnötige Untersuchungen und zusätzliche Behandlungskosten sind häufig.

Fazit

Die rezeptfreie Vergabe der Pille danach – vorzugsweise von Levonorgestrel – ist überfällig. Allerdings muss die Frage der Kostenerstattung bei unter 20-Jährigen geklärt werden. Zurzeit übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten; dies sollte unbedingt auch für die rezeptfreie Pille danach gelten.

Literatur bei der Verfasserin

REGINE WLASSITSCHAU, pro familia Bundesverband, Referentin für Öffentlichkeitsarbeit, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main, E-Mail: regine.wlassitschau@profamilia.de

STEPHANIE SCHLUCK

Angstbeißer, Trauerkloß, Zappelphilipp? Seelische Gesundheit bei Männern und Jungen – Männerkongress 2014

In welchem »Rollenkäfig« sitzen Männer und Jungen? Wer konstruiert diesen Käfig, und warum bleibt dieser so stabil? Welche Auswege gibt es? Welchen Einfluss haben diese Rollenbilder auf die (seelische) Gesundheit von Jungen und Männern? Welche Rahmenbedingungen der Bildungs- und Arbeitswelt tragen zum (psychisch) gesunden Aufwachsen und Leben von Jungen und Männern bei? Diese und weitere Fragen stellten sich Expertinnen und Experten auf dem dritten Männerkongress der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Das Thema seelische Gesundheit von Männern wurde aus historischer, psychoanalytischer, gesundheitsförderlicher, politischer und gesamtgesellschaftlicher Perspektive bearbeitet. Einig waren sich alle Referierenden darin, dass Rollenstereotype sowie kulturell und historisch vermittelte Rollenbilder in unserer Gesellschaft Männern und Jungen den Zugang zu den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen erschweren.



Männer, Jungen und ihre (seelische) Gesundheit

Im Laufe des Lebens prägen vielfältige Einflüsse die Konstruktion von Männlichkeitsbildern und Rollenvorstellungen von Männern und Jungen. Neben der Familie, Freunden, Peers, Kolleginnen und Kollegen sowie Lehrkräften tragen die Lebenswelten und -umstände sowie gesellschaftliche Normen bedeutend zur Ausbildung der eigenen Persönlichkeit und Wertewelt bei. Männer sollen liebevolle Väter sein, aber bitte auch knallharte Geschäftsleute und Ernährer der Familie. Jungen sollen wagemutig sein, aber auch braver Sohn und aufmerksamer Schüler. Die Erwartungen, die an Jungen und Männer herangetragen werden, zeichnen ein spannungsreiches und scheinbar widersprüchliches Bild von Männlichkeit. Die Identitätsentwicklung von Jungen und Männern wird hierdurch zu einem komplexen Vorgang. Dieser macht sie anfällig für risikobehaftete Verhaltensmuster und Rollenstereotype, die dysfunktionale und gesundheitsschädigende Auswirkungen nach sich ziehen können. Über Gefühle sprechen, Schwäche zeigen? – für viele Jungen und Männer (immer noch) undenkbar. Folgen sind Unterdiagnostizierung von Erkrankungen wie Depressionen, die bei Männern vermehrt zu Suiziden führen, aber auch Substanzkonsum und gewalttätiges Verhalten.

Ansätze und Konzepte

Wie man Männer trotzdem in das Land der (un)heimlichen Gefühle »entführt« und zum Sprechen »verführt« erläuterte der Psychotherapeut und Buchautor Björn Sufke den Teilnehmenden mit vielen Beispielen aus seiner täglichen Praxis. Risikoreicher Substanzkonsum bei Jungen und Männer diene häufig zur (vermeintlichen) Ausbildung von Männlichkeit und Identität, stellte Prof. Dr. Heino Stöver, Frankfurt University of Applied Sciences, dar. In Prävention, Beratung und Therapie werde dieses jedoch kaum wahrgenommen. Dr. Bernhard Stier stellte zur inflationären Diagnose von AD(H)S bei Jungen folgende Aspekte dar: Auch die Tatsache, dass AD(H)S dreimal so häufig bei Jungen wie bei Mädchen diagnostiziert werde, lasse vermuten, dass jungentypisches Verhalten häufig unreflektiert zur Diagnose AD(H)S führe. Es sei an der Zeit »neu Maß« zu nehmen und geschlechtsbezogene Aspekte in Diagnose und Therapie aufzunehmen, forderte der Kinderarzt und Autor. Insgesamt sei ein geschlechtssensibler Blick in Forschung, Politik und bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen nötig.

Sucht euch eure Rolle selber!

Doch hilft es, in der Opferrolle zu verharren, den scheinbar unveränderlichen Rahmenbedingungen die Schuld für diesen Status quo zu geben? Mit Sicherheit nicht! »Definiert, sucht, findet eure Rolle als Vater, als Mann selbst. Werdet politisch, gesellschaftlich aktiv und schafft euch Rahmenbedingungen, in denen ihr leben möchtet!« forderten die Teilnehmenden der Podiumsdiskussion, Martin Rosowski, EKD- Männerarbeit und BUNDESFORUM MÄNNER, und Thomas Altgeld, LVG & AFS. An die Politik gewandt kamen die klare Forderungen: »Nicht noch eine Kampagne, stärkt die Lebenskompetenzansätze statt halbherziger Jungen- und / oder Mädchenprogramme in der Schule. Unterstützt die Vereinbarkeit von Beruf und Vatersein.« Olaf Theuerkauf, Stiftung Männergesundheit, bekräftigte dazu, es sei an der Zeit, Eigenverantwortung der Einzelpersonen und Bildungseinrichtungen zu erhöhen und mit staatlicher Unterstützung Rahmenbedingungen zu verändern.

Forderungen und Perspektiven

Als Resultat des Kongresses wurden 12 zentrale Thesen der Referenten verabschiedet. Sie beinhalten unter anderem die Forderung nach Angeboten in der betrieblichen Gesundheitsförderung, die die Bedarfe und Themen von Männern aufgreifen, sowie nach einem gendersensiblen Umgang mit den Themen (partnerschaftliche) Gewalt, der Diagnose von AD(H)S und Depression. Ein weiterer Schritt in Richtung Gleichstellungs- statt Männer- und Frauenpolitik. Nachzulesen sind alle Thesen im Detail unter www.maennerkongress2014.de

Anschrift der Verfasserin siehe Impressum

CORNELIA HELFFERICH

Familienplanung im Lebenslauf – BZgA-Forschungsergebnisse in Berlin vorgestellt

Ende Oktober wurden in Berlin Ergebnisse des Forschungsprojekts »frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf« auf einer von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ausgerichteten Tagung vorgestellt. Das Sozialwissenschaftliche Frauenforschungsinstitut Freiburg (SoFFI F.) führte unter der Leitung von Prof. Dr. Cornelia Helfferrich die Forschung im Auftrag der BZgA durch. Die telefonische Befragung von 4.002 Frauen und 24 Beraterinnen aus der Schwangerschafts(konflikt)beratung sowie die qualitativen Interviews mit knapp 100 Frauen liefern eine Fülle von interessanten und neuen Erkenntnissen zu Verhütung, Partnerschaften und Schwangerschaften im Lebenslauf von Frauen in vier Bundesländern. Untersucht wurde allgemein die Effektivität, aber auch die Schwierigkeit von Familienplanung, wobei Familienplanung in einem weiten Sinn als Gestaltung der privaten Lebensformen mit und ohne Kinder verstanden wird. Die Studie setzt einen Schwerpunkt bei ungewollten Schwangerschaften und analysiert unter anderem, in welchen Lebensphasen und Lebenssituationen diese eintraten und wann und von wem sie positiv begrüßt oder abgebrochen wurden. Ein wesentliches Ergebnis der Studie ist, dass sich Schwangerschaften, die ohne Absicht eingetreten sind, auch bei einem hohen Standard von Verhütung nicht verhindern lassen. 36% dieser Schwangerschaften waren unter Verhütung eingetreten, davon 52% unter der Pille. Im Einzelnen zeigt die Studie

nachdrücklich die Notwendigkeit, zwischen »ungewollten« Schwangerschaften und Schwangerschaften, die gewollt waren, aber zu früh kamen (»gewollt aber später«) zu unterscheiden. Beide waren zwar »ohne Absicht« eingetreten, aber sie hatten einen unterschiedlichen Hintergrund und es wurde unterschiedlich auf sie reagiert.

Schwangerschaften, die ohne Absicht eintreten, und speziell ungewollte Schwangerschaften lassen sich trotz sicherer Verhütung nicht vollständig vermeiden. 17,7% aller von den befragten Frauen berichteten Schwangerschaften waren ungewollt eingetreten, weitere 13,3% aller Schwangerschaften waren gewollt, hätten aber erst später eintreten sollen. 2,7% wurden als »unentschieden oder zwiespältig« eingeordnet. Obwohl also viele Schwangerschaften ohne Absicht entstanden, war nicht jede ungewollte Schwangerschaft ein Problem: Selbst von den ungewollten Schwangerschaften wurden 13% positiv begrüßt und 57% wurden ausgetragen.

Wesentliche, die moderne Lebenswirklichkeit von Frauen einbeziehende Erkenntnisse zum Thema ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche können gewonnen werden, wenn deren Vorgeschichte und Kontext einbezogen wird: Dazu gehört die sexuelle Aktivität, der Rahmen der Partnerschaft, die Verhütung und die Lebensumstände, in denen eine Schwangerschaft nicht gewollt wird – erst am Ende des Prozesses steht die Entscheidung, ob eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wird.

Nur ein kleiner Prozentsatz von sexuell aktiven Frauen geht aktuell das Risiko ein, unbeabsichtigt schwanger zu werden, indem sie nicht verhüten, obwohl kein Kinderwunsch besteht. Für Empfängerinnen staatlicher Unterstützung sind allerdings die Kosten der Verhütungsmittel eine Hürde, sicher zu verhüten. Der Qualität der Partnerschaft kommt das größte Gewicht unter den Bedingungsfaktoren für ungewollte und abgebrochene Schwangerschaften zu: In einer schwierigen Partnersituation eingetretene Schwangerschaften waren sechsmal so häufig ungewollt (58%) wie Schwangerschaften in stabilen Partnersituationen (10%) und statt nur jeder dritten (32%) wurde unter den schwierigen Bedingungen mehr als jede zweite ungewollte Schwangerschaft (54%) abgebrochen. Eine berufliche und finanzielle Unsicherheit erhöht ebenfalls die Wahrscheinlichkeit, dass eine eingetretene Schwangerschaft ungewollt ist und abgebrochen wird. Je nach Alter bei Eintritt der Schwangerschaft haben weitere Faktoren wie In-Ausbildung-Sein oder das Vorhandensein von Kindern eine Bedeutung.

Auf der Tagung »Familienplanung: Ja! Aber?« in Berlin wurden diese Ergebnisse der Studie »frauen leben 3« in einen größeren Forschungsstand zu den widersprüchlichen gesellschaftlichen Bedingungen für Familie und Familienplanung eingebettet. Neue Herausforderungen für die Schwangerschaftsberatung wie vertrauliche Geburt und Entwicklungen der Pränataldiagnostik wurden diskutiert. Eine Plenardiskussion war der kostenfreien Abgabe von Verhütungsmitteln an Frauen im ALG II-Bezug gewidmet.

Weitere Informationen

www.forschung.sexualaufklaerung.de/4820.html

Eine Tagungsdokumentation und der Abschlussbericht der Studie erscheinen im Frühjahr 2015.

PROF. DR. CORNELIA HELFFERICH, Ev. Hochschule Freiburg / SoFFI F.,
Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg, E-Mail: helfferich@eh-freiburg.de,
www.soffi-f.de



JOHANNA KRAWIETZ, STEFANIE VISEL

Ethnische Unternehmerinnen und Unternehmer in der ambulanten pflegerischen Versorgung

Ältere Migrantinnen und Migranten nehmen trotz eines erhöhten Pflegerisikos Regelinstitutionen der Pflegeberatung und Altenhilfe in einem geringeren Maße in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund. Die sozialen Dienste der Altenhilfe und Altenpflege haben dies in den letzten Jahren zunehmend erkannt und formulieren Angebote, die sich an den spezifischen Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe ausrichten.

Ethnisches Unternehmertum in der Altenpflege

Bisher wurden die Potenziale von Pflegeeinrichtungen, die von Migrantinnen und Migranten selber gegründet und betrieben werden, kaum in den Blick genommen. Grundlegend könnte man aber annehmen, dass gerade diese Pflegedienste einen leichteren Zugang zu pflegebedürftigen Migrantengruppen haben da sie in die eigene ethnische Community eingebunden sind und besonders gut eine kulturell angemessene Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten sicherstellen. In der Migrationsforschung werden Organisationen und Unternehmen, die ihre Aktivitäten auf Migrantinnen- und Migrantengruppen richten, und von Migrantinnen und Migranten selbst betrieben werden, als ethnische Ökonomien oder ethnisches Unternehmertum bezeichnet.

Ausrichtung der Studie

Die wenigen Forschungsergebnisse über ethnische Ökonomien in der Altenpflege veranlassten das Institut für Sozial- und Organisationspädagogik der Universität Hildesheim ein Forschungsprojekt zu ethnischem Unternehmertum in der Altenpflege durchzuführen. In der Untersuchung steht die kulturell-ethnische Ausrichtung dieser ambulanten Pflegedienste im Vordergrund: Welche Rolle nehmen Konzepte der Kultursensibilität innerhalb des Pflegedienstes ein? An welche Adressatinnen und Adressaten richten sich die Pflegedienste? Welche Rolle spielt der Einsatz von Personal mit Migrationshintergrund? Dafür werden Interviews mit Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern sowie Pflegedienstleitungen von ambulanten Pflegediensten durchgeführt. Zudem wird der Frage nachgegangen, wie sich die ambulanten Pflegedienste vernetzen, um ihre Adressatinnen und Adressaten zu erreichen.

Erste Ergebnisse – Differenzierte Vorstellungen der kulturellen Ausrichtung

Die bislang erhobenen Daten aus den Interviews liefern differenzierte Ergebnisse über die Versorgungsangebote für pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten. Diese zeichnen sich durch eine große Vielfalt aus. Manche Pflegedienste sind auf Personen aus verschiedenen Herkunftsländern spezialisiert, bei anderen liegt der Fokus auf dem Angebot betreuerischer und pflegerischer Dienstleistungen in einer bestimmten Sprache.

Demgegenüber kritisieren einige Interviewte ein zu starres Verständnis von Kultursensibilität, das sich lediglich an Personen gleicher nationaler Zugehörigkeit ausrichtet. Es müssten vielmehr verschiedene ethnische Gruppen unterschieden werden, die sich nach Herkunftsregionen, Sprachstilen und biographischen Erfahrungen differenzieren. So könne eine kultursensible pflegerische Versorgung nicht alleine durch den Einsatz von Pflegekräften aus dem gleichen nationalen Herkunftskontext sichergestellt werden. Welche möglichen kulturellen Besonderheiten in der konkreten Pflegesituation für die Pflegebedürftigen von Bedeutung sind, könne nicht anhand vorgefertigter kultureller Handlungsschemata, beispielsweise in Form eines Handbuchs, festgemacht werden. Vielmehr stehen die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen im Vordergrund, die kulturell durch den Herkunftskontext geprägt sein können.

Des Weiteren werfen die Interviewten die Frage auf, ob nicht auch deutsche Pflegebedürftige vom Konzept der kultursensiblen Pflege profitieren können? In einer solchen Position zeichnet sich die Aufforderung ab, eine Kultursensibilität in der pflegerischen Versorgung für alle Personen zu schaffen – egal welcher Kultur. Diese Perspektiven weiter zu untersuchen, weist auf ein vielversprechendes Forschungsfeld im Bereich Altern in der Migrationsgesellschaft hin.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. JOHANNA KRAWIETZ, STEFFANIE VISEL, Universität Hildesheim, Institut für Sozial- und Organisationspädagogik, Marienburger Platz 22, 31141 Hildesheim, Tel.: (0 51 21) 88 31 17 48, E-Mail: johanna.krawietz@uni-hildesheim.de

UTE SONNTAG, BARBARA STASCHEK, SIBYLLE FLEITMANN, STEPHANIE SCHLUCK, SABINA ULBRICHT

Weniger ist mehr

»Weniger ist mehr« war das Motto des Projektes »Rauchfreiberatung durch Familienhebammen«, das im Sommer 2014 endete. Familienhebammen besuchen bis zum ersten Geburtstag des Kindes Familien in schwierigen Lebenslagen. Im Rahmen des Projektes lernen die Hebammen eine Vielzahl an Methoden kennen, um rauchende Schwangere oder Mütter zu ermutigen, das Rauchen zu reduzieren. Abstinenz steht als Fernziel im Hintergrund, aber Schritt für Schritt zu reduzieren und die Wohnung sowie das Auto rauchfrei zu halten, bedeutet »weniger ist mehr«.

Das Projekt

Das Bundesgesundheitsministerium hatte für drei Jahre dem Kooperationsverbund bestehend aus dem Hebammenverband Niedersachsen e. V., dem Netzwerk Frauen aktiv contra Tabak e. V. (FACT) und der LVG & AFS die Gelegenheit gegeben, das in einem Vorläufer-Projekt entwickelte und erprobte Curriculum in ganz Deutschland anzubieten.



Insgesamt wurden 13 Seminare durchgeführt, von Hannover bis München, von Oldenburg bis Pirna. Die Zielgruppe konnte auf Hebammen und die Berufsgruppen der frühen Hilfen ausgedehnt werden, da nicht in allen Bundesländern eine genügende Anzahl an Familienhebammen praktizieren.

Das Seminarkonzept teilte sich in drei Bereiche: eine 1,5-tägige Einführung, eine Anwendungsphase des Gelernten von vier bis acht Wochen und ein eintägiges Vertiefungsseminar mit Supervisionscharakter. In der Anwendungsphase wurde die Rauchfreiberatung erprobt und dokumentiert. Im Idealfall wurden Fallberichte angefertigt. Das Besondere dieses Ansatzes war das Zusammenführen zweier Kulturen: der Tabakkontroll-Kultur und der Hebammen-Kultur. Dementsprechend bestand das Trainerinnen-Team aus je einer Kollegin aus jeweils diesen beiden Bereichen.

Die im Seminar vermittelten Gesprächsansätze basieren auf dem Konzept der lösungsorientierten Beratung und der motivierenden Gesprächsführung. Der Bedarf, hier dazuzulernen, zeigt sich daran, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen zu Beginn des Seminars einschätzte, nur über unzureichende Beratungskennnisse zum Thema Rauchfreiheit zu verfügen. Waren die (Familien-) Hebammen zu Beginn der Seminare häufiger skeptisch, ob das Ansprechen des Rauchens nicht die Beziehung belastete, so zeigten die Erfahrungen das Gegenteil: das Rauchen war oft Türöffner für andere sehr wichtige Problemlagen, die besprechbar wurden. Eine »Toolbox« wurde entwickelt, die eine Reihe von Informationsmaterialien und Arbeitsinstrumenten enthielt. Durch die Projektarbeit ist deutlich geworden, dass dieser Ansatz ein sehr wichtiges Instrument in den Händen von Hebammen, Familienhebammen und anderen Akteurinnen rund um Schwangerschaft und Geburt sein kann.

Der Kampf gegen Mythen

Im Laufe der Schulungen wurde deutlich, wie viele Mythen und Falschinformationen rund um Schwangerschaft und Rauchen im Umlauf sind, zum Teil von Gynäkologinnen und Gynäkologen in die Welt gesetzt. So hören schwangere Frauen immer wieder, dass sie ja nicht mit dem Rauchen aufhören sollen, da der Fötus sonst Entzugserscheinungen bekäme. Raucherinnen wird auch davon abgeraten zu stillen. Daher ist auf Wunsch der Familienhebammen im Projekt der Flyer »Rauchen und Stillen« entstanden. Außerdem wurden Empfehlungen zum professionellen Verhalten rauchender Fachkräfte erarbeitet und veröffentlicht. Die Kooperationspartnerinnen haben zudem mit dem Deutschen Ärztinnen-



bund den Flyer »Ich bin schwanger und rauche – was nun?« entwickelt. Beide Flyer räumen mit diesen Mythen auf.

Nachhaltigkeit der Projektergebnisse

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung griff das Thema Substanzkonsum in der Schwangerschaft auf und veranstaltete ihre Jahrestagung 2014 im Dezember dazu. Dort konnte eine Reihe von Projekten ihre Ergebnisse vorstellen und Transferüberlegungen mit anderen Berufsgruppen und Verbänden diskutieren. Es werden auch nach Projektende weiterhin Schulungen als freie Seminare angeboten. In zwei Bundesländern ist es gelungen, die Module in die Weiterbildung zu integrieren.

Anschrift siehe Impressum

MECHTHILD PAUL

Zwischenbilanz Frühe Hilfen

Das Bundeskabinett hat am 04. November 2014 zum Zwischenbericht über den Stand der Umsetzung der »Bundesinitiative Frühe Hilfen« Stellung genommen. Die Bundesinitiative ist ein Kernstück des seit dem 01. Januar 2012 gültigen Bundeskinderschutzgesetzes. Der vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen herausgegebene Zwischenbericht 2014 beschreibt den Umsetzungsstand zum 30. Juni 2014 und basiert auf den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung sowie auf den Erfahrungen der Kommunen und der Länder.

In diesem Zusammenhang erklärte die Bundesjugendministerin Manuela Schwesig: »Kinder haben ein Recht darauf, gut und sicher aufzuwachsen. Dazu gehört, dass Familien in schwierigen Lebensumständen einfach zugängliche Hilfe finden. Die Kinder stehen hierbei im Mittelpunkt. Ich bin froh, dass der Zwischenbericht zur Bundesinitiative Frühe Hilfen uns darin bestätigt, dass wir auf dem richtigen Weg sind, um dieses wichtige Ziel dauerhaft zu erreichen.«

Frühe Hilfen unterstützen Familien in schwierigen Lebensumständen

Frühe Hilfen unterstützen mit niedrigschwelligen Angeboten insbesondere Familien, die neben den alltäglichen Herausforderungen mit weiteren Belastungen konfrontiert sind. Insbesondere Familien in schwierigen Lebensumständen finden durch die Frühen Hilfen praktische Unterstützung, etwa bei Familienhebammen. Gibt es in einer Familie beispielsweise ein Frühchen oder ein chronisch krankes Kind, können die Fa-

milien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger den Eltern durch ihre Hausbesuche Sicherheit geben. Derartige Unterstützungsangebote sollen bundesweit dauerhaft und flächendeckend zugänglich sein. Wichtige Voraussetzungen dafür sind im Zuge der Förderung durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen bereits geschaffen worden: mittlerweile haben 97,7% der Jugendamtsbezirke Koordinierungsstellen für die Netzwerke Frühe Hilfen eingerichtet. In 84% stehen Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern zur Verfügung, die Eltern ab der Schwangerschaft bis ein Jahr nach der Geburt des Kindes unterstützen. In 69% der Gemeinden, Städte und Landkreise konnte das Engagement von Ehrenamtlichen, zum Beispiel durch Familienpatenschaften, ausgebaut werden. In über der Hälfte der Kommunen ist es gelungen, Angebote bereits in der Geburtsklinik zu vermitteln.

Das Gesundheitswesen als Partner?

In vier von fünf Netzwerken sind vor allem öffentlich finanzierte Institutionen wie das Gesundheitsamt, Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, der Allgemeine Sozialer Dienst und Schwangerschaftsberatungsstellen als Partner beteiligt und prägen somit die Netzwerke Frühe Hilfen. Zentrale Partner aus dem Gesundheitswesen wie Kinderärztinnen und -ärzte (66,1%), niedergelassene Hebammen (64,7%), Geburtskliniken (62,2%) und Kinderkliniken (49,2%) sind seltener in den lokalen Netzwerken anzutreffen, obwohl sie in der Verwaltungsvereinbarung zur Bundesinitiative als einzubindende Akteurinnen und Akteure ausdrücklich erwähnt werden. Besonders kritisch ist die geringe Beteiligung derjenigen Gesundheitsdienste zu bewerten, die in der Behandlung von psychischen und psychiatrischen Erkrankungen von Eltern tätig sind. Sozialpsychiatrische Dienste sind lediglich in jedem dritten Netzwerk vertreten, nur in 23,4% der Netzwerke finden sich Abteilungen bzw. Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie und in nur 16,8% der Netzwerke beteiligen sich psychiatrische beziehungsweise psychotherapeutische Praxen.

Sowohl eine finanzielle Förderung als auch eine gesetzliche Verpflichtung haben einen positiven Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft und -qualität: Diejenigen Partner, die gesetzlich verpflichtet sind – wie die Schwangerschaftsberatungsstellen – oder deren Teilnahme am Netzwerk budgetiert ist – wie es bei den Familienhebammen der Fall ist –, sind besonders häufig in den Netzwerken vertreten. Auch die Qualität der Kooperation mit diesen Partnern wird von den befragten Jugendamtsbezirken besonders gut bewertet. Darüber hinaus übt die Form der Zusammenarbeit einen Einfluss auf die wahrgenommene Qualität der Kooperation aus: Sie wird positiver bewertet, wenn mit den Akteurinnen und Akteuren sowohl fallübergreifend als auch fallbezogen zusammengearbeitet wird.

Zum 1. Januar 2016 soll ein Fonds eingerichtet werden, der die Finanzierung der Netzwerke Frühe Hilfen und die psychosoziale Unterstützung von Familien bundesweit dauerhaft sicherstellt. Der Zwischenbericht wurde auf der Halbzeitkonferenz am 13. November 2014 in Berlin diskutiert. Der Bericht kann beim Nationalen Zentrum Frühe Hilfen bestellt werden und steht unter www.bmfsfj.de als Download zur Verfügung.

Literatur bei der Verfasserin

MECHTHILD PAUL, Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln, E-Mail: redaktion@fruehehilfen.de



ANGELA WILHELM, PETER DALL

Osteopathie bei Neugeborenen

In der Regel werden in einer Klinik geborene Säuglinge im Rahmen der U1-Untersuchung unmittelbar nach ihrer Geburt und 48 bis 72 Stunden später in der U2 von einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt untersucht. Zu dieser ausführlichen körperlichen Untersuchung gehören auch ein Hüftultraschall, ein Hörtest und ein Test zum Ausschluss von Stoffwechsellkrankheiten.

Seit zwei Jahren bietet das Klinikum Lüneburg interessierten Eltern eine zusätzliche osteopathische Untersuchung ihres Kindes an. Dabei ersetzt die Osteopathie in keinem Fall die anerkannten kinderärztlichen Untersuchungsmethoden, sondern ist eine mögliche Ergänzung dieses Angebotes. Auf Initiative des Chefarztes Prof. Dr. med. Peter Dall der Frauenklinik Lüneburg konnte in Kooperation mit einem niedergelassenen Facharzt und Osteopathen in Lüneburg, Dr. med. Dieter Becker und seinem Team, das Angebot in der Klinik etabliert werden.

Was ist Osteopathie?

Die Osteopathie gehört zu den alternativen Behandlungsmethoden und wird auch als »manuelle Medizin« bezeichnet. Charakteristisch ist, dass eine osteopathische Untersuchung oder Behandlung ausschließlich mit den bloßen Händen ausgeführt wird. Medikamente oder andere Hilfsmittel werden nicht eingesetzt.

Zur Osteopathie zählen verschiedene befunderhebende und therapeutische Verfahren. Verbindende Grundlage ist die Annahme, dass der menschliche Körper eine Funktionseinheit bildet. Die unterschiedlichen Gewebe und ihre Funktionen sind in vielfältiger Weise miteinander verbunden. Krankhafte Veränderungen einer einzigen Struktur können nachteilige Folgen für andere Körperstrukturen und -funktionen haben. Bestimmte Erkrankungen, die erst im Erwachsenen- oder Kindesalter auftreten, können bereits durch frühe Störungen beim Neugeborenen verursacht werden. Hier setzt das Osteopathie-Screening an: Durch die Untersuchung des Stütz- und Bewegungsapparates des Babys sollen sich frühe Störungen des Organismus erkennen und beheben lassen.

Osteopathie nützt schon den ganz Kleinen

Die Geburt eines Kindes ist nicht nur für die Mutter, sondern auch für das Neugeborene eine große körperliche Anstrengung. Dabei können beim Säugling Irritationen des Stütz- und Bewegungsapparates entstehen. Beim Screening spricht die Osteopathin zunächst mit der Mutter über den Verlauf und eventuelle Besonderheiten während der Geburt. Dann versucht sie, mögliche Störungen im Weichgewebe oder Bewegungsapparat des Kindes sanft zu ertasten und bei Bedarf durch gezielte manuelle Therapie zu behandeln.

Implementation im Klinikum

Die Mütter erhalten bereits beim Aufnahmegespräch ein Informationsblatt zum osteopathischen Angebot. Ein Osteopathie-Screening wird im Besonderen dann empfohlen, wenn das Neugeborene sehr unruhig ist, viel schreit, Probleme beim Stillen auftreten und es noch nicht »richtig angekommen« zu sein scheint.

Auf Wunsch vereinbart das Pflorgeteam einen Termin zwischen interessierten Müttern und den Osteopathinnen. Diese kommen alle zwei Wochen für jeweils fünf Untersuchungstermine à 45 Minuten in die Frauenklinik. Einige gesetzliche Krankenkassen übernehmen die Kosten für diese Behandlung mittlerweile. Insgesamt wird das Osteopathie-Screening sehr gut angenommen.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

ANGELA WILHELM, PROF. DR. MED. PETER DALL, Klinikum Lüneburg, Bögelsstraße 1, 21339 Lüneburg, Tel.: (0 41 31) 60 28 54, E-Mail: angela.wilhelm@gesundheitsholding-lueneburg.de

EDITH AHMANN

Neues Netzwerk – »Krisen rund um die Geburt – Depressionen in Schwangerschaft und Wochenbett«

In der Region Hannover wurde auf Initiative der Kaiserschnittstelle, des Frauen- und MädchenGesundheitsZentrums Region Hannover e. V. und des Familienhebammen-Zentrums Hannover das Netzwerk »Krisen rund um die Geburt – Depressionen in Schwangerschaft und Wochenbett« gegründet. Dieses Netzwerk dient der Zusammenarbeit von Hebammen, Beratungsstellen, psychologischen Praxen und anderen Einrichtungen und Institutionen, die Angebote zur Versorgung betroffener Frauen bereitstellen.

Ziel des Netzwerks ist die Verbesserung der Versorgung durch Aufklärung, Sensibilisierung und Bündelung aller Informationen zu diesem Thema. So sollen sowohl betroffene Frauen als auch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Informationen über Angebote in der Region Hannover erhalten. Zudem sollen Fortbildungen, Supervisionen und Interventionen organisiert und durchgeführt werden.

Postpartale Depression

Schätzungsweise leiden etwa 10 bis 20% der Mütter nach einer Geburt an einer Depression. Diagnostiziert und behandelt wird eine postpartale Depression allerdings in sehr wenigen Fällen, da das Thema bei Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Müttern immer noch nicht ausrei-

chend bekannt ist. Oft wird die Erkrankung gar nicht oder zu spät erkannt, was dramatische Folgen für die Mütter, die Kinder und die ganze Familie haben kann.

Zeichen einer postpartalen Depression können Müdigkeit, Erschöpfung, Energiemangel, Schuldgefühle, allgemeines Desinteresse und extreme Reizbarkeit sein. Aber auch Traurigkeit, ein Empfinden von Gefühllosigkeit, gemischte Gefühle dem Kind gegenüber sowie Konzentrations- und Schlafstörungen können auftreten. Ebenso ist es möglich, dass psychosomatische Beschwerden wie Magen-Darm-Beschwerden und Schwindel auftreten sowie Angst, Panikattacken und (Selbst)Tötungsgedanken.

Aufklärung für mehr Unterstützung

Häufig schämen sich die Frauen und vertrauen sich niemandem an. Sie fürchten, kein Verständnis dafür zu bekommen, dass sie sich statt oder trotz »Muttermilch« überfordert fühlen. Auch wissen nicht alle werdenden Mütter, dass sie bereits Wochen vor und nach der Geburt eine Hebamme in Anspruch nehmen können, die sie begleitet. Ein wichtiger Bestandteil der Geburtsvorbereitung müsste die Aufklärung über mögliche Krisen über den sogenannten den »Babyblues« hinaus sein.

Das Netzwerk möchte dazu beitragen, dass die Versorgungssituation diesbezüglich verbessert wird. Ziel ist es, die Öffentlichkeit für diese Erkrankung zu sensibilisieren und Hilfsangebote zu schaffen. Derzeit besteht ein absolutes Defizit sowohl bei spezialisierten Mutter-Kind-Einheiten in Kliniken, die Betroffene mit ihrem Baby aufnehmen und behandeln, als auch bei ambulanten Beratungsstellen, die speziell zu diesem Thema arbeiten.

Mögliche Unterstützung und/oder Therapie ist vom Schweregrad der Depression abhängig. In erster Linie ist es wichtig, die Mutter zu entlasten. Das kann beispielsweise durch Beratung und Gespräche erfolgen oder durch eine Haushaltshilfe, die von den Krankenkassen bezahlt wird.

Je mehr die Frauen über die Möglichkeit postpartaler Depressionen aufgeklärt werden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich rechtzeitig Hilfe und Unterstützung suchen.

Letztlich braucht es Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit, Fachfortbildungen, finanzielle Mittel und die Vernetzung aller Hilfsangebote, um eine Verbesserung der Versorgungssituation zu erreichen.

Informationen zum Netzwerk gibt es zurzeit im Frauen- und Mädchen-GesundheitsZentrum Region Hannover e.V. (info@fmgz-hannover.de), in der Kaiserschnittstelle (mail@kaiserschnittstelle.de) und im Familienhebammen-Zentrum Hannover (info@fhz-hannover.de).

Für das Netzwerk »Krisen rund um die Geburt – Depressionen in Schwangerschaft und Wochenbett« in Hannover:

EDITH AHMANN, Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V., Escherstraße 10, 30159 Hannover, E-Mail: info@fmgz-hannover.de

SVEN BRANDES, HARTMUT DYBOWSKI, BEATRICE FÖRSTERRA, BIRTE GEBHARDT, RAINER SCHUBERT

Partizipative Evaluation der Präventionskette Braunschweig startet 2015

Gemeinsam mit der Stadt Braunschweig wird die LVG & AFS ab Anfang 2015 das dreijährige Projekt »PEPBS – Partizipative Evaluation der Präventionskette Braunschweig« umsetzen. Ziel des Vorhabens ist es zu ermitteln, welche Faktoren zum Gelingen kommunaler Präventionsketten – also auf einander abgestimmter lebensphasenorientierter Unterstützungsstrukturen – beitragen. Am Beispiel ausgewählter Fallstudien wird dies gemeinsam mit den beteiligten Akteuren in einem partizipativen Vorgehen untersucht. Zusätzlich soll entlang dieses Prozesses die Methodik der partizipativen Evaluation weiterentwickelt werden.

Präventionskette Braunschweig – Stadt geht Armutproblematik systematisch an

Bereits seit 2007 gehört Braunschweig zu den »Vorreiter«-Kommunen, die die Prävention von Armutsfolgen im Rahmen des Netzwerks zur »Prävention von Kinder- und Familienarmut und Linderung der Folgen« systematisch und koordiniert angehen. Seit 2011 ist die Stadt Mitglied des kommunalen Partnerprozesses »Gesund aufwachsen für alle!« und hat in einer – für den deutschsprachigen Raum seltenen – systemübergreifenden Zusammenarbeit ein kommunales Handlungskonzept Kinderarmut entwickelt. Hintergrund für dieses Engagement ist die Armutsquote, die unter Braunschweiger Kindern und Jugendlichen bei etwa 25% liegt. Nachdem anfangs dringliche Fragen wie zum Beispiel die Finanzierung von Mittagessen für einkommensschwache Kinder im Vordergrund standen, konzentriert sich die Präventionskette Braunschweig derzeit auf eine bessere Verzahnung von Übergängen und die Bereitstellung von wohnortnahen Unterstützungsangeboten. Eine Koordinationsstelle gegen Kinderarmut wurde im Sozialreferat geschaffen. Die Umwandlung von Kitas in Stadtteilen mit hohem Bedarf zu Familienzentren und die Weiterentwicklung von Schulsozialarbeit an Grundschulen mit hohem Unterstützungsbedarf sind Themen des Fachbereiches Kinder, Jugend und Familie, und haben neben den Frühen Hilfen und den Übergängen von der Schule ins Berufsleben auch im Handlungskonzept Kinderarmut eine hohe strukturelle Bedeutung. Nachdem die erste Stufe des Aufbaus einer Präventionskette gelungen ist, soll nun der weitere Ausbau durch eine evaluierende Begleitung unterstützt werden.

Partizipative Evaluation – eine Methodik im Aufwind

Diese Begleitung wird im Projekt PEPBS durch die Methodik der partizipativen Evaluation umgesetzt. Die Studie soll exemplarisch ermitteln, welche Gelingensfaktoren ausschlaggebend sind, um kommunal initiierte Präventionsketten erfolgreich für die Prävention von gesundheitsbezogenen Armutsfolgen bei Kindern zu gestalten. Partizipative Evaluation ermittelt in Abgrenzung zu üblichen Evaluationsformen nicht nur den Nutzen eines Projektes, sondern zielt gleichzeitig auf eine Kompetenzentwicklung derjenigen Personen, die die Evaluationsergebnisse später in der Praxis umsetzen oder in sonstiger Weise unmittelbar von den Ergebnissen betroffen sind. Also zum Beispiel Kinder und Jugendliche selbst, Verant-

wortliche in Kitas oder Jugendzentren und/oder betroffene Eltern. Diese sogenannten »primären Nutzerinnen und Nutzer« werden mittels einer systematischen, dialogbasierten Beteiligung in lokalen Evaluationsteams selbst zur Durchführung und Steuerung der Evaluation befähigt. Vorteil der Methode ist, dass die partizipative Entwicklung zu einem Kompetenzaufbau und einer verbesserten Akzeptanz und Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis beiträgt.

Umsetzung von zwei Fallstudien

Im Rahmen von PEPBS ist die Umsetzung von zwei Fallstudien geplant, die konkrete Projekte der Braunschweiger Präventionskette zum Gegenstand haben. Die Auswahl der Fallstudien findet gemeinsam mit den Akteuren in einer ersten Projektphase statt. Auf der Ebene der zwei Fallstudien werden zunächst die vorhandenen Bedürfnisse und Ressourcen der Nutzerinnen und Nutzer herausgearbeitet. In einem nächsten Schritt wird je Fallstudie ein Evaluationsteam gebildet, das aus den jeweils beteiligten Akteuren besteht. Die Mitarbeiterinnen der LVG & AFS unterstützen diese Evaluationsteams im weiteren Verlauf dabei, gemeinsam Forschungsfragen zu entwickeln und an die konkreten Evaluationsgegenstände anzupassen. Für die Evaluation können neben klassischen Befragungen zum Beispiel Methoden wie Photovoice (Akteurinnen und Akteure fotografieren selbst ihre Lebenswelt und illustrieren damit ihre Einstellungen, Relevanzen und Werthaltungen) oder Planning for Real (gemeinsame Entwicklung eines Ortes anhand von dreidimensionalen Modellen) genutzt werden. Die notwendigen Kenntnisse zur Umsetzung dieser Methoden werden den Nutzerinnen und Nutzern in Workshops praxisnah vermittelt.

PEPBS startet im Februar 2015 und ist Teil des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsverbundes PartKommPlus.

Literatur bei den Verfasserinnen und Verfassern
Anschrift siehe Impressum

BRITTA RICHTER

Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung innovativ gestalten Niedersächsischer Gesundheitspreis 2014

Zum vierten Mal wurden in Niedersachsen innovative Ansätze zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung mit dem Niedersächsischen Gesundheitspreis ausgezeichnet. Die Ministerien für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen sowie die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen haben diesen Preis gemeinsam ausgeschrieben. Die Apothekerkammer Niedersachsen ist in diesem Jahr als weitere starke Partnerin hinzugekommen.

Preisträger in der Kategorie »Mehr Sicherheit für Patientinnen und Patienten«

In dieser Preiskategorie wurde das Projekt »Einführung einer Sicherheitskultur« des Evangelischen Krankenhaus Göttingen-Weende gGmbH ausgezeichnet. Das Projekt zielt darauf ab, die Patientensicherheit aus einer umfassenden Perspektive zu betrachten und zu befördern. Dazu gehört auch, dass Fehler



und Risiken offen thematisiert werden, um sie als Chance zur Verbesserung begreifen und nutzen zu können. Im Rahmen des Projektes wurden unterschiedliche Ansätze entwickelt, die nicht nur auf der strukturellen, sondern auch auf der kulturellen Ebene wirken: professionell begleitete Coachings, Fallbesprechungen zur Enttabuisierung von Fehlern, Zusammenarbeit mit einem Seelsorger, Patientenidentifikationsarmbänder, ein Patientenfilm und die Entwicklung von Kennzahlen zur Analyse. Sie wurden in einem ganzheitlichen System zusammengeführt, das durch die Einbindung der Mitarbeitenden in die Entwicklung eine umfassende Bottom-up-Orientierung aufweist.

Preisträger in der Kategorie »Auch Helfende brauchen Hilfe«

Im Projekt »Auszeit – Unterstützung für pflegende Angehörige« setzen sich elf Ehrenamtliche unter Koordination des Diakonischen Werks in Stadt und Landkreis Osnabrück dafür ein, pflegende Angehörige zu unterstützen und ihnen eine Auszeit vom Pflegealltag zu verschaffen. Kooperationspartner sind die Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige sowie der Seniorenstützpunkt (SPN) der Stadt Osnabrück. Durch den Einsatz von Ehrenamtlichen sollen die Angehörigen in die Lage versetzt werden, sich eine »Auszeit« zu nehmen, sich dabei gut vertreten zu fühlen und das Vertrauen zu haben, dass ihre Angehörigen gut versorgt werden. Hierdurch kann ein Beitrag zum Erhalt der Pflege in der eigenen Häuslichkeit geleistet werden. Außerdem soll den zu Pflegenden die Gelegenheit gegeben werden, andere Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner zu haben, Besuch zu bekommen und den Kontakt zur Außenwelt nicht zu verlieren. Die Ehrenamtlichen werden für diese Einsätze geschult und durch das Diakonische Werk in Stadt und Landkreis Osnabrück eng begleitet.

Preisträger in der Kategorie »eHealth – Lösungen zur Unterstützung der Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention«

Preisträger dieser Kategorie ist das Projekt »SIMBA – sicher und mobil durch begleitende Assistenzsysteme«. Umgesetzt wurde es vom Braunschweiger Informatik- und Technologie-



Zentrum in Kooperation mit der Braunschweiger Verkehrs-AG, der Braunschweiger Taxenzentrale, der Johanniter-Unfall Hilfe, der Landesinitiative Niedersachsen Generationengerechter Alltag, der OECON P&S GmbH, dem Peter L. Reichertz Institut für Medizinischer Informatik (TU Braunschweig) sowie dem Institut für Gerontopsychologie (TU Braunschweig). Das Projekt verfolgt das Ziel, durch ein Assistenzsystem – eine App für Smartphones – die Mobilität und Teilhabe älterer Menschen am öffentlichen Leben zu verbessern. Die App bietet älteren Menschen die Möglichkeit, Informationen beispielsweise zu barrierefreien Routen, generationsfreundlichen Supermärkten oder Sitzbänken leicht und verständlich abzurufen. Darüber hinaus werden weitere Informations- und Servicedienstleistungen angeboten, wie beispielsweise ein Serviceruf. So kann zum einen die Mobilität zu Fuß unterstützt und zum anderen der Mobilitätsradius durch die Einbeziehung des öffentlichen Nahverkehrs und weiterer Mobilitätsanbieterinnen und -anbieter erweitert werden. Positiv hervorzuheben ist dabei, dass das Assistenzsystem unter Einbindung der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer entwickelt wurde, wodurch es anwenderfreundlich gestaltet wurde.

Sonderpreis www.da-sein.de: »Schreiben statt Schweigen« Online-Begleitung für trauernde und sterbende junge Erwachsene bis 25 Jahre

Erstmalig wurde in diesem Jahr ein Sonderpreis vergeben. Dieser ging an das Projekt www.da-sein.de der Stiftung Evangelischer Hospizdienst. Kooperationspartner sind das Palliativzentrum am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg sowie das Geschwisterkindernetzwerk Hannover. Ziel des Projektes ist es, junge Menschen bis 25 Jahre in Krisen, die durch Trauer und Sterbeerfahrungen ausgelöst wurden, durch eine Peer-Onlinebegleitung zu unterstützen. Für diese Zielgruppe existieren bisher kaum unterstützende Angebote. Über die Plattform www.da-sein.de wird trauernden oder sterbenden jungen Menschen eine anonyme, kostenfreie Online-Begleitung durch geschulte ehrenamtliche Peerbegleiterinnen und Peerbegleiter im Alter von 17 bis 26 Jahren angeboten. Sie verfassen »helpmails« und ermutigen die Ratsuchenden zum Aufschreiben ihrer Probleme, wodurch der Klärungs- und Verarbeitungsprozess befördert wird. Mit der Anwendung des Peer-Prinzips erfolgt eine Begleitung auf Augenhöhe. Neben diesem Kernangebot der »helpmails« bietet die Plattform Informationen zu dem Themenkomplex Sterben, Tod und Trauer.

Anschrift siehe Impressum



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, Iris Bregulla, Mareike Claus, Sandra Exner, Birte Gebhardt, Anne Hinneburg, Jan Kreie, Angelika Maasberg, Tanja Möller, Lea Oesterle, Annika Pingel, Dr. Maren Preuß, Andrea Radtke, Elena Reuschel, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Melanie Rogner, Stephanie Schluck, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Anna Stern, Kerstin Utermark, Marcus Wächter, Benjamin Weiß, Birgit Wolff

» Beiträge: Edith Ahmann, Thomas Altgeld, Prof. Dr. Fabienne Becker-Stoll, Dr. Julia Berkic, Prof. Dr. Silke Bothfeld, Monika Bradna, Sven Brandes, Prof. Dr. Peter Dall, Hartmut Dybowski, Sibylle Fleitmann, Beatrice Försterra, Birte Gebhardt, Ulrike Hauffe, Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Dr. Johanna Krawietz, Hans-Georg Nelles, Dr. Gisela Notz, Mechthild Paul, Britta Richter, Dr. Silja Samerski, Stephanie Schluck, Rainer Schubert, Dr. Marion Schumann, Dr. Ute Sonntag, Barbara Staschek, Dr. Petra Thorn, Sabina Ulbricht, Prof. Dr. Katrin van der Ven, Stefanie Visel, Angela Wilhelm, Regine Wlassitschau

» Redaktionsschluss: Ausgabe Nr. 86: 06.02.2015

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» Auflage: 8.500

» Gestaltung: Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» Druck: www.interdruck.net

» Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

» Titelfoto: © bonninturina - Fotolia.com

» Fotos: © Fotolia.com: Marco2811, Sven Bähren, F.Schmidt, yanlev, finecki, Halfpoint, Monkey Business, stockWERK, freepeoplea, S.Kobold, karcax, Irina Schmidt, Petair, Igor Borodin, Robert Kneschke, yanlev, Photographee.eu, Christian Müller, Julia Otto, Ermolaev Alexandr, lassedesignen, Robert Kneschke

Bücher, Medien

Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Chronische Erkrankungen betreffen Menschen nicht nur vorübergehend, sondern bestehen über Monate, Jahre oder sogar lebenslang. Eine konsequente Anpassung der Lebensweise und eine adäquate Handhabung therapeutischer Maßnahmen sind häufig unabdingbar. Das Buch stellt die häufigsten chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter von Diabetes mellitus (Typ 1) über angeborene Herzerkrankungen bis zu Epilepsie ausführlich dar. Die jeweiligen Erkrankungen werden kurz beschrieben, Annahmen zur Störungsgenese formuliert sowie Epidemiologie, Verlauf und Prognose, psychosoziale Belastungen, Entwicklungsrisiken und -chancen sowie Unterstützungsmöglichkeiten dargestellt. Alle Erkrankungen werden sowohl aus psychologischer als auch medizinischer Sicht betrachtet. Das Buch eignet sich als Einstieg in die verschiedenen Krankheitsbilder und bietet eine vergleichende Perspektive. (am)

ARNOLD LOHAUS, NINA HEINRICH (HRSG.): Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter: Psychologische und medizinische Grundlagen. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, 2013, 240 Seiten, ISBN: 978-3-621-27983-3, 34,95 Euro

»Coolout« in der Pflege

Was passiert mit Pflegekräften, die zwischen eigenem Anspruch und ihrer Professionalisierung sowie der alltäglichen Wirklichkeit im beruflichen Alltag mit Zeitdruck und Arbeitsverdichtung stehen? Die Autorin arbeitet Strategien von Pflegekräften heraus, die genau in diesem Konflikt stehen. Das zentrale Thema dieses Fachbuchs ist das Scheitern des pflegerischen Anspruchs in der Praxis und die Strategien dieser Berufsgruppen, die ihnen dabei helfen, auch im Scheitern an diesem Anspruch festzuhalten. Das Fachbuch richtet sich an Pflegekräfte, Mitarbeitende in Wissenschaft und Lehre und ist für den Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereich eine wichtige Lektüre. (bw)

KARIN KERSTING: »Coolout« in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2013, 322 Seiten, ISBN 978-3-940529-99-2, 34,00 Euro

Arbeitsbedingungen in der Altenpflege

Vor dem Hintergrund des zukünftigen Bedarfs an Pflegekräften und dem wachsenden Versorgungsproblem in der Altenpflege haben die Autorinnen in einer deutsch-schwedischen Gegenüberstellung Berufsverläufe miteinander verglichen. Sie haben länderspezifische Pflegepolitiken und die jeweilige Arbeitssituation miteinander abgeglichen sowie Spezifika der Berufsverläufe, Dauer von Erwerbsverläufen, Vereinbarkeitssituationen, Arbeitsbedingungen und Charakteristika der Arbeitssituation herausgearbeitet. Im Ergebnis sind interessante Diskussionen und Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Arbeitssituation und der Rahmenbedingungen der pflegerischen Tätigkeit entstanden. Das Fachbuch kann Mitarbeitenden in Wissenschaft und Lehre, Studierenden, Politikerinnen und Politikern sowie Personalverantwortlichen in Betrieben und Trägerorganisationen empfohlen werden. (bw)

HILDEGARD THEOBALD ET AL.: Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Edition Sigma, Berlin, 2013, 167 Seiten, ISBN 978-3-8360-8755-1, 15,90 Euro

Für sich und andere sorgen

Wer sorgt sich um mich, wenn ich – spätestens im Alter – Unterstützung benötige? Klar ist, dass sich die Selbst- und Fürsorge derzeit in einer prekären Lage befindet und sich dringend etwas ändern muss. Unterschiedliche Zusammenhänge, die mit dieser so genannten Care-Debatte zusammenhängen, wie Ethik, Demokratie, Gleichheit und Gerechtigkeit im Wohlfahrtsstaat, Migration und Haushaltsarbeit, werden dargestellt. Das Buch richtet sich an Expertinnen und Experten der Soziologie, Politikwissenschaft, Sozialen Arbeit sowie der Pflegewissenschaft und soll dazu anregen, über die Zukunft der Selbst- und Fürsorge in grundsätzlicher wie praktischer Weise nachzudenken. (ex)

BRIGITTE AULENBACHER, MARIA DAMMAYR (HRSG.): Für sich und andere sorgen: Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft. Beltz Juventa Verlag, Weinheim, Basel, 2014, 256 Seiten, ISBN 978-3-7799-3042-6, 29,95 Euro

Alternde Bevölkerung und gesundheitliche Versorgung

Das Werk bietet einen umfassenden Überblick über die zahlreichen Aspekte und Auswirkungen des demografischen Wandels auf Gesundheitssystem und Gesellschaft. Müller identifiziert zehn Herausforderungen wie etwa wachsende Altersarmut, kritische Krankheitsabsicherung, Zunahme chronischer Krankheiten und Fachkräftemangel und leitet hieraus Konsequenzen für eine altersgerechte und integrierte Versorgung ab. Diese Konsequenzen werden für ausgewählte Volkskrankheiten sowie für die bedarfsgerechte Versorgung bei Demenz und am Lebensende spezifiziert dargestellt. Die Ausführungen in den knappen, aber inhaltlich dichten Kapiteln berücksichtigen jeweils die Situation in Deutschland und in der Schweiz und somit verschiedene Modelle der Gesundheitsversorgung. Die umfangreichen Literaturhinweise bieten darüber hinaus Ansatzpunkte für einen tieferen inhaltlichen Einstieg. (mp)

KLAUS MÜLLER: Alternde Bevölkerung und gesundheitliche Versorgung. Zehn Herausforderungen und ihre Konsequenzen für Prävention, Rehabilitation und das Versorgungsmanagement in Deutschland und der Schweiz. Verlag Hans Huber, Bern, 2014, 646 Seiten, ISBN 978-3-456-85337-6, 69,95 Euro

Fitness für die Stimme

Nach einer allgemeinen Einführung über die Stimme als Ausdruck von Persönlichkeit und über medizinische Aspekte bietet der Band ein ausführliches, gut verständliches Übungsprogramm für die Stimme, angefangen bei Körperhaltung, Atmung, Entspannungs- und Lockerungsübungen. Es werden Resonanzübungen beschrieben, außerdem wird erläutert, wie sich die Sprechstimmlage verändern lässt und Stimm- und Vokaleinsatz zu trainieren sind. Abschließend werden Übungen für das tägliche Stimmtraining vorgestellt und Stimmhygiene beschrieben. Der Text wird durch kleine Skizzen ergänzt. (ark)

CLAUDIA HARTMANN: Fitness für die Stimme. Körperhaltung – Atmung – Stimmkräftigung. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel, 2014, 85 Seiten, ISBN 978-497-02475-9, 16,90 Euro

Patientengespräche besser gestalten. Gebrauchsanleitungen für helfende Kommunikation

Das Übermitteln von Diagnosen und Behandlungsabläufen ist ein wichtiger Bestandteil ärztlicher Arbeit, aber viele Ärztinnen und Ärzte haben das Führen von Gesprächen nie richtig gelernt. Der Autor beschreibt, dass Krankheit das Bewusstsein von Menschen verändern kann, wodurch die Kommunikation zusätzlich erschwert wird. Häufig werden gut gemeinte Formulierungen und Ratschläge missverstanden und ich-bezogen interpretiert; anstatt zu helfen, können die Worte beunruhigend auf den Patienten beziehungsweise die Patientin wirken. Das Buch soll Ärztinnen und Ärzten anhand vieler Praxisbeispiele und erlebter Geschichten demonstrieren, wie eine unterstützende und Hoffnung gebende Kommunikation mit Patientinnen und Patienten möglich sein kann, ohne die Ernsthaftigkeit einer Krankheit zu bagatellisieren. (as)

KLAUS-D. HÜLLEMANN: Patientengespräche besser gestalten. Gebrauchsanleitungen für helfende Kommunikation. Carl-Auer, Heidelberg, 2013, 122 Seiten, ISBN 978-3-89670-868-7, 12,95 Euro

Circle: Die Kraft des Kreises

Die Methode, Entscheidungen im Kreis zu treffen, wurde schon von Naturvölkern oder nord-amerikanischen Stammesältesten genutzt. Anfang der 1990er Jahre überlegten die beiden Autorinnen, wie diese Methode wieder mehr genutzt werden könne und entwickelten sowie erprobten in den folgenden Jahren den peerSpirit Circle Process. Diese Methode eignet sich für komplexe Gespräche, strategische Dialoge oder konfliktbeladene Situationen im beruflichen und privaten Bereich. Das vorliegende Buch stellt die Entwicklung und Methode des peerSpirit Circle Process ausführlich dar und zeigt unter anderem auf, wie sogar dem Wunsch nach Entschleunigung während Meetings oder Besprechungen Rechnung getragen werden kann. Durch viele Beispiele wird die konkrete Anwendung verdeutlicht. (ex)

CHRISTINA BALDWIN, ANN LINNEA: Circle: Die Kraft des Kreises. Gespräche und Meetings inspirierend, schöpferisch und effektiv gestalten. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, 2014, 281 Seiten, ISBN: 978-3-407-36557-6, 39,95 Euro

Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen

Im vorliegenden Buch werden die häufig auftretenden Komorbiditäten von Suchterkrankungen mit anderen psychischen Störungen systematisch beschrieben. Im ersten Teil werden verschiedene theoretische Aspekte von Doppeldiagnosen beleuchtet. Der zweite Abschnitt befasst sich mit psychischen Störungen und komorbiden Suchterkrankungen und der dritte Teil mit Suchterkrankungen und komorbiden psychischen Störungen. Die Herausgebenden verdeutlichen mit dieser Systematik die Wichtigkeit einer exakten Anamnese, in der vor allem die zeitliche Abfolge des Symptomauftritts berücksichtigt werden muss. Nur so kann eine passgenaue Diagnostik und auch Behandlung erfolgen. Durch die stringente Strukturierung bietet sich das Werk als schnelle Nachschlagelhilfe an und ist sowohl für Professionelle aus den Fachbereichen Suchthilfe, Suchtmedizin und Psychiatrie als auch für interessierte Laien geeignet. (as)

MARC WALTER, EUPHROSYNE GOUZOUILIS-MAYFRANK (HRSG.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2014, 226 Seiten, ISBN 978-3-17-022491-9, 39,90 Euro

Cybersex. Psychoanalytische Perspektiven

Internetgestützter Pornografiekonsum und die Nutzung virtueller Räume zur Anbahnung sexueller Kontakte sind heutzutage ubiquitär und spielen somit auch in psychoanalytischen Settings eine wachsende Rolle. Die 14 Autorinnen und Autoren befassen sich in diesem Band zunächst mit dem konzeptionellen Rahmen der (sexualisierten) Internetnutzung aus psychoanalytischer Perspektive und reflektieren diese Erkenntnisse hinsichtlich ihrer klinisch-psychologischen Relevanz in der Versorgung des primär männlichen Patientenguts. Eine Reihe von Falldarstellungen tragen hier zum Verständnis bei. Entwicklungspsychologische, forensische sowie kulturwissenschaftliche Erörterungen ergänzen die Exploration des Phänomens Cybersex. (ms)

AGATHA MERK (HRSG.): Cybersex. Psychoanalytische Perspektiven. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2014, 257 Seiten, ISBN 978-3-8379-2285-3, 29,90 Euro

Freiraum mit Risiko. Niederschwellige Erziehungshilfen für sogenannte Systemsprenger/innen

»Sie sind gewalttätig und dissozial, verlangen Zuwendung und verweigern sich jeder pädagogischen Zumutung«, so könnte man sie oberflächlich beschreiben, die so genannten »Hoch-Risiko-Klienten« oder »Systemsprengerinnen«, Heranwachsende, die das gesamte Jugendhilfesystem durchlaufen haben, es auswendig kennen und die »keiner mehr haben will«. Das Buch ist ein wissenschaftliches Portrait über ein anonymisiertes Projekt, welches seit 15 Jahren niedrigschwellig mit dieser Zielgruppe arbeitet und sein Hilfsangebot über zwei Jahre evaluieren lassen hat. Mit den vorliegenden Ergebnissen soll eine Fachdebatte angeregt und ein Zeichen für Offenheit und Transparenz innerhalb der Erziehungshilfen gesetzt werden. Das Buch richtet sich an all jene, die sich um diese Jugendlichen Gedanken machen und soll ein angstfreies Schreiben und Sprechen über Alltags-Erfahrungen ermöglichen. (as)

MATHIAS SCHWABE, MARTINA STALLMANN, DAVID VUST: Freiraum mit Risiko. Niederschwellige Erziehungshilfen für sogenannte Systemsprenger/innen. Klaus Münstermann Verlag, Ibbenbüren, 2013, 224 Seiten, ISBN 978-3-943084-13-9, 19, 50 Euro

Stiftungs Report 2014

Der Stiftungs Report 2014 »Gesundheit fördern« beleuchtet die vielfältigen Aktivitäten von Stiftungen im Bereich der Gesundheitsförderung. Es wird dargestellt, was Stiftungen leisten, um Gesundheit zu erhalten, wie sie mit dem Thema Krankheiten umgehen und was sie für Menschen in schwierigen Situationen tun. Zudem sind in dem Band die Ergebnisse der Umfrage zum Thema »Stiftungen und Gesundheit« zu finden. Der Band ist anschaulich gestaltet, mit Interviews, Schaubildern und jeweils ein Fazit am Ende der Kapitel. Der jährlich erscheinende Stiftungs Report wendet sich an Fach- und Führungskräfte im gemeinnützigen Sektor, in Politik und Wirtschaft, an Medienschaffende und Verbände. (us)

BUNDESVERBAND DEUTSCHER STIFTUNGEN (HRSG.): Stiftungs Report 2014: Gesundheit fördern. Bundesverband Deutscher Stiftungen, Berlin, 2014, ISBN 978-3-941368-62-0, 135 Seiten, 0,00 Euro (ggf. plus Versandkosten)



Hilfen für psychisch belastete Familien

Der vorliegende Band bietet Beiträge von Expertinnen und Experten aus Forschung, Jugendhilfe sowie Gesundheitswesen und befasst sich mit den unterschiedlichen Facetten der Problematik psychisch belasteter Familien. Ist ein Familienmitglied psychisch erkrankt, stellt dies für die Personen in ihrer unmittelbaren Umgebung immer eine Belastung dar und erfordert schnelle und unterschiedliche Hilfsmaßnahmen. Besonders Kinder benötigen fachlich kompetente Begleitung, um sich trotz ihrer belastenden Lebenssituation gesund entwickeln zu können. Doch wie sehen diese Maßnahmen aus? Die Beiträge zeigen Kooperationen zwischen Psychiatrie, Jugendhilfe und psychosoziale Versorgung auf und gehen den Fragen nach: Was brauchen psychisch belastete Familien außerhalb von Psychiatrie? Was brauchen Helfende? Wie sehen multiprofessionelle Helfernetzwerke für Kinder psychisch erkrankter Eltern aus? Die Antworten auf diese Fragen zeigen deutlich, dass in vielen Bereichen noch Handlungs- und Nachbesserungsbedarf besteht. (am)

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER KINDERSCHUTZ-ZENTREN E. V. (HRSG.): Hilfen für psychisch belastete Familien: Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe. Köln, 2014, 248 Seiten, ISBN-13: 978-3-943243-07-9, 14,95 Euro

Gesundheitsmanagement an Schulen

Basis erfolgreicher Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule ist ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis. Dazu gehört auch die Frage nach der Gesundheit von Schülerinnen, Schülern und Lehrkräften. Der Autor bietet hierzu einen umfänglichen Überblick. In den insgesamt sechs Kapiteln werden die Zusammenhänge von Gesundheit und Schulqualität aufbereitet und die sich daraus ergebenden neuen Aufgaben und Handlungsfelder für Schulleitungen dargestellt. Darüber hinaus benennt der Autor Instrumente des Gesundheitsmanagements und erläutert, wofür sie genutzt werden. Das Buch gibt Anregungen für ein nachhaltig wirksames Gesundheitsmanagement an der Schule. (am)

HEINZ HUNDELOH (HRSG.): Gesundheitsmanagement an Schulen: Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Schulleitung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 171 Seiten, ISBN 978-3-407-25686-7, 29,95 Euro

Neue und alte soziale Ungleichheiten. Inter- und intragenerationale Mobilitätsprozesse von Männern in Deutschland

In dem Band werden auf Basis der aktuellen Daten des Nationalen Bildungspanels (NEPS) soziale Mobilitätsprozesse von Männern und die darin sichtbar werdenden Veränderungen sozialer Ungleichheit in Deutschland erörtert. In der Analyse werden so die sozial- und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen der jüngeren Zeit und ihre sozialstrukturellen Auswirkungen transparent gemacht. Der ausschließliche Fokus auf Männer wird damit begründet, dass diese nach wie vor als maßgebliche Personen für Status und Ressourcenausstattung in Partnerschaften und Familien anzusehen seien. Die Ergebnisse belegen die weiterhin fundamentale Bedeutung von Bildung als Aufstiegsvoraussetzung und dokumentieren die sich zunehmend öffnende »soziale Schere« infolge von Globalisierung und damit einhergehender Deregulierungen von Arbeitsmärkten. (ms)

PIA NICOLETTA BLOSSFELD: Neue und alte soziale Ungleichheiten. Inter- und intragenerationale Mobilitätsprozesse von Männern in Deutschland. Budrich UniPress, Opladen, 2014, 223 Seiten, ISBN 978-3-86388-044-6, 28,00 Euro

Sucht. Die Sehnsucht nach dem Leben

Der dritte Band der Reihe »Kulturfallen im klinischen Alltag« wird vom Dachverband für transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik als Basisliteratur in diesem Themenfeld beschrieben und stellt neue Erkenntnisse, kulturelle Hintergründe sowie fachliche und versorgungspolitische Herausforderungen im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen vor. Die Herausgeberin beschreibt Sucht als eine Krankheit der Gewohnheit, bei der emotionale Prozesse und Konflikte eine Rolle spielen. Es werden verschiedene praktische Beispiele aufgezeigt, die dazu anregen sollen, sich mit den Gewohnheiten von Patientinnen und Patienten auseinanderzusetzen und diese in die Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Menschen mit Suchterkrankungen miteinzubeziehen. (as)

SOLMAZ GOLSABAHİ-BROCLAWSKI (HRSG.): Sucht. Die Sehnsucht nach dem Leben. In: Kulturfallen im klinischen Alltag. Band 3, LIT VERLAG Dr. W. Hopf, Berlin, 2014, 85 Seiten, ISBN 978-3-643-12450-0, 29,90 Euro

Migration, Familie und soziale Lage

Der Band zeichnet sich durch eine breite Autorenschaft und zahlreiche, unter anderem auch englischsprachige, Beiträge zu Migration und Familie im Kontext von Bildung, Gender und Care aus. Sie greifen die Vielfalt und Widersprüchlichkeit familialer Praxen auf und liefern dazu differenzierte Analysen. Die Beiträge sollen über die Marginalisierung und Problematisierung hinausweisen, die im Zusammenhang mit Migration verbreitet sind, und sie sollen den Prozessen der kulturellen Zuschreibung von Differenzen entgegenstehen. Der Band präsentiert dazu aktuelle empirische Ergebnisse und theoretische Auseinandersetzungen und schließt an die internationale Diskussion in diesem Themenfeld an. Er wendet sich an Fachkräfte, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Soziologie, Erziehungswissenschaft, Sozialarbeit sowie Migrationsforschung und -politik. (ark)

THOMAS GEISEN, TOBIAS STUDER, EROL YILDIZ (HRSG.): Migration, Familie und soziale Lage. Beiträge zu Bildung, Gender und Care. Springer VS, Wiesbaden, 2013, 331 Seiten, ISBN 978-3-531-18011-3, 39,90 Euro

Jahrbuch Sucht 2014

Auch die 57. Ausgabe des Jahrbuches Sucht spricht viele interessante Aspekte des Themas an. In den ersten beiden Kapiteln werden Zahlen und Fakten unter anderem zum Konsum von Alkohol, Tabak und Arzneimitteln, aber auch zu Themen wie dem Internetversand illegaler Drogen oder zu Delikten unter Alkoholeinfluss aufgezeigt. Im dritten Kapitel findet eine Darstellung des professionellen Suchthilfesystems statt. Im Kapitel vier »Aktuelle Themen« werden die Ergebnisse einer Vollerhebung aus NRW zum Thema Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtmittelkonsum dargestellt. Außerdem werden in zwei Kapiteln verschiedene Strategien der Tabak-, Alkohol- und Glücksspielindustrie unter die Lupe genommen. Im letzten Kapitel findet sich ein umfassendes Adressverzeichnis zu relevanten deutschen und europäischen Einrichtungen der Suchthilfe. Das Jahrbuch Sucht ist ein hilfreiches Nachschlagewerk für alle, die sich im Bereich Sucht engagieren, den aktuellen Stand mitverfolgen und diskutieren wollen. (as)

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V.: Jahrbuch Sucht 2014. Verlag Pabst Science Publishers, Lengerich, 2014, 321 Seiten, ISBN 978-3-89967-916-8, 20,00 Euro

Was für Schulen!

Was macht eine gute Schule aus? Gute Schulen sehen Schulentwicklungsaufgaben als Anliegen aller Beteiligten und Betroffenen und sorgen für entsprechende Strukturen sowie transparente Entscheidungen. Im Fokus der Schulentwicklung steht die Verbesserung der Qualität der Schule und des Lernens. Der vorliegende Band zeigt die Porträts der 15 mit dem deutschen Schulpreis 2013 nominierten Schulen und beschreibt die Entwicklungen und Erfolge, die für die Diskussion in Fachkreisen und Öffentlichkeit, vor allem aber für die breite pädagogische Praxis, genutzt werden können. Zu den Beiträgen und Modellen guter Praxis gibt es Zusatzmaterialien als Download. (am)

MICHAEL SCHRATZ, HANS ANAND PANT, BEATE WISCHER (HRSG.): Was für Schulen! Schule als lernende Institution – Beispiele guter Praxis. Der Deutsche Schulpreis 2013. Kallmeyer, Friedrich Verlag, Seelze, 2013, 152 Seiten, ISBN 978-3-7800-4994-0, 24,95 Euro

Organisation außer Ordnung

Der Organisationen wirken von außen oft chaotisch und wenig strukturiert. Aber warum ist das so? Die meisten Organisationen versuchen, eine gewisse Ordnung anzustreben, zum Beispiel durch die Gestaltung einer Aufbau- und Ablauforganisation. Unordnung im Arbeitsalltag gilt meist als Abweichung und Ausnahme, die es zu verhindern gilt. In dem vorliegenden Buch wird aus systemtheoretischer Perspektive auf Ordnung und Unordnung von Organisationen geschaut. Verschiedene Paradoxien werden erläutert und es wird beschrieben, wie die Organisationen selber und auch die in ihr arbeitenden Personen damit umgehen. In verschiedenen Artikeln werden unter anderem Themen wie Ärger, Ordnungsprinzipien, Humor und Personalauswahl behandelt. Das Buch spricht Praktikerinnen und Praktiker sowie Forschende aus den Bereichen Organisationsforschung und -entwicklung an. (mc)

MARTIN VOGEL (HRSG.): Organisation außer Ordnung. Außerordentliche Betrachtungen organisationaler Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2013, 269 Seiten, ISBN 978-3-525-40450-8, 39,99 Euro

Transkulturelle Psychiatrie. Erfahrungen von Experten aus der EU

Für den vierten Band der Reihe »Kulturfallen im klinischen Alltag« wurden Expertinnen und Experten aus dem europäischen Raum gewonnen, die ihre Erfahrungen, Forschungsergebnisse und ihren Umgang mit Hürden in der Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Erkrankungen schildern. Ein Verständnis über den Zusammenhang von Migration und dem Auftreten psychischer Erkrankungen sowie die Einbeziehung soziokultureller Hintergründe sind für die Versorgung und Behandlung dieser Patientengruppe essentiell. Der Herausgeberband dient in erster Linie dem länderübergreifenden Erfahrungsaustausch, um auf dem neuesten Stand der Entwicklungen zu bleiben, und einer Vernetzung der scientific community. (as)

SOLMAZ GOLSABAHI-BROCLAWSKI, İBRAHİM ÖZKAN, ARTUR BROCLAWSKI (HRSG.): Transkulturelle Psychiatrie. Erfahrungen von Experten aus der EU. In: Reihe: Kulturfallen im klinischen Alltag. Band 4, LIT VERLAG Dr. W. Hopf, Berlin, 2014, 136 Seiten, ISBN 978-3-643-12450-0, 29,90 Euro

Handbuch Stress und Kultur

Mit dem Buch liefern die Autoren einen Überblick über Zusammenhangsmuster zwischen Kultur, Stress und Gesundheit. Dabei werden sowohl kulturvergleichende als auch interkulturelle Ansätze berücksichtigt und ihre Wechselwirkungen aufgezeigt. In vier Themenbereichen sind die Aspekte »Stress und Gesundheit im kulturellen Kontext: Theorien und Konzepte«, »Forschungsmethoden und Datenauswertung«, »Stress und Gesundheit im Kulturvergleich« sowie »Interkulturelle Aspekte von Stress und Gesundheit« bearbeitet. Ziel ist es, Förderansätze aufzuzeigen, um die individuelle Kompetenz im Umgang mit Stress in interkulturellen Settings zu erhöhen. Das Buch richtet sich an Personen in den Bereichen Psychologie, Pädagogik, Sozialwissenschaften, Medizin und Gesundheitswesen. (am)

PETIA GENKOVA, TOBIAS RINGEISEN, FREDERICK T. L. LEONG (HRSG.): Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven. Springer VS Verlag, Wiesbaden, 2013, XV, 500 Seiten, ISBN 978-3-531-93449-5, 39,99 Euro

Gemeinsam besser unterrichten

Wie kann man gemeinsam besser unterrichten? Dieser Frage gehen die Autorinnen und Autoren in diesem schulformübergreifenden Ratgeber nach. Ihrer Meinung nach spielt Teamteaching bei der Inklusion eine besondere Rolle. Die Chancen der kooperativen Unterrichtsgestaltung eröffnen zunehmende Lern-Erfahrungen für die Schülerinnen und Schüler und bieten Unterstützung und Entlastung für Lehrkräfte. Damit gemeinsames Unterrichten gelingt und worauf zu achten ist, zeigt das Autorenteam an den Themen: Kooperation in der Schule, Strukturen für das Team entwickeln, Stundenplanung gezielt angehen, Klassenraumgestaltung im Focus der Schülerinnen, Schüler und Lehrkräfte, differenzierter Grundschul- und Sekundarstufe I Unterricht. Ebenso Beachtung findet das Thema Konflikte im Team gemeinsam lösen. Zur weiteren Unterstützung bietet das Buch veränderbare Vorlagen als Download. (am)

INGE KRÄMER-KILIÇ, SILKE LÜHMANN, AFRA KIEHL-WILL, TINA ALBERS (HRSG.): Gemeinsam besser unterrichten. Teamteaching im inklusiven Klassenzimmer. Verlag an der Ruhr, Mülheim an der Ruhr, 2014, ISBN 978-3-8346-2510-6, 125 Seiten, 16,95 Euro

Personalmanagement in der Altenbetreuung

Die Beschäftigten stellen im Altenpflege-sektor als personalintensivem Dienstleistungsbereich eine wertvolle Ressource dar. Um diese auch in Zeiten des voranschreitenden Fachkräftemangels zu erhalten, sind Einrichtungen mit der Herausforderung konfrontiert, aktiv und zielgruppenorientiert Maßnahmen zur Gewinnung und Entwicklung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu ergreifen. Der Herausgeberband gibt in beide Bereiche der Personalarbeit umfassende Einblicke. Die einzelnen Beiträge gehen beispielsweise auf die Bedeutung einer ganzheitlichen und systematischen Imagearbeit als Fundament für den Einsatz von diversen Strategien des Personalmarketings ein. Darüber hinaus finden auch der gezielte Einsatz von Mitarbeitergesprächen oder modernen Arbeitszeitgestaltungsmöglichkeiten zur Bindung von Mitarbeitenden Erwähnung. Insgesamt handelt es sich um eine bemerkenswert fundierte und dennoch anschauliche und praxisnahe Betrachtungsweise zentraler Stellgrößen, die gegenwärtig in Fachkreisen diskutiert werden. (mp)

BRIGITTE NÖBAUER ET. AL. (HRSG.): Personalmanagement in der Altenbetreuung. MitarbeiterInnen gewinnen und entwickeln. Linz, Wagner Verlag, 2013, ISBN 978-3-902330-78-9, 24,00 Euro

Wen kümmern die Alten?

Obwohl es der älteren Generation gesundheitlich noch nie besser als heute ging, wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den nächsten Jahren deutlich ansteigen. Die Fragen »Wer sorgt sich um mich und pflegt mich im Alter?« werden also immer lauter. Der Autor setzt sich kritisch mit den heutigen Vorstellungen von Pflegebedürftigkeit und Demenz auseinander und kommt zu dem Schluss, dass mutige Innovationen benötigt werden, um den Gestaltungsaufgaben einer Gesellschaft des langen Lebens gerecht zu werden. Dabei wird insbesondere das Konzept der Caring Community als Paradigma für eine nachhaltige Pflegepolitik vorgestellt. (ex)

THOMAS KLIE: Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gemeinschaft. Pattloch Verlag, München, 2014, 256 Seiten, ISBN 978-3-629-13041-9, 18,00 Euro

Pflege grenzüberschreitend organisieren

Eurojob24, Mc Pflege oder Pflegeagentur24: So oder ähnlich heißen viele Agenturen, die polnische Hilfs- und Pflegekräfte in Haushalte nach Deutschland vermitteln. Während die Arbeits- und Lebenssituation der hier Beschäftigten bereits in mehreren Untersuchungen aufgegriffen wurde, sind die Agenturen selbst gegenwärtig noch kaum Gegenstand der Betrachtung. Die Autorin beleuchtet unter anderem ihre Verbreitung, die rechtliche Legitimität und die sozialräumliche Verortung. Auch Einblicke in die Rekrutierungs- und Vermittlungspraxis und die Maßnahmen zur Aufrechterhaltung grenzüberschreitender Pflegearrangements werden vermittelt. Mit ihrer Arbeit leistet Johanna Krawietz einen wichtigen Beitrag zur Erhellung eines Versorgungssegments, das sich in Deutschland seit den 1990er Jahren mit einer erstaunlichen Dynamik entwickelt, gleichzeitig aber ein Schattendasein führt. (mp)

JOHANNA KRAWIETZ (2014): Pflege grenzüberschreitend organisieren. Eine Studie zur transnationalen Vermittlung von Care-Arbeit. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2014, 184 Seiten, ISBN 978-3-86321-183-7, 34,90 Euro

Gesund leben gesund bleiben

»Wie muss unser Gesundheitssystem aussehen, wenn es konsequent um Gesundbleiben und Gesundwerden gehen soll? Und was kann jeder selbst für seine Gesundheit tun?« Dies sind die Leitfragen des Buches. Der Text basiert auf 25 Radio-Sendungen des Funkkolleg Gesundheit, die bis Mai 2014 ausgestrahlt wurden. Das Buch schärft den Blick dafür, was in Arztpraxen und Krankenhäusern passiert, und nimmt medizinische Zugriffe kritisch unter die Lupe. So werden Überdiagnostik und Übertherapie thematisiert. Es geht um kompetente Patientinnen und Patienten sowie um den Gesundheitsfaktor Zeit. Es geht sehr alltagsnah um Rahmenbedingungen dafür, gesund zu leben und gesund zu bleiben. (us)

REGINA OEHLE, EVA MARIA SIEFERT, KARL-HEINZ WELLMANN (HRSG.): Gesund leben gesund bleiben. Von Selbstheilungskräften und den Chancen und Risiken einer modernen Medizin. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2014, ISBN 978-3-407-85999-0, 335 Seiten, 16,95 Euro



Transgender-Gesundheitsversorgung

Die erste Versorgungsempfehlung für die Gesundheit und Behandlung von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Menschen erschien 1979. Heute liegt die siebte Überarbeitung vor, die die kritischen gesellschaftlichen Diskussionen reflektiert und relevante Aspekte des kulturellen Wandels eingearbeitet hat. Die Standards of Care sind vom Weltverband für Transgendergesundheit, basierend auf dem neuesten Wissensstand und Konsens von Expertinnen und Experten, entwickelt worden. Eine nationale S3-Leitlinie wird unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung gegenwärtig vorbereitet. Es geht etwa um therapeutische Ansätze, Diagnostik, um psychische Gesundheit, Hormonbehandlung, reproduktive Gesundheit, Operationen, Stimm- und Kommunikationstherapie. Neben den Versorgungsempfehlungen gibt das Buch einen Überblick über die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland. Das Buch ist ein Muss für alle, die beruflich mit transsexuellen, transgender oder geschlechtsnichtkonformen Menschen zu tun haben. (us)

HERTHA RICHTER-APPELT, TIMO O. NIEDER (HRSG.): Transgender-Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2014, 203 Seiten, ISBN 978-3-8379-2424-4, 24,90 Euro



Resilienz – Kompetenz der Zukunft

Sylvia Kéré Wellensiek und Joachim Galuska zeigen in Ihrem Buch auf, dass sich die Kernidee des Resilienz-Gedankens in jedes Umfeld transportieren und auf jeweilige Kontexte übertragen lässt. Schwerpunkte bilden bei ihren Betrachtungen zur Resilienz der Mensch, das Unternehmen und die Gesellschaft. Die Autorin und der Autor liefern eine detaillierte Zustandsbeschreibung sowie einen differenzierten, praxisorientierten Blick nach vorn und gehen dabei ein auf die Fragen: Wo stehen wir? Und was können wir tun – als einzelner Mensch, aus wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Perspektive? Inhaltlich wird Resilienz als ein Kompetenzbündel eingeführt, um Komplexität zu meistern. Ausgehend von der psychosozialen Lage in Deutschland wird unter anderem auf resiliente Verhaltensweisen im Unternehmensalltag, auf das psychosoziale System der Gier, auf die Kunst des Wirtschaftens und auf Resilienz als Erfordernis für eine nachhaltige Entwicklung eingegangen. Das Buch richtet sich an alle, die an der Erforschung sozialer und gesellschaftlicher Prozesse interessiert sind. (jk)

SYLVIA KÉRÉ WELLENSIEK, JOACHIM GALUSKA: Resilienz – Kompetenz der Zukunft. Balance halten zwischen Leistung und Gesundheit. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2014, 207 Seiten, ISBN 978-3-407-36550-7, 24,95 Euro

Länderreport Frühkindliche Bildungssysteme 2013

Der Länderreport bietet einen detaillierten Einblick in die frühkindlichen Bildungssysteme der 16 deutschen Bundesländer im Vergleich. Das Autorenteam zeigt zu den Themen Teilhabe sichern, Investitionen wirkungsvoll einsetzen sowie Bildung fördern – Qualität sichern aktuelle Daten und Fakten. Ein wichtiges Schwerpunktthema im Länderreport ist das Leitungspersonal von Kitas, das bislang kaum im Blick der fachpolitischen Debatte steht. Die Daten stammen aus der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik sowie einer Befragung der zuständigen Länderministerien. Damit bietet der Report wichtige Informationen für Politik, Trägerverbände, Wissenschaft und Interessierte. Der Report macht deutlich, dass Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in Deutschland weiterhin einen qualitativen Ausbau benötigt, damit alle Kinder optimal in ihren Bildungs- und Entwicklungsbedarfen unterstützt werden können. (am)

KATHRIN BOCK-FAMULLA, JENS LANGE (HRSG.): Länderreport Frühkindliche Bildungssysteme 2013. Transparenz schaffen – Governance stärken. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2013, ISBN 978-3867934244, 340 Seiten, 25,00 Euro

Professionell coachen

Coaching ist ein sehr individuell geprägtes Tätigkeitsfeld, das eine stetige persönliche Weiterentwicklung voraussetzt. In diesem Sammelwerk finden angehende und erfahrene Coaches neben theoretischen Grundlagen viele Fallbeispiele, praktische Tipps, Übungen und Interventionen sowie Sachinformationen und Literaturhinweise. Inhaltlich sind diese in die Abschnitte »Coachingkompetenzen«, »Coachinginterventionen« und »Rund um die gelingende Coachingpraxis« gegliedert. Nicht nur das ziel- und aufgabenorientierte Verhalten der Coaches berücksichtigt, sondern auch deren Abgrenzung und Selbstsorge. Insgesamt bietet das Werk zahlreiche Ideen und Methoden, um die eigene Praxis vielfältiger zu gestalten. (ar)

ALICA RYBA, DANIEL PAUW, DAVID GINATI, STEPHAN RIETMANN (HRSG.): Professionell coachen. Das Methodenbuch: Erfahrungswissen und Interventionstechniken von 50 Coachingexperten. Beltz Verlag, Weinheim, 2014, 548 Seiten, ISBN 978-3-407-36547-7, 49,95 Euro

Professionelle pädagogische Haltung

Der Begriff der »Haltung« wird bisher in der Pädagogik aus Sicht der Herausgeberinnen eher implizit mitgedacht als expliziert. Gemeinsam mit den Autorinnen und Autoren setzen sie sich mit diesem Band daher das Ziel, sich dem Konstrukt »professionelle Haltung« aus mehreren Perspektiven zu nähern. Dazu werden theoretische Diskurse wie beispielsweise über Gerechtigkeit und die professionelle Haltung von Lehrkräften oder über Ressourcenorientierung als Grundhaltung geführt und deren Konsequenzen für die professionelle Haltung von Pädagoginnen und Pädagogen durchdacht. Ergänzt wird dies durch Sekundäranalysen zweier Studien zur individuellen Förderung. In einer Schlussbetrachtung führen die Herausgeberinnen aus, dass eine professionelle Haltung weitaus mehr umfasst als Einstellungen, Glaubenssätze, subjektive Theorien, Praktiken oder Ziele. Sie thematisieren Grenzen der Verantwortungsübernahme, fragen, ob Haltung lehrbar ist oder gar Zugangsvoraussetzung für pädagogische Berufe sein sollte, und sie beleuchten Anforderungen an Aus- und Weiterbildung. (ark)

CHRISTINA SCHWER, CLAUDIA SOLZBACHER (HRSG.): Professionelle pädagogische Haltung. Historische, theoretische und empirische Zugänge zu einem viel strapazierten Begriff. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn, 2014, ISBN 978-3-7815-1967-1, 224 Seiten, 18,90 Euro

Wenn die Organe ihr Schweigen brechen und die Seele streikt

»Kein Mensch ist in irgendeinem Augenblick seines Lebens ganz krank oder ganz gesund. Und keine Gesundheit oder Krankheit ist nur körperlich oder nur seelisch.« Die Gesundheitswissenschaftlerin Annelie Keil ist der Verborgenheit der Gesundheit in der Krankheit auf der Spur. Sie zeigt auf, dass wir nur im kritischen Dialog mit uns selbst und mit den Gesundheitsexperten unsere Gesundheit fördern und Krankheiten sowie Krisen in die eigenen Hände nehmen können. (us)

ANNELIE KEIL: Wenn die Organe ihr Schweigen brechen und die Seele streikt. Krankheit und Gesundheit neu denken. Scorpio Verlag, München, 2014, 240 Seiten, ISBN 978-3-943416-82-4, 17,99 Euro



Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression

Der Versorgungs-Report ist eine regelmäßig erscheinende Publikation des Wissenschaftlichen Institutes der AOK. Der vorliegende Report gliedert sich in drei Blöcke. Schwerpunktthema ist die Depression, die zurzeit häufigste psychische Erkrankung. Welche Entwicklungen der Erkrankungshäufigkeit sind zu beobachten? Wer versorgt depressiv Erkrankte? Welchen Stellenwert haben allgemeinmedizinische Versorgung, Arzneimittel, Psychotherapie und soziale Unterstützung? Welche innovativen Ansätze können die Behandlung verbessern? Im zweiten Teil »Krankheits- und Behandlungs-Monitoring« wird die Versorgungsqualität von Diabetes mellitus samt Fußamputationen, von Herzinsuffizienz, der Wirbelsäulenchirurgie, der Arzneimitteltherapie bei Älteren samt Polypharmazie sowie von Herzkatheter-Untersuchungen analysiert. Es schließt sich ein Statistikeil »Daten und Analysen« an, in dem relevante Versorgungsdaten für die häufigsten Erkrankungen, auch regionalisiert, zusammengestellt sind. Die Printausgabe wird durch ein Internetportal unter www.versorgungs-report-online.de ergänzt.

JÜRGEN KLAUBER, CHRISTIAN GÜNSTER, BETTINA GERSTE, BERNT-PETER ROBBA, NORBERT SCHMACKE (HRSG.): Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression. Schattauer, Stuttgart, 2014, 334 Seiten, ISBN 978-3-7945-6760-7, 54,99 Euro

Partizipation kompakt

Den Herausgeberinnen dieses Buches ist es gelungen, ein Lehrbuch zu entwickeln, welches anspruchsvolles Fachwissen für Studierende sowie Praktikerinnen und Praktiker verständlich vermittelt. Es wird erläutert, warum Partizipation wichtig ist und wie es in sozialen Berufen gelingen kann, mit den Menschen anstatt für sie zu arbeiten. Anhand von zahlreichen Beispielen ist es möglich, die unterschiedlichen Stufen von Partizipation zu unterscheiden und einzuordnen. Darüber hinaus ermöglicht es, die eigene Haltung zu reflektieren und eigene Ideen zu mehr Partizipation zu entwickeln. Dieses Buch liest man gern, insbesondere aufgrund seiner Übersichtlichkeit und Anschaulichkeit. (mc)

G. STRASBURGER; J. RIEGER (HRSG.): Partizipation kompakt – Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2014, 252 Seiten, ISBN 978-3-7799-2969-7, 14,95 Euro

Karrieren und Lebenswelten

Das Thema »Karrieren und Lebenswelten« wird in sechs Beiträgen facettenreich bearbeitet. Es geht etwa um Weiterbildungstrainings für Entscheider und Entscheiderinnen mit Gender- und Diversity-Strategien, mit denen sich hierarchische Geschlechterverhältnisse auf Dauer ändern lassen. Es wird durch eine Deutungsmusteranalyse gezeigt, wie sich solche Muster von Spitzenführern auf die Handlungspraxen in Organisationen auswirken, und welche Lösungsansätze dort greifen, um die Unterrepräsentanz von Frauen in Führungspositionen zu überwinden. Im Zusammenhang mit Dual-Career-Couples werden hemmende und fördernde Faktoren für das Ausbalancieren von doppelter Karriere im Wissenschaftssystem thematisiert. Es wird gezeigt, dass familienfreundliche Personalpolitik die Karrierechancen von Frauen nicht in nennenswerter Weise verbessert. Gruppendiskussionen analysieren die Einschätzungen zu beruflichen Anforderungen und Orientierungen von Schülerinnen. (us)

ANNE SCHLÜTER (HRSG.): Karrieren und Lebenswelten – Irritationen, Dynamiken, Strategien. Schwerpunktthema des Heftes 3/14, 6. Jg. Vol. 6, Gender, Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Verlag Barbara Budrich, Opladen, 2014, 168 Seiten, ISSN 1868-7245, 21,90 Euro plus Porto

Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe

Beschäftigte im Pflege- und Gesundheitswesen arbeiten in einem Tätigkeitsfeld, das umfassend durch die Interaktion von Menschen bestimmt wird. Der Umgang mit Emotionen stellt in diesem Kontext einen wichtigen Bestandteil des professionellen Handelns dar. Als herausfordernd wird dabei insbesondere die Versorgung von Menschen empfunden, die unter Angststörungen leiden. Der Band greift dieses Thema in unterschiedlichsten Facetten auf und gibt differenziert Einblicke, welchen Stellenwert Angst in unserer Gesellschaft einnimmt, wie sie sich aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive in unterschiedlichen Phasen des Lebenslaufs zeigt und in welchen Formen sie in den Institutionen des Pflege- und Gesundheitswesens in Erscheinung tritt. Den in diesen Berufsfeldern Tätigen werden Handlungsansätze aufgezeigt, wie mit Ängsten der Patientinnen und Patienten umgegangen werden kann. Dabei macht das Buch auch vor unbequemen Themen, zum Beispiel der Angst vor dem Tod, nicht halt, denen bisher auch im professionellen Bereich häufig nur durch Schweigen begegnet wird. Bemerkenswert ist, dass auch die Ängste der Pflegenden selbst aufgegriffen werden, die in Zeiten eines wachsenden Anforderungsdrucks und zunehmender Ökonomisierungstendenzen zwar bereits weit um sich greifen, denen jedoch selten Raum gegeben wird. Insgesamt birgt das Buch das Potenzial, zu einem elementaren Nachschlagewerk zu werden, dessen Einsatz einen Beitrag zu einem reflektierten und kompetenten Umgang mit Angst leisten kann. (mp)

THOMAS HAX-SCHOPPENHORST, ANJA KUSSEROW (HRSG.): Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Praxishandbuch für die Pflege- und Gesundheitsarbeit. Verlag Hans Huber, Bern, 2014, 360 Seiten, ISBN 978-3-456-85414-4, 29,95 Euro

Termine LVG & AFS

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



Bremische Regionalkonferenz: Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität 20. Januar 2015, Bremen

Die Diskussion um ein kommendes Präventionsgesetz hat erneut Fahrt aufgenommen, und damit einher geht auch die Forderung nach einer verbindlichen, flächendeckenden Qualitätssicherung, um die Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltiger auszuschöpfen. Wir laden Sie herzlich ein, auf dieser bremischen Regionalkonferenz mit uns in einen Dialog zu treten, um den Weiterentwicklungsprozess zu einer praxisorientierten Qualitätssicherung aktiv mitzugestalten und so Ihre gute Arbeit sichtbar(er) zu machen. In Arbeitsgruppen zu den Bereichen Quartier und Migration möchten wir erste Ergebnisse aus vorausgegangenen Befragungen von Praktikerinnen und Praktikern vorstellen und mit Ihnen über Ihre Wünsche, Ideen, Erwartungen und Bedürfnisse im Kontext von Qualitätsentwicklung und -sicherung ins Gespräch kommen. Die Veranstaltung richtet sich an Akteurinnen und Akteure, Projektverantwortliche und Fachkräfte aus dem Setting Stadtteil, dem Handlungsfeld Migration, Verantwortliche auf kommunaler Ebene sowie alle am Thema Interessierten.

Bundeskonferenz: Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität 26. Januar 2015, Berlin

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) richtet am 26. Januar 2015 in Berlin eine Bundeskonferenz zu dem von ihr geförderten Vorhaben »Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität« aus. Im Mittelpunkt der Veranstaltung steht die Frage, wie die im Rahmen des geplanten Präventionsgesetzes geforderte Stärkung von Qualitätsentwicklung und -sicherung in der täglichen Praxis der Gesundheitsförderung in Lebenswelten verankert werden kann. Diskutiert werden insbesondere aktuelle Ergebnisse aus Befragungen von Praktikerinnen und Praktikern zu ihren Erfahrungen mit Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung, der Stand gesetzlicher Rahmenbedingungen sowie mögliche Konzepte für Transfer und Kompetenzentwicklung. Die Tagung richtet sich an Praktikerinnen und Praktiker, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Verantwortliche aus Verwaltung und Politik sowie weitere Interessierte.

Bundeskonferenz: Gesund und arbeitsfähig in öffentlichen Verwaltungen

29. Januar 2015, Berlin

In Zeiten von Verwaltungsmodernisierungen und steigender Arbeitsverdichtung bei gleichzeitig immer weniger Personal fällt eine Bewältigung der anfallenden Aufgaben immer schwerer. Daher sind motivierte, gut ausgebildete, aber auch gesunde Beschäftigte Voraussetzung für eine effektive und erfolgreiche öffentliche Verwaltung. In ihrer Funktion als Arbeitgeber können Bund, Länder und Kommunen mittels eines Gesundheitsmanagements dazu beitragen, gesundheitliche Risiken im Arbeitsumfeld zu reduzieren sowie die Gesundheitspotenziale der Beschäftigten zu stärken. Die Bundeskonferenz der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll dazu beitragen, weitere öffentliche Verwaltungen zur Einführung eines Gesundheitsmanagements zu motivieren.

Früh übt sich – ... Fachlichkeit sichern Bildung und Gesundheit in der Kita

05. Februar 2015, Hannover

Kindertagesstätten sind Orte der Bildung, Entwicklung und Erziehung, in deren Mittelpunkt der pädagogischen Arbeit das anvertraute Kind steht. Ein afrikanisches Sprichwort sagt dazu:

»Um ein Kind zu erziehen, braucht es ein ganzes Dorf.« Übertragen auf die Kita bedarf es einer »ganzen Einrichtung« und damit des gesamten Kita-Teams, um ein Kind gut begleiten zu können. Doch was macht eine gelungene Begleitung aus? Welche Fachlichkeit ist gefragt? Ist es mein Wissen und meine Innovation? Was brauchen wir als Team? Welche Rolle und Aufgaben hat die Kita-Leitung? Wie generieren wir fachliche Unterstützung für die pädagogische Arbeit? Fragen, Diskussionen und Gespräche rund um das Thema Fachlichkeit sollen für einen kollegialen Austausch der Tagungsteilnehmenden, neue Kontakte und anregende Ideen sorgen. Darüber hinaus werden Praxisbeispiele und kreative Übungen vorgestellt und ausprobiert. Die landesweite Fachtagung richtet sich an Fachkräfte in Kindertagesstätten, Kindergärten, Krippen, Elterninitiativen und Horte sowie andere Professionelle aus den Bereichen Erziehung, Gesundheit, Soziales und Bildung.

Gesunde Betriebe – Gesundes Niedersachsen

10. Februar 2015, Hannover

Angesichts des demografischen Wandels und des zu erwartenden Fachkräftemangels wird das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) in den kommenden Jahren weiter an Bedeutung gewinnen. Viele Unternehmen haben erkannt, dass sie (noch) mehr für die Gesundheit ihrer Beschäftigten tun müssen als bisher. In Kooperation mit der LVG & AFS veranstaltet daher die Krankenkasse hkk eine interdisziplinäre Fachtagung zum BGM. Es wird neben einem Impulsvortrag verschiedene Fachvorträge rund um das Thema Gesundheit im Betrieb geben. Die Fachvorträge finden in Vortragsblöcken am Vormittag und frühen Nachmittag statt. Die Tagungsteilnehmerinnen und -teilnehmer sind außerdem eingeladen, sich parallel dazu auf einem Markt der Möglichkeiten über betriebliche Gesundheitsförderungsangebote zu informieren. Vor Ort werden unterschiedliche Anbieter über ihre praxisbewährten Maßnahmen informieren und ihr BGM-Portfolio »zum Anfassen« vorstellen. Aktionen und Beratungen vor Ort bilden einen wesentlichen Bestandteil für die Praxisnähe der Veranstaltung.

**Wir können auch anders . . . und zwar am besten zusammen!
Partizipation von Kindern, Jugendlichen und Eltern in Kinder-
tageseinrichtungen, Schulen, Jugendhilfe und Kinderschutz**
24. Februar 2015, Hannover

Fachkräfte, die mit Kindern, Jugendlichen und Eltern zusammenarbeiten, wissen, wie wichtig es ist, ihnen Teilhabe- und Beteiligungsmöglichkeiten zu eröffnen. Die Bedeutung der Partizipation für die Bereiche Bildung, Erziehung und Gesundheitsförderung ist somit unbestritten. Doch wie gelingt dies am besten in der Praxis? Wie gehe ich methodisch vor? Eingeladen sind Fachkräfte aus Kindertageseinrichtungen, Schulen sowie der Jugendhilfe und aus der Gesundheitsförderung, um gemeinsam Möglichkeiten und Methoden für mehr Teilhabe und Beteiligung zu diskutieren. In Vorträgen und Workshops werden theoretisches Fachwissen und Praxiswissen vermittelt.

**An der Schmerzgrenze – Sektorenübergreifende
Schmerzversorgung von morgen gestalten**
11. März 2015, Hannover

Chronische Schmerzpatienten bedarfsgerecht zu versorgen, stellt das Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung. Gründe hierfür sind in der Komplexität der verschiedenen Erkrankungen und in der sektoralen Gliederung des Systems zu finden. Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen sind in hohem Maße körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen ausgesetzt, und Therapiebrüche sowie Informationsverluste zwischen den Beteiligten stehen auf der Tagesordnung. Insbesondere vor dem Hintergrund des Versorgungstärkungsgesetzes werden Expertinnen und Experten auf der Fachtagung der LVG & AFS und BARMER GEK diese Problematik sowie mögliche Lösungswege diskutieren. Eingeladen sind niedergelassene und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen sowie aus Politik und Verwaltung.

Polymedikation – Den Überblick behalten
18. April 2015, Hannover

Auch wenn die Problematik der Polymedikation nicht neu ist, so ist sie nach wie vor hoch aktuell: Immer älter werdende Patientinnen und Patienten haben häufig mehrere chronische Erkrankungen, die eine dauerhafte Medikation erfordern. Aspekte wie eine schlechte Vernetzung zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren, eine verminderte Compliance und Kommunikationsfähigkeit der Patientinnen und Patienten oder das Auftreten behandlungsbedürftiger unerwünschter Nebenwirkungen verschärfen die Problematik immens. Die Kooperationsveranstaltung der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der LVG & AFS will dieser Problematik praxisnah begegnen. Mit Fachvorträgen und Workshops sollen praktische Lösungsansätze berufsgruppenübergreifend und fallzentriert diskutiert werden. Die Fachtagung richtet sich insbesondere an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker.

VORSCHAU

3. Männergesundheitkongress
14. April 2014, Berlin

**Beteiligungsprozesse bei der interkulturellen Öffnung
von Gesundheitseinrichtungen**
18.–19. Juni 2014, Berlin

**Veranstaltungsreihe Argumente für Gesundheit 2015 –
Gute Arbeit für die Seele – Analysen und Perspektiven
von Prävention bis Rehabilitation**
27. Mai, 15. Juni, 14. September und 30. September 2015, Hannover



Fortbildungsprogramm CAREalisieren

Im ersten Halbjahr 2015 läuft das Frühjahrsprogramm der Fortbildungsreihe CaREalisieren der LVG & AFS, welches sich an Beschäftigte der Krankenpflege, Altenpflege und -betreuung richtet. Sie arbeiten in einer Branche, die durch rasant voranschreitende Veränderungen und hohe Anforderungen an jede Einzelne und jeden Einzelnen geprägt ist. Um eine menschenwürdige Begleitung und Unterstützung kranker, behinderter und pflegebedürftiger Menschen zu gewährleisten – aber auch die eigene und die Arbeitskraft von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu erhalten und auszubauen – ist ein hohes Maß an beruflicher Handlungskompetenz notwendig. Im Rahmen der Veranstaltungen werden eingeschlossene Vorgehensweisen auf den Prüfstand gestellt und neue Wege aufgezeigt.

Das Programm findet sich in Kürze unter www.gesundheit-nds.de/CMS/veranstaltungen. Hier die Termine in der Vorschau:

Personalgewinnung und -bindung in der Altenpflege
15. Januar 2015, Hannover

Frauen führen anders?!
19. Mai 2015, Hannover

**Aufbau Niedrigschwelliger Betreuungsangebote –
Eine Aufgabe für Profis**
02. Juni 2015, Hannover

**Impulse zur Begegnung und Begleitung von Menschen
mit schwerer Demenz**
04. Juni 2015, Hannover

14.01.2015 » Zukunftstag besser zuhause: Technik – Alter(n) – Quartier, Weyhe, Kontakt: Gemeinde Weyhe, Technikberatungsstelle »besser zuhause«, Linda Pitzschler, Rathausplatz 1, 28844 Weyhe, Tel.: (04 21) 8 98 33 44, E-Mail: technikberatung@gemeinde.weyhe.de

04.03.2015 » Inklusion bedeutet Vielfalt! – Behindertenhilfe trifft Sport, Hannover, Kontakt: Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V., Raiffeisenstraße 18, 35043 Marburg, Tel.: (0 64 21) 49 10, Fax: (0 64 21) 49 11 67, E-Mail: bundesvereinigung@lebenshilfe.de

11.03.2015 » Belastungen und Bewältigungsstrategien von Kindern psychisch erkrankter Eltern, Hannover, Kontakt: Kinderschutz-Akademie in Niedersachsen, Escherstr. 23, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 44 40 75, Fax: (05 11) 44 40 77, E-Mail: info@kinderschutz-akademie.de

17.–18.03.2015 » Verantwortung zwischen Fürsorge und Freiheit – Neue regionale Konzepte in der Gemeindepsychiatrie, Cloppenburg, Kontakt: Landkreis Cloppenburg, Petra Thesing, Eschstr. 29, 49661 Cloppenburg, Tel.: (0 44 71) 1 52 45, Fax: (0 44 71) 1 53 30, E-Mail: thesing@lkclp.de

19.–21.03.2015 » 9. Osnabrücker Kongress »Bewegte Kindheit« 2015, Osnabrück, Kontakt: Universität Osnabrück, Jahnstraße 75, 49080 Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 69 64 05, Fax: (05 41) 9 69 64 03, E-Mail: info@bewegtekindheit.de

15.01.2015 » Quartier, Stadtteil, Aktivität: Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität, Hamburg, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., Repsoldstraße 4, 20097 Hamburg, Tel.: (0 40) 28 80 36 40, Fax: (0 40) 2 88 03 64 29, E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

15.01.2015 » Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität, Magdeburg, Kontakt: Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG), Könnertstraße 5, 01067 Dresden, Tel.: (03 51) 5 63 55 23, Fax: (03 51) 5 63 55 24, E-Mail: post@slfg.de

15.01.2015 » Männer altern anders? Erreichbarkeit von älteren Männern für gesundheitsförderliche Angebote, Weimar, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V., Carl-August-Allee 9, 99423 Weimar, Tel.: (0 36 43) 49 89 80, Fax: (0 36 43) 4 98 98 16, E-Mail: info@agethur.de

29.–30.01.2015 » Mehr Teilhabe für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf – Anforderungen an ein modernes Teilhaberecht, Berlin, Kontakt: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e. V., Am Schulzentrum 9–11, 52428 Jülich, Tel.: (0 24 61) 4 06 73 50, E-Mail: mail@dhg-kontakt.de

05.02.2015 » Gesund aufwachsen in vielen Welten – Förderung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte, Essen, Kontakt: Gesundheit Berlin Brandenburg e. V., Stefan Bräunling, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 44 31 90 74, Fax: (0 30) 44 31 90 63, E-Mail: Braeunling@gesundheitbb.de

12.02.2015 » Bayern auf dem Weg zu inklusiven Schulen – Praxis, Forschung, Perspektiven, Würzburg, Kontakt: Ludwig-Maximilians-Universität München, Geschwister-Scholl-Platz 1, 80539 München, Tel.: (0 89) 2 18 00

26.–28.02.2015 » 18. Symposium Frühförderung 2015: Frühförderung mittendrin – in Familie und Gesellschaft, Halle (Saale), Kontakt: Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung e. V., Seidlstraße 18A, 80335 München, Tel.: (0 89) 54 58 98 27, Fax: (0 89) 54 58 98 25, E-Mail: geschaeftsstelle@fruehfoerderung-viff.de

26.–27.02.2015 » Forschung und Entwicklung in den Gesundheitsfachberufen: Stand und Perspektiven, Kiel, Kontakt: Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V., Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin, Tel.: (0 30) 99 24 53 14, E-Mail: info@hv-gesundheitsfachberufe.de

27.02.2015 » Gut leben in NRW: Leben und Wohnen für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, Dortmund, Kontakt: Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen NRW e. V., Brehmstraße 5–7, 40235 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 61 20 98, E-Mail: info@gut-leben-in-nrw.de

04.–06.03.2015 » Gerontopsychiatrie 2015 – Multiprofessionell Denken und Handeln!, Essen, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V., Postfach 13666, 51675 Wiehl, Tel.: (0 22 62) 79 76 83, Fax: (0 22 62) 9 99 99 16, E-Mail: GS@dggpp.de

05.–06.03.2015 » Kongress Armut und Gesundheit »Gesundheit gemeinsam verantworten«, Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 44 31 90 60, Fax: (0 30) 44 31 90 63, E-Mail: kongress@gesundheitbb.de

07.03.2015 » 3. Südthessisches Symposium für Hospizarbeit und Palliativversorgung, Darmstadt, Kontakt: Darmstadtium, Schlossgraben 1, 64283 Darmstadt, Tel.: (0 61 51) 7 80 60, Fax: (0 61 51) 7 80 61 19, E-Mail: info@darmstadtium.de

12.–14.03.2015 » Deutscher Pflegetag 2015: Pflege stärken mit starken Partnern, Berlin, Kontakt: Deutscher Pflegerat e. V., Alt-Moabit 91, 10559 Berlin, Tel.: (0 30) 1 39 87 73 03, Fax: (0 30) 1 39 87 73 04, E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

13.–14.03.2015 » EbM zwischen Best Practice und inflationärem Gebrauch – 16. Jahrestagung des DNEbM 2015, Berlin, Kontakt: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V., Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin, Tel.: (0 30) 30 83 36 60, Fax: (0 30) 30 83 36 62, E-Mail: kontakt@ebm-netzwerk.de

13.03.2015 » Quo vadis Netzwerk Jungen- und Männergesundheit?, Dresden, Kontakt: Dresdner Institut für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissenschaft e. V., Semperstraße 3b, 01609 Dresden, Tel.: (03 51) 32 33 44 13, E-Mail: info@dieg.org

13.–15.03.2015 » 20. Bundesweiter Umwelt- und Verkehrs-Kongress »Bewegte Innenstädte mit fairer Mobilität«, Erfurt, Kontakt: Informations- und Beratungsbüro für Verkehr und Umwelt, 13357 Berlin, Tel.: (0 30) 4 92 74 73, Fax: (0 30) 4 92 79 72, E-Mail: info@umkehr.de

16.–17.03.2015 » 10. Iga.Kolloquium: Gesund und sicher länger arbeiten – Wissen, das weitergeht, Dresden, Kontakt: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., Glinkastraße 40, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 2 88 16 38 00, E-Mail: iga.kolloquium@dguv.de

16.–18.03.2015 » 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung »Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation«, Augsburg, Kontakt: Deutsche Rentenversicherung Bund, Ruhrstraße 2, 10709 Berlin, Tel.: (0 30) 86 50, E-Mail: kolloquium@drv-bund.de

18.–20.03.2015 » 55. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V., München, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V., Schwanthaler Straße 73b, 80336 München, Tel.: (0 89) 3 30 39 60, Fax: (0 89) 33 03 96 13, E-Mail: gsdgaum@dgaum.de

21.–22.03.2015 » 3. Bundeskongress GenderGesundheit 2015, Berlin, Kontakt: Mari Punkt Bremen Veranstaltungs-Organisation e. K., Otto-Gildemeister-Straße 12, 28209 Bremen, Tel.: (04 21) 3 03 24 21, Fax: (04 21) 3 03 24 29, E-Mail: info@maripunkt Bremen.de

25.–26.03.2015 » Deutscher Kita-Kongress: Fachtagung für die erfolgreiche Arbeit in der Kita, Mülheim an der Ruhr, Kontakt: Akademie für Kindergarten, Kita und Hort Hovermann und Brode OHG, Brüderstraße 22, 59555 Lippstadt, Tel.: (0 29 41) 8 28 65 70, Fax: (0 29 41) 8 28 65 79, E-Mail: info@kindergartenakademie.de

26.–27.03.2015 » 8. Wissenschaftliche Tagung Autismus-Spektrum: Autismus über die Lebensspanne, Augsburg, Kontakt: Wissenschaftliche Gesellschaft Autismus-Spektrum /WGAS) e. V., Deutschordenstraße 50, 60528 Frankfurt am Main, E-Mail: tagungs@wgas-autismus.de

29.01.2015 » Ein Leben lang unsere Gesundheit fördern – 16. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz, Luzern (Schweiz), Kontakt: Promotion Santé Suisse, Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne, Tel.: (00 41) 2 13 45 15 15, E-Mail: office.lausanne@promotionsante.ch

18.–22.03.2015 » The 12th international Conference on Alzheimer's and Parkinson's Diseases, Nizza (Frankreich), Kontakt: Kenes International Organizers of Congress S. A., Rue Francois-Versonnex 7, 1207 Geneva (Switzerland), Tel.: (00 41) 2 29 08 04 88, Fax: (00 41) 2 29 06 91 40, E-Mail: adpd@kenes.com

26.–27.03.2015 » 2. Dreiländertagung Betriebliche Gesundheitsförderung 2015: »Gesund neue Arbeitswelt?«, Bregenz (Österreich), Kontakt: Moser Luthiger Consulting, Steinmühle 5, CH-8854 Siebnen, Tel.: (00 41) 5 54 42 91 02, Fax: (00 41) 5 54 42 91 03, E-Mail: info@dreilaendertagung.ch