



RUNDBRIEF

Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Nr. 22

Aus dem Inhalt:

Homöopathie für Kassenpatientinnen und –patienten

Niedersächsischer FrauenMedienpreis

Gesundheit in Alten- und Pflegeheimen: Beiträge der
Netzwerktagung vom 1.11.2006

Februar 2007

Editorial	5
Aktuelles.....	6
Homöopathie für Kassenpatienten und -patientinnen.....	6
Analyse: Gewalt gegen Frauen geht meist von ihren Partnern aus	6
Zwangsheirat ...Häusliche Gewalt ...Ehrenmord.....	7
Juliane Bartel Preis 2006 –Niedersächsischer FrauenMedienPreis -.....	9
Altern als Chance	10
Impressum.....	11
Nachrichten aus Politik und Gremienarbeit.....	12
16. Gleichstellungs- und FrauenministerInnenkonferenz (GFMK) am 18./19. Mai 2006 in Hamburg	12
Der „Gesundfuchs“ und genderspezifische Gesundheitsinformationen	13
Selbstverwalterin in der Rentenversicherung – ein Erfahrungsbericht	14
Mitgliederseite / Neues aus den Regionen	17
Zur Nachahmung empfohlen: Braunschweiger Brustkrebsmonat	17
Mammographie Screening – ein Veranstaltungsbericht	18
Frauengesundheitswochen im Landkreis Osterholz	19
Schwerpunkt: Gesundheit in Alten- und Pflegeheimen - Beiträge der Netzwerktagung vom	
1.11.2006.....	20
Begrüßungsrede.....	20
Arbeitsplatz Alten- und Pflegeheim: Gesundheitliche Situation von professionellen Pflegekräften ..	23
Ein Andermal.....	27
Arbeitsplatz Alten- und Pflegeheim: Bedürfnisse und Lebensqualität aus Sicht der Bewohnerinnen	28
Ethische Fallbesprechung	34
Diskussionsbeiträge zum Thema: „Routinen und Arbeitsabläufe verändern“.....	40
Aufbruch Pflege.....	40
Routinen und Arbeitsabläufe verändern	41
Statt eines Vorwortes:	42
Auszug aus dem Leitbild des Seniorenpflegeheims Polle	42
Veränderungen von Routinen und Arbeitsabläufen am Beispiel des Seniorenpflegeheims Polle	42
Diskussionsbeitrag zum Thema „Pflegerkräfte richtig rekrutieren, motivieren und in der Pflege	46
halten.....	46
Stichworte aus den „Murmelryunden“	50
Mediothek	51
Gender Budgeting	51
Gender in Organisationen	51
Gender und Generation	51
Mythen um männliche Karrieren und weibliche Leistung.....	52
Ungleichheit im Erwerbsverlauf.....	52
„Weil's mir gut tut!“	55
Geburtshilfe neu denken	55
Termine im Überblick	56

Editorial

Liebe Mitgliedsfrauen des Netzwerkes,
wir haben das Erscheinungsdatum für den Rundbrief von November 2006 auf Februar 2007 verschoben, damit die Dokumentation der Tagung des Netzwerkes vom 1. November 2006 als Schwerpunktthema in dieser Ausgabe erscheinen kann.

Die Tagung hat sich mit der gesundheitlichen Versorgung in Altenheimen befasst. Dabei ging es auch um gesundheitsförderliche Aspekte. Sowohl die Arbeitsbedingungen der professionellen Pflegekräfte und deren Gesundheitshandeln, als auch die Altenpflegeeinrichtungen als Wohnort sowie die Bedürfnisse der Bewohnerinnen wurden in den Blick genommen.

Das Netzwerk führt Tagungen auch in den Regionen durch. Im Februar 2005 veranstalteten wir z.B. eine Tagung in Oldenburg, in den vergangenen Jahren in Osnabrück, Göttingen, Norden und Braunschweig. Wir würden uns freuen, wenn sich Frauen aus den Regionen melden, die Interesse, Lust und Zeit haben, eine Netzwerktagung mit uns zusammen vor Ort zu organisieren.

Damit auch der nächste Rundbrief aktuell zu den Geschehnissen in Niedersachsen

berichten kann, sind Sie herzlich aufgerufen, Beiträge einzusenden. Bitte schreiben Sie uns, wenn etwas Neues in Ihrer Region zum Thema Frauen/Mädchen und Gesundheit geschehen ist oder Sie eine Veranstaltung planen oder oder..... Auch Vorschläge für Themen, die Sie gerne im Schwerpunkt behandelt wissen möchten, sind willkommen. Wir freuen uns ebenso über neue Mitarbeiterinnen in der Redaktionsgruppe.

Die Organisationsgruppe des Netzwerkes berät neue Themen, setzt zu verschiedenen Vorhaben Arbeitsgruppen ein und bearbeitet die anfallenden Anforderungen. Interessierte Mitgliedsfrauen sind herzlich eingeladen mitzuarbeiten. Die Organisationsgruppe trifft sich regelmäßig in Hannover. Bei Interesse bitten wir um Kontakt bei einer der drei Trägerorganisationen.

Einsendeschluss für Beiträge ist Ende April 2007. Wir wünschen Ihnen ein gesundes gutes neues Jahr 2007 mit viel Zeit für die Lektüre des Rundbriefes.

Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes:



Ursula Jeß

Nds. Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie und Gesundheit



i.A. Hildegard Müller

Pro Familia Landesverband
Niedersachsen



Ute Sonntag

Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen

Aktuelles

Homöopathie für Kassenpatienten und - patientinnen

Inga Geisler

Nach langen zähen Verhandlungen mit einzelnen Krankenkassen ist es dem Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte 2005 gelungen, so genannte Integrierte Verträge abzuschließen. Diese Verträge ermöglichen es unter bestimmten Voraussetzungen teilnehmenden Ärzten, Kassenpatienten und –patientinnen homöopathisch zu behandeln und dafür von der Kasse entsprechend bezahlt zu werden.

Welche Leistungen werden erstattet?

Die Mitglieder dieser Kassen erhalten bei den teilnehmenden Kassenärztinnen und -ärzten – sie verfügen alle über die Zusatzbezeichnung Homöopathie oder sind Inhaber/Inhaberinnen des Homöopathie-diploms des DZVhÄ – folgende ärztliche Leistungen als Kassenleistung: die Erst-anamnese, die Folgeanamnese, Arznei-auswahl, homöopathische Analyse und Beratung. Homöopathische Arzneimittel müssen in der Regel vom Patienten/ von der Patientin selbst bezahlt werden.

Den teilnehmenden Kassenärzten und -ärztinnen bieten diese IV-Verträge erstmals die Gelegenheit, juristisch einwandfrei und zu fairen Konditionen ihre homöopathischen Leistungen in der Kassenpraxis abzurechnen. Die Homöopathie ist laut Sozialgesetzbuch V Bestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es fehlten dem Vertragsarzt/ der Vertragsärztin aber bislang jegliche Abrechnungsmöglichkeiten für seine zeitintensiven Gesprächsleistungen.

Analyse: Gewalt gegen Frauen geht meist von ihren Partnern aus

London (dpa) - Frauen werden deutlich häufiger Opfer häuslicher Gewalt als von Übergriffen Fremder. Das hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in einer

Seit dem ersten Vertragsabschluss mit der Deutschen BKK, der am 1. Juni 2005 in Kraft getreten ist, sind bundesweit bis heute schon mehr als 870 Ärzte und über 2.700 Apotheken dem IV-Vertrag beigetreten

Immer mehr Krankenkassen schließen sich an

Eine Übersicht über die ca.80 beigetretenen Betriebskrankenkassen (BKKen) und Innungskrankenkassen (IKKen) finden Sie auf der Webseite des DZVhÄ www.welt-der-homoeopathie.de (in der Rubrik "BKK-Vertrag" bzw. "IKK-Vertrag". Auch andere Kassenarten haben ihr Interesse an der ärztlichen Homöopathie bekundet und verhandeln über einen Beitritt in den IV-Vertrag.

Was sollten Patienten und Patientinnen beachten?

In vielen vertragsärztlichen Praxen ist die Homöopathie inzwischen als Kassenleistung möglich. Allerdings nicht in allen und auch nicht bei jeder Kasse. Wer eine homöopathische Behandlung als Kassenleistung möchte, sollte darauf achten, ob die eigene Krankenkasse einen entsprechenden Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen hat. In der Praxis der eigenen Wahl sollte nachgefragt werden, ob diese ebenfalls an den Verträgen teilnimmt.

Inga Geisler, zweite Vorsitzende des Berufsverbandes homöopathischer Ärzte NDS, Hannoversche Str. 31, 29221 Celle, Tel.: 05141/41081



weltweiten Analyse festgestellt. An 15 ländlichen und städtischen Standorten in zehn Ländern von Bangladesch über Japan bis Serbien und Montenegro wurden insgesamt mehr als 24 000 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren befragt, berichten Claudia Garcia-Moreno von der WHO und

ihre Mitarbeiter im britischen Medizinjournal «The Lancet» (Bd. 368, S. 1260).

An nur zwei Standorten waren weniger als ein Viertel der Frauen von Gewalt durch ihre Lebenspartner betroffen, während an sechs Standorten bis zu drei Viertel der Frauen Opfer häuslicher Gewalt waren. Zu einem Großteil handelte es sich dabei um schwerwiegende und wiederholte Übergriffe. Physische und sexuelle Gewalt treten häufig gepaart auf und werden vermehrt von solchen Männern ausgeübt, die ihre Frauen auch psychisch unterdrücken.

Bisherige Studien hatten sich vor allem mit häuslicher Gewalt in Industrienationen beschäftigt. Dort sind Übergriffe durch Partner deutlich seltener, in Großbritannien beispielsweise werden vier Prozent der Frauen Opfer häuslicher Gewalt. In der vorliegenden Studie wurden die Unterschiede zwischen den untersuchten

Standorten vor allem auf den örtlichen Stellenwert der Frauen zurückgeführt.

Häusliche Gewalt hat massive Auswirkungen auf die körperliche, psychische und sexuelle Gesundheit der betroffenen Frauen. Sie stellt eine massive Verletzung der Menschenrechte dar. Die Unterschiede in der Verbreitung häuslicher Gewalt zeigen, dass diese nicht unvermeidbar ist und daher massiver Handlungsbedarf besteht, betont Garcia-Moreno. Nationale Gesundheits- und Rechtssysteme müssen auf diese Bedrohung der Frauen reagieren und ihr vorzubeugen versuchen.

Strategien zur Vorbeugung und Bewältigung häuslicher Gewalt werden Gegenstand weiterer Untersuchungen der WHO sein.



Zwangsheirat ...Häusliche Gewalt ...Ehrenmord

Ein Arbeitsbericht der Arbeitsgruppe Zwangsheirat des Hannoverschen Interventionsprogramms gegen Gewalt in der Familie (HAIP)

„Die Ehe darf nur aufgrund der freien und vollen Willensbildung der zukünftigen Ehegatten geschlossen werden“, heißt es im Artikel 16 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948. Demzufolge sprechen wir von Zwangsheirat bei einer Eheschließung, bei der eine Ehepartnerin bzw. ein Ehepartner oder beide durch Druck, Androhung oder Anwendung von Gewalt zur Zustimmung bewegt werden. In diesem Sinne ist Zwangsverheiratung eine Menschenrechtsverletzung und traurige Realität für Mädchen und Frauen auch in Niedersachsen.

Es gibt nicht nur in Niedersachsen, sondern deutschlandweit zur Problematik Zwangsheirat noch keine ausreichende professionelle Hilfestruktur. Der Schutzbedarf betroffener Mädchen und jungen Frauen ist meist umfassender als bei Frauen, die sich aus einer Gewaltbezie-

hung mit einem einzelnen Mann lösen wollen. Es fehlt an spezifischen Notunterkünften wie auch einer angemessenen Gesetzgebung. Nicht selten löst die Konfrontation mit dem Thema Zwangsheirat bei vielen Menschen zunächst Unsicherheit und Ratlosigkeit aus. So verzeichnet die Beratungs- und Schutzeinrichtungen für Frauen – innerhalb des HAIP-Verbundes – seit Jahren eine steigende Anzahl an Beratungswünschen von den Betroffenen selbst, aber auch von LehrerInnen, AusbilderInnen, FreundInnen, NachbarInnen, SozialarbeiterInnen.

Vor diesem Hintergrund beschloss im Dezember 2004 der Runde Tisch des Hannoverschen Interventionsprogramms gegen Gewalt in der Familie (HAIP) die Gründung einer Arbeitsgruppe zum Themenbereich Zwangsheirat...Häusliche Gewalt...Ehrenmord mit dem Auftrag grundlegender Präventionsarbeit. Die HAIP-Arbeitsgruppe setzt sich das Ziel, möglichst viele betroffene Mädchen und junge Frauen mit dem bereits bestehenden Hilfenetz zu erreichen. Es sollen für die professionellen Helferinnen und Helfer Foren geschaffen werden – regional wie auch bundesweit – für einen gemeinsa-

men Informations- und Erfahrungsaustausch. Aufgrund der Erfahrungswerte aus der alltäglichen Praxis erscheinen spezifische Notunterkünfte für betroffene Migrantinnen in Niedersachsen als dringlich erforderlich.

Im Juni 2005 nahmen über 200 Interessierte an der von der AG Zwangsheirat initiierten und in Hannover durchgeführten Fachkonferenz zum Themenkomplex Zwangsheirat-Häusliche Gewalt-Ehrenmord teil. Die Teilnehmenden kamen aus den Bereichen Schule, Sozialamt, Familienhilfe, Kommunaler Sozialer Dienst, Polizei, Beratungsstellen, Jugendzentren, Stadtverwaltung, Politik, Flüchtlingsbüro, Migrantinnenorganisationen, Gleichstellungsbeauftragte. Im November 2005 und Juli 2006 veranstaltete die AG Zwangsheirat Workshops mit dem Ziel des konkreten Erfahrungsaustausches und der Qualifizierung zu Handlungsmöglichkeiten und Beratungsstandards. Viele Vertreterinnen der je ca. 30 anwesenden Einrichtungen berichteten von Berührungspunkten mit der Thematik Zwangsheirat! Und zwar zu einem Zeitpunkt, wenn eine Eheschließung droht oder im Rahmen von häuslicher Gewalt. Unter der Fragestellung, was sind die ersten Schritte, die helfen können, stellte die AG Zwangsheirat ihre selbst entwickelte Handreichung (Flyer) für MultiplikatorInnen vor. Darüber hinaus wurde unter den Anwesenden eine erste institutionsübergreifende statistische Erhebung zu Zwangsheirat für das Einzugsgebiet Stadt Hannover vereinbart! Der Fortbildungs- und Vernetzungsbedarf spiegelt sich sowohl an der Anzahl der Anmeldungen als auch der konstruktiven aktiven Mitarbeit der Teilnehmenden bei den bereits stattgefundenen Öffentlichkeitsveranstaltungen wider.

Die erfolgreiche Sensibilisierungsarbeit im Raum Hannover wird auch deutlich in den Nachfragen an die AG Zwangsheirat, an LehrerInnenkonferenzen teilzunehmen. Auch laufen derzeit Verhandlungen für eine Schulkampagne in Hannover für ausgewählte Schulen in enger Zusammenarbeit mit dem Amt für Jugend und Familie und dem Referat für Interkulturelle Angelegenheiten.

Auf bundesweiter Ebene organisierte die AG Zwangsheirat in 2006 ein erstes Bundestreffen von Kriseneinrichtungen für junge Migrantinnen, aus dem sich erfreulicherweise die Bundeskonferenz Zwangsheirat gegründet hat, eine Bündelung bundesweiter Fachkompetenz aus Krisen-, Schutz-, Beratungseinrichtungen zur Thematik Zwangsheirat...Häusliche Gewalt... Ehrenmord, mit einer Arbeitsvereinbarung, präventive politische Arbeit zu leisten.

In Kooperation mit der HAIP-AG Migrantinnen werden seit 2005 am 25.11., dem Internationalen Tag gegen Gewalt gegen Frauen, Abendveranstaltungen mit dem Schwerpunkt Zwangsheirat ...Häusliche Gewalt... Ehrenmord initiiert. Politisches Ziel ist neben der Enttabuisierung die Umsetzung spezifischer Notunterkünfte für betroffene Migrantinnen auch in Niedersachsen. Unter diesem Motto steht auch eine für April 2007 geplante Ausstellung „Tatmotiv Ehre“ im Landtag Hannover.

Mitglieder der HAIP-Arbeitsgruppe Zwangsheirat sind folgende Organisationen aus Hannover: SUANA Beratungsstelle für von Gewalt betroffene Migrantinnen, Beratungsstelle Kobra, Bestärkungsstelle für von Männergewalt betroffene Frauen, Frauen- und Kinderschutzhaus, Mädchenhaus, Polizeidirektion Hannover, Dezernat Öffentlichkeitsarbeit, Referat für Frauen und Gleichstellung der Landeshauptstadt Hannover, Referat für interkulturelle Angelegenheiten der Landeshauptstadt Hannover.

Interessierte können sich an das Referat für Interkulturelle Angelegenheiten wenden. Die Dokumentation der Fachkonferenz 2005 liegt als PDF vor und kann einschließlich der Handreichung für MultiplikatorInnen über das Referat für interkulturelle Angelegenheiten bestellt werden.

AG Zwangsheirat, c/o Referat für interkulturelle Angelegenheiten, Arzu Altug, Trammplatz 2, 30159 Hannover, Tel.: 0511/1684-1232, E-Mail: Arzu.Altug@hannover-stadt.de



Juliane Bartel Preis 2006 – Niedersächsischer FrauenMedienPreis -

Der Juliane Bartel Preis – Niedersächsischer FrauenMedienPreis – wird seit 2001 vom Niedersächsischen Sozialministerium und Kooperationspartnerinnen verliehen. Mit der Preisverleihung wird die kreative Auseinandersetzung mit einer differenzierten und geschlechtergerechten Darstellung von Frauen in verschiedenen Sparten des Fernsehens sowie im Hörfunk gewürdigt. Er soll die Medien anregen, stereotype Rollenmuster in Frage zu stellen und stattdessen interessante und vielfältige Lebensmodelle von Frauen zu zeigen.

Mehrere Beiträge zum Thema Frauengesundheit waren nominiert; ein Fernsehbeitrag zur Geschlechterselektion ist prämiert worden.

Die von der Jury prämierten Autorinnen und ihre Beiträge

Hauptpreise Fernsehen

„Churubamba – Frauen am Ball“ von Carmen Butta, Länge 52 Min. (Ausgestrahlt bei Arte):

Diese Reportage beschreibt ein „Fußballfieber über den Wolken“ – zwei Dutzend peruanische Bäuerinnen huldigen in einem kleinen Andendorf mit absoluter Hingabe dem Fußballsport. Leise, in respektvoller Weise und wunderschönen wie eindrucksvollen Bildern nähert sich die Autorin ihren Protagonistinnen. Sie zeigt dabei, wie Fußballspielen unter äußerst beschwerlichen Lebensbedingungen zum Vehikel für Glück, aber auch für persönliche wie politisch-gesellschaftliche Emanzipation werden kann. Aber der Beitrag weist auch über diesen ungewöhnlichen Mikrokosmos hinaus, in dem er viele Probleme „unserer“ Welt ad absurdum führt.

„It`s a man`s world – Geschlechterselektion durch PräimplantationsDiagnostik PID“ von Claudia Kuhland, Länge 7 Min. (Ausgestrahlt bei 3Sat):

Dieser Magazinbeitrag beschreibt knapp, präzise und dezidiert wie die moderne

Präimplantationsdiagnostik PID, zum Nachteil des weiblichen Geschlechts, die sogenannte „Sexselektion“ begünstigt und dem Horrorszenario „Designer-Babies“ Tür und Tor öffnet. Das schwierige, hochpolitische wie brandheiße Thema wird den ZuschauerInnen nicht nur in interessanten und schönen Bildern präsentiert, sondern auch überzeugend und hochinformativ vermittelt.

„Die letzte Reise“ von Mechthild Gaßner, Länge 5 x 26 Min. (Ausgestrahlt bei Arte/WDR):

Der Beitrag nähert sich, sparsam betextet und auf äußerst diskrete Weise, einem an sich eher unpopulären mit Tabus behafteten Thema: ZuschauerInnen „erleben“ im wahrsten Sinne des Wortes Menschen, die sich dem Tod stellen müssen – zu Hause, bei Freunden oder im Hospiz. Der Autorin ist es dabei gelungen, auf anrührende und sensible Weise, mit Humor und Ernst zugleich, ohne Voyeurismus einen Blick in eine eigene Welt, die immer noch hauptsächlich von weiblichen Protagonistinnen bestimmt wird – Ärztinnen, Pflegerinnen usw. – zu werfen.

2. Sonderpreis Hörfunk

„Richterin, übernehmen Sie! – Justiz im Umbruch?“ von Dr. Gaby Mayr, Länge 54 Min. (Ausgestrahlt beim SWR):

In dieser Collage aus interessanten Einzelfällen und Fakten, unter geschickter Einarbeitung des historischen Kontextes, werden Gepflogenheiten bei der Justiz, die in keinem Gesetz stehen, aufgespürt. Nachgegangen wird der Frage, welche Rolle die Geschlechterzugehörigkeit in der Rechtsprechung, bei Richtenden, Rechtssuchenden wie Verurteilten, spielt. Ansprechend präsentiert und kurzweilig gestaltet bietet dieses Feature einen umfassenden Einblick in ein bislang unbekanntes Terrain deutscher Gerichtsbarkeit.

3. Journalistischer Förderpreis für Hörfunk:

„Wenn Kinder Kinder kriegen – minderjährige Mütter“ von Katja Jacob und Maren Sieber (Ev. Kirchenfunk), Länge 60 Min. (Ausgestrahlt bei Hit-Radio Antenne):

Der Beitrag widmet sich dem Phänomen der „Teenie-Mütter“. Angereichert mit eindringlichen, gut ausgewählten O-Tönen und ohne pädagogisch-moralischen Zeigefinger geht er der Frage nach, wie es in der heutigen Zeit immer noch zu solchen ungewollten Schwangerschaften kommen kann. Dabei zeichnet er sich zugleich

durch viele nützliche Beratungstrecken und seinen hohen Servicecharakter aus.



Altern als Chance

Leitlinien für eine moderne Politik der Seniorinnen und Senioren in Niedersachsen

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit hat in einer Veranstaltung am 24. Mai 2006 im Neuen Rathaus Hannover zusammen mit der Landeshauptstadt Hannover und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. die Seniorenpolitischen Leitlinien des Landes Niedersachsen vorgestellt und zur Mitwirkung bei der weiteren Ausgestaltung aufgefordert. Insbesondere auf dem Hintergrund der demographischen Entwicklung betonten die Niedersächsische Sozialministerin, Mechthild Ross-Luttmann, und Thomas Walter, Sozialdezernent der Landeshauptstadt Hannover, die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels im Umgang mit Alter(n).

Lange Zeit wurde der Begriff des Alter(n)s mit Langsamkeit, Minderung der Leistungskraft sowie Krankheit und Gebrechen verbunden. Heute gilt es, die Chancen der älteren Generation aufzuzeigen und die Aktivitäten, die trotz zunehmenden Alters möglich sind, stärker in den Mittelpunkt zu rücken. Im Workshop am 24. Mai haben die Referentinnen und Referenten zu Themen wie Bürgerschaftliches Engagement, Seniorenwirtschaft, Teilhabe und kommunale Seniorenpolitik sowie Gesundheit und deren Erhaltung bzw. Förderung, Seniorsport, alter(n)sgerechtes Wohnen und Senientourismus vorgetragen und anschließend mit den Teilnehmenden darüber diskutiert. Die Gruppe der Älteren wird in den nächsten Jahren zunehmen und das gesellschaftspolitische Leben stärker denn je zuvor mitbestimmen. Es entstehen neue Produkt- und Dienstleistungsmärkte, die von der „Silberstreifen“-

Generation bestimmt werden. Aktive Teilhabe im Alter setzt jedoch schon heute voraus, an die Zukunft zu denken und entsprechende finanzielle und vor allem gesundheitliche Vorsorge zu betreiben. Sport und Ernährung, Wellness- und Bildungsreisen gehören ebenso dazu, wie gute Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderungsprogramme. Vorge stellt wurde in diesem Zusammenhang das Projekt „Gesund Älter Werden“ der AOK Niedersachsen.

Als ein wichtiges Themenfeld wurde im Rahmen der Tagung die komplexe Fragestellung nach der „Beschäftigungssituation älterer Menschen“ und damit auch nach einer stärkeren Frauenerwerbstätigkeit angesprochen. Wie im fünften Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend dargestellt, führte die Frauenerwerbstätigkeit in den letzten Jahren zu Erwerbsbiografien, die verbunden waren mit knappen Kinderbetreuungsangeboten, die zu fehlenden oder unterbrochenen Erwerbsbiografien und damit zu geringen eigenen Rentenansprüchen und schließlich zu Altersarmut führten.

Frauen werden stärker als noch Jahre zuvor Leistungen „einfordern“ bzw. selbst länger als bisher im Erwerbsleben stehen. Oftmals haben Frauen selbst Dienst(leistungen) für andere Menschen - meist unentgeltlich – erbracht und sich ganz oder lange Zeit aus dem Erwerbsleben zurückgezogen, um Kinderbetreuung oder Pflege von Angehörigen zu übernehmen. Diese Konstruktion ist nun durch den demographischen Wandel ins Wanken geraten. Immer mehr junge Frauen arbeiten, immer weniger stehen damit ausschließlich für Kinderbetreuung und Angehörigenpflege zur Verfügung. Die „Ernährer - Familie“ ist vom Aussterben bedroht, es müssen neue Möglichkeiten der Betreuung und Versorgung geschaffen

werden. Frauen möchten heute bis zum gewünschten Renteneintritt arbeiten und nicht durch Doppelbelastungen wie Berufstätigkeit und Kinderbetreuung oder Berufstätigkeit und Pflege von Angehörigen daran gehindert werden.

Die Seniorenpolitischen Leitlinien nehmen Stellung zur Frage des Umgangs mit Pflegebedürftigkeit im Alter.

Auch wird in den Leitlinien auf Wohn- und Versorgungskonzepte für die zunehmende Zahl älterer Menschen mit und ohne aktuellen Pflegebedarf eingegangen.

Die Potenziale des Alters / der Alten gilt es für die Gesellschaft zu heben. Das Thema demographischer Wandel ist ein Frauenthema, so dass Frauen in Zukunft stärker daran mitwirken werden, die anstehenden sozialpolitischen Aufgaben zu lösen.

Die seniorenpolitischen Leitlinien sind geschaffen worden, um Ziele für eine neue Seniorenpolitik in Niedersachsen aufzuzei-gen. Die Umsetzung der einzelnen Themenkomplexe wird durch entsprechende

Fachbereiche bzw. -institutionen geschehen. Die Bürgerinnen und Bürger werden über die seniorenpolitischen Leitlinien aufgefordert, sich einzubringen und an der Umsetzung mitzuwirken. Für die frauenpolitischen Themen bedeutet das gleichfalls, sich in den für Frauenbelange zuständigen Einrichtungen und Netzwerken darüber auszutauschen und Prozesse in Gang zu setzen, Projekte durchzuführen und damit die Seniorenpolitischen Leitlinien umzusetzen.

Dagmar Vogt-Janssen, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, E-Mail: dagmar.vogt-janssen@gesundheit-nds.de

Impressum

Rundbrief 22 des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Januar 2007, c/o Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Tel. 0511/3500052, E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Redaktion: Ursula Jeß, Andra Saake, Ute Sonntag, Hildegard Müller

Beiträge: Arzu Altug, Rena Frieden, Inga Geisler, Heidemarie Hein, Joachim Heise, Christa Holste, Birgit Jaster, Fred Meyerhoff, PD Dr. Helga Ostendorf, Veronika Radtke-Limberg, Ratering, Dagmar Vogt-Janssen, Dorothee Wiederhold, Beate Zschorlich

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Der nächste Rundbrief erscheint im Frühsommer 2007. Redaktionsschluss ist Ende April 2007.

Nachrichten aus Politik und Gremienarbeit

In dieser Rubrik berichten wir über aktuelle Entwicklungen in der Politik und in Gremien des Gesundheitswesens, sowie

über Beschlüsse, die für die Bereiche Frauen- und Mädchengesundheit wichtig sind.

16. Gleichstellungs- und FrauenministerInnenkonferenz (GFMK) am 18./19. Mai 2006 in Hamburg

Zusammenstellung wichtiger Beschlüsse

Andra Saake

Verbesserung der Datenbanklage zur Kinderlosigkeit

Die Datenlage zur Kinderlosigkeit in Deutschland ist unzureichend und eine geschlechterdifferenzierte Ausweisung des Anteils der Kinderlosen nicht möglich. Deswegen wird in der Öffentlichkeit fast ausschließlich die Kinderlosigkeit von Frauen, insbesondere von Akademikerinnen diskutiert.

Forderungen:

- Gesicherte Datenlage über die tatsächliche Kinderlosigkeit von Frauen und Männern,
- der Bundesminister des Inneren soll prüfen, ob die Frage nach der Anzahl der weiblichen Kinder sowohl für Frauen, als auch für Männer in die Mikrozensus-Erhebung aufgenommen werden kann.

Geschlechtergerechte Ausgestaltung der Pflege

Die Belange von Frauen sind bei einem bedarfsgerechten Ausbau der Pflege besonders zu berücksichtigen, da sie sowohl die Mehrheit der Pflegebedürftigen, als auch der Pflegenden ausmachen.

Forderungen:

- Neue Versorgungsformen, um älteren Frauen eine längere Selbstständigkeit zu ermöglichen: Alten-WG, Pflege im Quartier,

- seniorengerecht ausgestaltete Wohnungen, gemeinsames Wohnen von älteren Menschen mit jungen Familien,
- Hilfe und Unterstützung für pflegende Angehörige (73% der Hauptpflegepersonen sind weiblich),
- personenbezogene Pflegenetzwerke, welche die professionelle Hilfe und die Pflege durch Angehörige kombinieren,
- mehr Männer in Pflegeberufe und Aufwertung pflegender Tätigkeiten für Männer und Frauen

Frauen und Sport – Beseitigung der Unterrepräsentanz von Frauen in Gremien und Spitzenämtern

Die Gleichstellung der Geschlechter hat sich besonders auf den Führungsebenen von Sportorganisationen noch nicht durchgesetzt.

Forderungen:

- Verankerung von Maßnahmen zur Erhöhung des Frauenanteils in Gremien und Spitzenpositionen in den Satzungen der Sportbünde, Fachverbände und Vereine,
- Konsequente Berücksichtigung dieser Zielstellung in den Budgetierungsverträgen zwischen Bund und/oder Ländern einerseits und den Sportbünden andererseits (Zielvereinbarungen, Erfolgskennziffern, Bonusmodelle etc.).

Andra Saake, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, E-Mail: andra.saake@ms.niedersachsen.de



Der „Gesundfuchs“ und genderspezifische Gesundheitsinformationen

Beate Zschorlich

Die Veröffentlichung von evidenzbasierten, unabhängigen, aktuellen und psychologisch unterstützenden Gesundheitsinformationen für Bürgerinnen und Bürger ist eine Kernaufgabe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die im Ressort „Gesundheitsinformation“ erstellten Informationsprodukte werden kostenlos auf der Internetplattform

www.gesundheitsinformation.de

veröffentlicht. Dazu zählen Kurzantworten auf wissenschaftliche Fragen, ausführliche Artikel, Merkblätter, Quiz, Animationen und Erfahrungsberichte. Ein kostenloser Newsletter informiert regelmäßig über neue oder aktualisierte Informationen. Der Gesundfuchs ist das Maskottchen der Webseite.

Die Gesundheitsinformationen sollen einer allgemeinen gesundheitlichen Aufklärung dienen. Sie sollen das

- Verständnis von physischer, psychischer und seelischer Gesundheit verbessern
- gesundheitsrelevante Verhaltensweisen fördern
- Freunde und Angehörige unterstützen
- medizinische und wissenschaftliche Informationen leicht zugänglich machen
- einen kritischen Umgang mit Gesundheitsdienstleistungen fördern.

Dabei versteht sich das IQWiG durch dieses Informationsangebot nicht als Ratgeber mit konkreten Handlungsvorschlägen. Es wird keine individuelle Patientenberatung angeboten. Die ärztliche Beratung kann und soll durch die Webseite nicht ersetzt werden. Vielmehr soll das Verständnis für bestimmte Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten sowie

eigenständige und eigenverantwortliche Entscheidungen in Gesundheitsfragen gefördert werden. Darüber hinaus versteht sich das Institut als wissenschaftliche Informationsquelle für die Öffentlichkeit sowie für Ärzte/Ärztinnen, Leistungsträger im Gesundheitswesen und andere interessierte Multiplikatoren und Multiplikatorinnen.

Das Wissen über Gesundheit ist eine Grundvoraussetzung für die Förderung und Erhaltung der eigenen Gesundheit und des eigenen Wohlbefindens, aber auch für die Förderung der Gesundheit und die Pflege von Kranken in der Familie und im Freundeskreis. Allgemeine Gesundheits- und Wissenschaftskennntnisse ermöglichen, Gesundheitsinformationen erfolgreich zu suchen, zu verstehen und zu nutzen, um die eigene Gesundheit zu verbessern oder zu erhalten sowie das Versorgungssystem effektiv zu nutzen.

Obwohl Frauen mittlerweile einen besseren Zugang zur Bildung haben, existieren noch immer genderspezifische Barrieren, um nützliche und brauchbare Gesundheitsinformationen zu erhalten. Zu diesen Barrieren gehören geringere Lesekenntnisse und geringere allgemeine Wissenschaftskennntnisse vor allem bei älteren Frauen und Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Männern. Manche Frauen haben auch geringere Computerkenntnisse und/oder keinen Zugang zum Internet.

Frauen sind in der Gesundheitsforschung in vielen Ländern noch unterrepräsentiert. Das ist nicht nachvollziehbar, denn

- Frauen sichern die gesundheitliche Versorgung in der Gesellschaft: sowohl in der Familie als auch im institutionellen Bereich, hier besonders in der Pflege.
- Frauen sind die häufigsten Nutzer des gesundheitlichen Versorgungssystems: aufgrund reproduktiver Gesundheit, familiärer Verantwortung und einer höheren Lebenserwartung als Männer in den entwickelten Ländern.
- Frauen sind die häufigsten Nutzer von Gesundheitsinformationen.

Ein Ziel der Internetplattform ist es, die Informationsbedürfnisse von Bürgerinnen und Bürgern so weit wie möglich zu befriedigen. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich nicht nur häufig im Auftreten und der Häufigkeit von Krankheiten bei Frauen und bei Männern, beim Verlauf von Erkrankungen, bei der Lebenserwartung sowie bei der Behandlung von Männern und Frauen - sondern auch in den Informationsbedürfnissen. Diesen Unterschieden versuchen wir bei der Entwicklung der Gesundheitsinformationen folgendermaßen gerecht zu werden:

- Bei der Themenauswahl unserer Informationsprodukte: Sind die ausgewählten Themen unserer Informationen genderspezifisch ausgewogen?
- Bei der Suche und Qualitätsbewertung wissenschaftlicher Erkenntnisse und systematischer Übersichten als Grundlage unserer Informationen: Inwieweit werden genderspezifische Fragen berücksichtigt?
- Bei Gesprächen mit Patientenvertretern/-vertreterinnen: Welche genderspezifischen Problemstellungen, genderspezifische Fragen und Informationsbedürfnisse gibt es bei Patienten/ Patientinnen?
- Bei der Entwicklung der Gliederung unserer Informationen: Spiegeln

sich genderspezifische Fragestellungen und Problemlagen wider?

- Bei der Bewertung und Qualitätssicherung der Informationsprodukte: Wurden genderspezifische Aspekte u.a. bei der Gliederung, der Formulierung und Darstellung wissenschaftlicher Erkenntnisse ausreichend berücksichtigt?

Um die Barrieren von Frauen beim Zugang zu Gesundheitsinformationen abzubauen, ist eine spezielle Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen erforderlich. Genauso bedarf es auch der Förderung des Interesses von Männern an Gesundheit sowie der Motivation zur Übernahme von Eigenverantwortung und von Verantwortung der Gesundheitsförderung in der Familie. Das IQWiG versucht dies bei der Entwicklung und Veröffentlichung von Gesundheitsinformationen zu berücksichtigen.

Literatur bei der Verfasserin

Beate Zschorlich, Ressort Gesundheitsinformation, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Dillenburger Str. 27, 51105 Köln, Tel.: 0221 / 35685-403, Fax: 0221 / 35685-882, E-Mail: beate.zschorlich@iqwig.de



Selbstverwalterin in der Rentenversicherung – ein Erfahrungsbericht

Heidmarie Hein

Grundverständnis von sozialer Selbstverwaltung

Selbstverwaltung in der Sozialversicherung hat in Deutschland eine lange Tradition, die bis ins Ende des 19. Jahrhunderts zurückreicht. Sie wird in der Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung durch Führungsgremien wahrgenommen, die

paritätisch von Vertreterinnen und Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt werden. Diejenigen, die durch Beiträge das Geld aufbringen und sich in besonderer Nähe zu den versicherten Risikobereichen – Erkrankung, Arbeitsunfall, Invalidität und Alter – befinden, übernehmen damit ehrenamtlich und in eigener Verantwortung das Handeln des Sozialversicherungsträgers.

Strukturen und Handlungsmöglichkeiten von sozialer Selbstverwaltung

Die Handlungsmöglichkeiten der Mitglieder in der Selbstverwaltung ergeben sich zum einen aus den gesetzlichen Regelungen im Sozialgesetzbuch (SGB) und zum anderen aus der Satzung des jeweiligen Trägers. Nach ihren Rechten und Aufgaben sind sie in der gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung derzeit noch enger gefasst als bei der Rentenversicherung.

Auf dem Gebiet der gesetzlichen Rentenversicherung wird Selbstverwaltung in den Organen Vertreterversammlung und Vorstand durch Ehrenamtliche aus dem Kreis der Versicherten und der Arbeitgeber ausgeübt. Der Vorstand verwaltet den Versicherungsträger mit seinem gesamten Geschäftsbetrieb. Die Vertreterversammlung, deren Mitglieder direkt durch die Sozialwahlen für die Dauer von sechs Jahren bestimmt werden, ist das höchste Organ der Selbstverwaltung in der Rentenversicherung. Sie beschließt die Satzung, wählt Vorstand und – hauptamtliche – Geschäftsführung, stellt den Haushalt fest, prüft die Jahresrechnung und entlastet Geschäftsführung und Vorstand. Ebenso wie der Vorstand kann die Vertreterversammlung zur Erleichterung ihrer Arbeit Ausschüsse bilden. Dabei wird im Rahmen der Arbeit der Widerspruchsausschüsse unmittelbar und mit Rechtsverbindlichkeit über Widersprüche von Versicherten gegen Entscheidungen der Verwaltung entschieden, mit denen z.B. die Bewilligung von Renten, Heilverfahren oder von Maßnahmen zur beruflichen Förderung abgelehnt wurden.

Persönliche Erfahrungen als „Selbstverwalterin“ in der Rentenversicherung

Im Verlaufe von zwei Amtsperioden habe ich über einen Zeitraum von zwölf Jahren (1993-2005 als Mitglied der Vertreterversammlung eines der größten Träger der Rentenversicherung und in einem seiner Widerspruchsausschüsse

Eindrücke und Erfahrungen über Handlungsmöglichkeiten und ihre Grenzen als Mitglied der sozialen Selbstverwaltung gewinnen können.

Die damalige Anfrage meines Arbeitgebers, der Industriegewerkschaft Metall, ob ich bei den anstehenden Sozialversicherungswahlen für ein Mandat in der Selbstverwaltung der Rentenversicherung zur Verfügung stehen würde, habe ich anfänglich mit einiger Skepsis aufgenommen. Ich war mir nicht sicher, ob ich mir diese zusätzliche Aufgabe neben meiner hauptamtlichen Tätigkeit als Gewerkschaftssekretärin für die Beratung und prozessuale Vertretung unserer Mitglieder in Streitigkeiten auf den Gebieten des Sozialrechts wie der Renten-, Unfall-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung zutrauen und auch zumuten konnte.

Letztlich war für meine Zustimmung die jahrelange Erfahrung als Prozessbevollmächtigte meiner Kolleginnen und Kollegen aus der IG Metall ausschlaggebend. Die Flut gesetzlicher Änderungen auf dem Gebiet der gesetzlichen Rentenversicherung zu Lasten der Versicherten in den vergangenen Jahren und ihre oftmals problematische Umsetzung im Einzelfall waren ein entscheidender Impuls für meinen Entschluss.

Dabei waren mir die gesetzlich vorgegebenen Schranken bei den Aktivitäten Gestaltungsmöglichkeiten als Mitglied der Vertreterversammlung bewusst. Schließlich sind sowohl der Beitrag der Rentenversicherung als auch die Voraussetzungen für die unterschiedlichen Rentenleistungen – Erwerbsminderungsrente, vorgezogene und regelmäßige Altersrente, Witwen- und Waisenrente – und ihre Berechnung im Sozialgesetzbuch geregelt.

Und dennoch: Besonders im Rahmen von Vorbesprechungen der ArbeitnehmervertreterInnen vor Vertreterversammlungen mit dem Austausch von Informationen und Erfahrungen habe ich für mich als „Selbstverwalterin“ zunehmend konkrete Gestaltungsräume identifizieren können.

Unter Berücksichtigung von Anregungen und auch von Beschwerden, gerade auch meiner gewerkschaftlichen Kolleginnen und Kollegen, habe ich Möglichkeiten gefunden, auf die Dienstleistungsqualität „meines Trägers“ positiv einzuwirken. Dabei habe ich mich maßgeblich von der Maxime leiten lassen, die Kundenfreundlichkeit zu steigern und damit das Vertrauen der Versicherten in die Leistungsfähigkeit seines Trägers zu stärken. Erfolge blieben nicht aus. So genügte vielfach bereits eine telefonische Anfrage, um eine sich verzögernde Auskunft oder Entscheidung über einen Leistungsantrag zu beschleunigen und damit häufig auch die Ungewissheit in existenziellen Fragen für den Versicherten bzw. die Versicherte und seine oder ihre Familie zu klären. Der offensiv kritische Umgang mit Beschwerden von Versicherten über Unzulänglichkeiten im Service oder medizinischen Anwendungen im Verlaufe von Maßnahmen zur medizinischen oder auch beruflichen Rehabilitation hatte im Ergebnis auch die Wirkung einer Verbesserung des Qualitätsstandards, der künftig auch anderen zugute kommen sollte.

Mit zunehmender Erfahrung in meiner ehrenamtlichen Arbeit habe ich gesehen, dass gerade das weite Feld der Rehabilitation ergiebige Handlungsmöglichkeiten für eine engagierte Selbstverwaltungstätigkeit bietet. Die Motivation dabei liegt nicht nur darin, eine allzu frühe Ausgliederung aus dem Berufsleben und vorzeitige Rentenzahlungen zu vermeiden. Es geht auch darum, die persönliche Integrität der Menschen so lange wie möglich zu erhalten. Da auch „mein“ Rentenversicherungsträger zu diesem Zwecke eigene Kliniken unterhalten hat, gab es Klärungs- und Handlungsbedarf zu vielen Themen. Wie die Fragen: Welche Kliniken werden für eine optimale Leistung benötigt? Entsprechen die Angebote der sich ändernden Bedarfslage, z.B. der deutlichen Zunahme psychiatrischer Krankheitsbilder? Wie kann die Qualität in den Einrichtungen gesichert und gesteigert werden? Damit sind nur einige

wenige Seiten aus einem umfangreichen Themenkatalog angesprochen. Dabei kann an dieser Stelle der notwendige Aufwand nur gestreift werden, bis dass die in langen Diskussionen und Beratungen gewonnenen Einsichten schließlich im Haushaltsplan des Sozialversicherungsträgers verankert sind.

Rückblickend hat für mich die Mitwirkung in einem der Widerspruchsausschüsse der Vertreterversammlung „meines“ Trägers einen besonderen Stellenwert. Gemeinsam mit einem Vertreter der Arbeitgeber hatte ich in diesem Gremium über Widersprüche der Versicherten gegen Entscheidungen der Verwaltung zu entscheiden, die in der großen Mehrzahl Renten wegen Erwerbsminderung betrafen. In einer beträchtlichen Reihe von Fällen habe ich dabei mitwirken können, dass nach einer zusätzlichen Aufklärung und vertieften Beleuchtung der medizinischen oder beruflichen Tatsachen dem Widerspruch stattgegeben wurde. Abgewendet war damit auch ein in der Regel jahrelanger Rechtsstreit vor dem Sozialgericht. Und was für mich der wesentliche Beweggrund für die zeitaufwändige Vorbereitung auf diese Verfahren war: Ich konnte in der unmittelbarsten Form von sozialer Selbstverwaltung einen Beitrag für die wirtschaftliche Sicherung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und ihrer Familien leisten, die nach Krankheit und Verlust ihrer Arbeit über Monate und Jahre in einer stetig wachsenden Existenzangst gelebt hatten.

Vor dem Hintergrund einer gesellschaftlichen Entwicklung, in der die Wesentlichkeit und der Wert von praktizierter Solidarität offensichtlich zunehmend verschüttet wird, wird mir die Erfahrung, die ich als Mitglied der sozialen Selbstverwaltung gewonnen habe, immer als eine unverzichtbare Orientierungshilfe erhalten bleiben.

*Heidemarie Hein, IG Metall,
Donnerscheidstr. 30, 57072 Siegen*



Mitgliederseite / Neues aus den Regionen

Liebe Mitgliedsfrauen des Netzwerkes, die Rubrik „Mitgliedsseite“ heißt dieses Mal „Mitgliederseite / Neues aus den Regionen“. Um die Netzwerkarbeit noch mehr mit Leben zu füllen und Impulse zu geben, sollen gesundheitsförderliche Aktivitäten vor Ort hier vorgestellt werden.

Schicken Sie uns einen Bericht für diese Rubrik, wenn Sie:

- einen Frauengesundheitstag vor Ort durchgeführt haben,
- auf Aktivitäten in Ihrer Region hinweisen wollen, z.B. auf eine Ausstellung, eine Vortragsreihe, einen Film etc.
- eine Umfrage aus dem Bereich Frauen und Gesundheit organisiert haben,
- Mitstreiterinnen suchen.



Zur Nachahmung empfohlen: Braunschweiger Brustkrebsmonat

Rena Frieden

Aus Anlass des internationalen Brustkrebsmonats Oktober hat die Frauenbeauftragte der Stadt Braunschweig zum 6. Mal gemeinsam mit Kooperationspartnerinnen eine Veranstaltungsreihe rund um das Thema Brustkrebs durchgeführt. Ein breites Arbeitsbündnis, bestehend aus dem Gleichstellungsreferat, der Abt. Senologie des interdisziplinären Brustzentrums im Städtischen Klinikum, dem Gesundheitsamt der Stadt Braunschweig sowie dem Verein Krebsnachsorge e.V. hat auch in diesem Jahr ein vielfältiges Programm angeboten.

Der Festvortrag „Reden ist Leben, Schweigen ist Gold“ stand im Mittelpunkt der Eröffnungsveranstaltung am 4. Oktober. Rita Rosa Martin, Ärztin, Medizinjournalistin, und selbst Betroffene, hat engagiert und temperamentvoll ein Plädoyer für die mündige Patientin gehalten. Anhand vieler Beispiele wurde erkennbar, wie die Kommunikation zwischen Ärzteschaft und Patientin verbessert werden kann, wie von Brustkrebs betroffene Frauen ihre Interessen wahrnehmen und sich gewünschte Informationen einholen können.

Rita Rosa Martin hat die Frauen ermutigt, sich trotz der seelischen Belastung, die mit einer Krebserkrankung einhergeht, die notwendige Unterstützung einzufordern.

Zusammen mit Ursula Goldmann-Pusch hat sie dazu einen Leitfaden herausgegeben: „Überlebensbuch Brustkrebs“ - Die Anleitung zur aktiven Patientin - .

Mit der Einführung des bundesweiten Mammografie - Screenings in diesem Jahr haben auch in Niedersachsen schrittweise die Screening - Regionen ihre Arbeit aufgenommen. Als Themenschwerpunkt des Braunschweiger Brustkrebsmonats bot sich deshalb Prävention und Früherkennung an.

So fand z.B. als Kooperationsveranstaltung mit dem Deutschen Grünen Kreuz ein Frauen-Infotag statt, der das Thema Prävention und Früherkennung aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtete.

Weiterhin wurden verwaltungsinterne Fortbildungen zur Prävention angeboten. Bausteine waren Referate zu den Themen „Work-Life-Balance“ und „Leben mit Bewegung“ sowie Anleitungen zur Brustselbstuntersuchung und Entspannungstechniken.

Der nun schon zum 5. Mal durchgeführte Solidaritätslauf unter dem Motto „Gemeinsam gegen Brustkrebs – Braunschweig läuft“ soll Impulse zur Wiederaufnahme unterbrochener Aktivitäten geben. Über 300 junge und alte Menschen haben begeistert teilgenommen.

Das Ziel, das Thema Brustkrebs aus der Tabuzone zu holen, ist mittlerweile in Braunschweig dank der guten Infrastruktur

und der aktiven Beteiligten zu einem guten Teil erreicht.

Das gesamte Programm sowie weitere Informationen sind zu finden unter

www.braunschweig.de/gleichstellungsreferat

[www.braunschweig.de/frauen>Leben, Kultur, Gesundheit](http://www.braunschweig.de/frauen>Leben,Kultur,Gesundheit)

www.klinikum-braunschweig.de

Rena Frieden, Gleichstellungsreferat der Stadt Braunschweig



Mammographie Screening – ein Veranstaltungsbericht

Christa Holste

Zu einem ersten Informationsabend zur Einführung des Mammographie Screenings hat die Gleichstellungsbeauftragte der Stadt Lüneburg gemeinsam mit der pro familia Beratungsstelle und der Volkshochschule am 13. September 2006 nach Lüneburg eingeladen. Der Einladung waren etwa 100 Frauen sowie einige GynäkologInnen und weitere VertreterInnen aus dem Gesundheitswesen gefolgt.

In 2007 soll auch in der Screening-Einheit Niedersachsen Nord-Ost, also auch in der Region Lüneburg, das Mammographie-Screening, eine Reihenuntersuchung zur Früherkennung von Brustkrebs eingerichtet werden. Diese Reihenuntersuchung wird dann künftig allen gesunden Frauen im Alter von 50 –69 Jahren kostenlos angeboten. Eine Teilnahme ist freiwillig. Die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen.

Brustkrebs ist die häufigste bösartige Tumorerkrankung bei Frauen. Ziel des Programms ist es, Tumore in einem Stadium zu entdecken, in dem sie noch klein sind. Dadurch sollen die Heilungschancen verbessert und schonendere Behandlungsmethoden möglich werden.

Die Organisationsstruktur und den Aufbau des Screenings, die Ansprechpersonen vor Ort, Standards der Qualitätssicherung sowie die weiteren Schritte bei einem möglichen ersten Verdacht auf Brustkrebs stellte Dr. med. Karl Struckmann, Radiologe und einer der beiden programmverantwortlichen Ärzte für die Screening-Einheit Niedersachsen Nord-Ost vor.

Auf die Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen und frühzeitiger Diagnose zur Verbesserung der Heilungschancen bei Brustkrebs, unterschiedliche Vorsorgemöglichkeiten und Behandlungsmethoden ging anschließend Dr. med. Anette Harms, Oberärztin im Brustzentrum der Frauenklinik Lüneburg ein. Im Klinikum Lüneburg gibt es seit 2003 ein Brustzentrum mit regelmäßiger Brustsprechstunde und Kursangeboten zur Selbstuntersuchung.

Ob eine Frau das Screening-Angebot in Anspruch nehmen will oder nicht, die Verantwortung für ihre Entscheidung trägt sie selbst. Wichtig für diese Entscheidung ist eine fundierte und unabhängige Beratung und Information. Das Brustkrebs-Screening-Programm sieht diese unabhängigen Beratungs- und Informationsangebote bisher nicht vor.

Über die Erfahrungen des Bremer Modellversuchs zum Mammographie Screening berichtete in einem abschließenden Vortrag Ulrike Hauffe, Bremer Landesbeauftragte für Frauen. Das Bremer Modellprojekt wurde von einem Beirat, bestehend aus allen am Verfahren Beteiligten sowie Teilnehmerinnen, die die Frauen vertraten, begleitet. Und es gab in Bremen verschiedene unabhängige Beratungsinstanzen für Frauen.

Abgeschlossen wurde der Informationsabend mit einer durchaus kontrovers geführten Diskussion.

*Christa Holste
Gleichstellungsbeauftragte Stadt Lüneburg*



Frauengesundheitswochen im Landkreis Osterholz

– Ein Projekt der kommunalen Gleichstellungsbeauftragten im Landkreis Osterholz –

Unter dem Motto „Frauenherzen schlagen anders“ wurde der Blick nicht nur auf weibliche Herzensangelegenheiten, sondern auch auf andere frauenspezifische Gesundheitsrisiken und Belastungen gelenkt.

Bis in die neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts hat fast die gesamte Forschung am Menschen, vor allem die Forschung im Bereich Arzneimittel, an jungen und gesunden Männern stattgefunden. So wurden und werden auch heute noch geschlechtsspezifische Beschwerdebilder als solche nicht erkannt und infolgedessen auch nicht richtig behandelt.

Frauenherzen schlagen für eine ganzheitliche Sicht von Gesundheit und Krankheit. Neben den körperlichen Beschwerden sollten persönliches und soziales Lebensumfeld ebenso in die Diagnose einbezogen werden wie die individuelle Lebenssituation.

Nach einer Vorbereitungszeit von neun Monaten (!!) haben die Gleichstellungsbeauftragten Inge Hobbemann, Gemeinde Schwanewede, Katja Lipka, Samtgemeinde Hambergen, Karin Wilke, Stadt Osterholz-Scharmbeck, Inge Kilian, Gemeinde Ritterhude, Marianne Teuber, Gemeinde Lilienthal, Evelin Meyer, Gemeinde Grasberg und Heide v. Ritz-Lichtenow, Landkreis Osterholz ein abwechslungsreiches Programm entwickelt und vom 19.9.–12.10. 2006realisiert, das die weiblichen Lebenszusammenhänge umfassend berücksichtigt.

Hier einige Beispiele, die die ganze Bandbreite der Angebote veranschaulichen: Mütter und Töchter, Wenn Eltern alt werden.., Wenn die Arbeit krank macht - Mobbing am Arbeitsplatz, Frauenherzen schlagen anders, Wenn Familie krank und Liebe unglücklich macht! Chinesische Gesundheits- und Schönheitsgeheimnisse, Erkrankungen der Gebärmutter und Beschwerden – Alltag für Frauen, 55plus – Die Kunst des Älterwerdens.

Die Veranstaltungen waren sehr gut besucht. Es gab ausschließlich positives Echo der Teilnehmerinnen und auch die Berichterstattung durch die Presse war besonders erfreulich.

Ziel des Projektes ist es zu informieren und Frauen Mut zu machen, ärztliche Behandlungsmethoden kritisch zu hinterfragen und sehr sorgsam mit sich selbst umzugehen. Gleichstellung von Frauen bedeutet auch im medizinischen Bereich den respektvollen Umgang mit dem „Anderssein“.

Enttäuschend in diesem Zusammenhang ist das Verhalten der Bundesregierung:

- der 2001 erschienene Frauengesundheitsbericht wird in seinen Ergebnissen bis heute völlig ignoriert !
- Und in der unsäglichen s.g. Gesundheitsreform kommt Frauengesundheit erst gar nicht vor.

Deshalb: bleiben Sie alle gesund und zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihre Gleichstellungsbeauftragte.

Heide v. Ritz-Lichtenow, Gleichstellungsbeauftragte des Landkreises Osterholz-Scharmbeck



Schwerpunkt: Gesundheit in Alten- und Pflegeheimen - Beiträge der Netzwerktagung vom 1.11.2006

Angesichts des demografischen Wandels wird die Versorgung im Alter ein immer wichtigeres Thema. Das Netzwerk Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen widmete die Netzwerktagung des Jahres 2006 dem Thema Gesundheitsförderung in Alten- und Pflegeheimen. Es war die 20. Netzwerktagung und wurde in Kooperation mit der Apothekerkammer und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege durchgeführt. Sie fand am 1.11.2006 im Stadtteilzentrum Krokus in Hannover mit über 70 Teilnehmenden statt. Die Tagung war von der erreichten Zielgruppe her etwas anders als sonstige Netzwerktagungen besucht. Der Anteil der Netzwerkmitglieder war gering, es waren keine Frauen- oder Gleichstellungsbeauf-

tragte dabei. Sehr viele waren statt dessen aus der Altenhilfe gekommen. Besonders erfreulich war der Besuch von Pflegeschülerinnen und –schülern. Die Evaluation der Tagung ergab, dass die Erwartungen an die Tagung gut erfüllt wurden. Die Methode der sog. „Murmelgruppen“ und die Bewegungseinheiten „Körper und Sinne aktivieren“ sind dabei sehr positiv erlebt worden. Am Schluss der Tagung wurde in zwei Diskussionsforen sehr komprimiert noch einmal viel Wissenswertes vorgestellt. Dies war vielen zu komprimiert. Immerhin: 71 % der Befragten meinten, die Tagung würde eine Aufbruchstimmung erzeugen.



Begrüßungsrede

Hedwig Ratering

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren, ich begrüße Sie herzlich zur Fachtagung vom „Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit Niedersachsen“. Ursprünglich war geplant, dass Frau Sozialministerin Rossluttmann Sie heute Vormittag hier begrüßt und in das Thema einführende Worte spricht. Leider muss sie kurzfristig einen anderen dringenden Termin wahrnehmen. Sie hat mich gebeten, Ihnen herzliche Grüße auszurichten.

Meine Damen und Herren, Dreh- und Angelpunkt der heutigen Fachtagung ist das Pflegeheim. Die Zahl der Pflegeheime und Pflegeplätze für ältere Menschen ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Ende 2003 gab es bundesweit ca. 9.700 nach dem Pflegeversicherungsgesetz zugelassene Pflegeheime. Das sind 550 Einrichtungen mehr als 2 Jahre zuvor.

In Niedersachsen gibt es rd. 80.000 Pflegeplätze für ältere Menschen in rd. 1.250 Pflegeheimen. Wir haben in Niedersach-

sen ca. 99 Pflegeplätze auf 10.000 Einwohner. Bundesweit stehen wir damit nach Schleswig-Holstein an zweiter Stelle. So viel zu den Kapazitäten.

Sicher haben Sie in den letzten Wochen die Pressemeldungen zu den Prüfberichten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen verfolgt. Der MDK in Niedersachsen hat im vergangenen Jahr ca. 19% der Pflegeeinrichtungen geprüft und das Ergebnis mit denen aus den Vorjahren verglichen. Der Prüfbericht des MDK zeigt folgendes auf:

- Die Qualität der Pflege verbessert sich kontinuierlich, ca. 90 % der stationären Pflegeeinrichtungen leisten gute bis angemessene Pflege.
- Die ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft ist für die Qualität der Pflege von maßgeblicher Bedeutung und wird daher zu 100 % gefordert. Der derzeitige Erfüllungsgrad liegt bei 80 %.
- Verbesserungsbedarf wurde in Teilbereichen gesehen. So hat der MDK z.B. festgestellt, dass bereits im Vorjahr ausgewiesene Mängel nicht immer behoben wurden. Es gibt weiterhin Probleme beim Wundliegen und bei der

korrekten Einnahme von Medikamenten sowie bei der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr.

Im Ländervergleich zeigen die niedersächsischen Heime einen vergleichsweise hohen Anteil sehr guter Pflege.

Das Bundesseniorenministerium hat im Oktober einen Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner veröffentlicht. Es kommt auch zum Ergebnis, dass sich die Bedingungen für ältere Menschen in Heimen erkennbar stetig verbessert haben.

Defizite werden nicht verschwiegen und künftige Herausforderungen werden in den Blick genommen:

- Empirische Studien weisen auf eine hohe Personalfuktuation und starke Arbeitsbelastungen des Personals hin.
- Ausreichende Anteile aktivierender Pflege sowie Betreuungskonzepte, die auf Demenzerkrankte ältere Menschen zugeschnitten sind, sind nicht immer vorhanden.
- Ansätze zur Verbesserung werden zudem hinsichtlich der Sterbebegleitung und Palliativ - Versorgung gesehen.

Ein weiteres Thema ist in den letzten Wochen von der Presse aufgegriffen worden: „Entbürokratisierung der Pflege“. Der Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 benennt dies als ein maßgebliches Handlungsfeld im Themenbereich Pflege.

Frau Ministerin Mechthild Ross-Luttmann hat bei vielen Besuchen in Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen immer wieder Klagen gehört über die umfangreichen bürokratischen Arbeiten und Auflagen, die Pflegeeinrichtungen leisten. Wir wissen: Dem Abbau von Nachweis- und Dokumentationspflichten sind enge Grenzen gesetzt. Zur fachgerechten Pflege gehört zweifelsfrei auch eine ausreichende Dokumentation.

Alle die sich mit dem Thema befassen sind sich gleichwohl einig: Eine Entlastung von bürokratischem Aufwand ist erforderlich. Eine Arbeitsgruppe aus Vertretungen des Sozialministeriums, der Landesver-

bände der Pflegekassen, des MDK und der Kommunalen Spitzenverbände hat eine „Gemeinsame Empfehlung zur Zusammenarbeit von MDK und Heimaufsicht“ entwickelt. Diese gemeinsame Empfehlung wird seit dem 1. Oktober des Jahres zunächst sechs Monate in fünf Modellkommunen erprobt (Stadt Peine, LK Verden, Region Hannover, Stadt Hannover und Rotenburg). Das neue abgestimmte Prüfverfahren soll vor allem dazu dienen, Pflegeeinrichtungen soweit als möglich von vermeidbaren Prüfungen zu entlasten.

Der Einladung haben Sie entnommen, dass wir heute die gesundheitliche Situation von zwei verschiedenen Personengruppen im Pflegeheim beleuchten wollen. Es geht einmal um die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und gesundheitlichen Situation der Pflegekräfte. Es geht zum zweiten um die Optimierung einer gesundheitsförderlichen Pflege der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Ist dies ein Widerspruch? Wir meinen nein. Die Qualität der Pflege im Sinne der Heimbewohnerinnen und -bewohner kann nur verbessert werden, wenn wir dabei die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Blick haben.

Die Pflegenden

Zunächst ein Blick auf die Pflegenden. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (bgw) hat kürzlich eine Initiative unter der Überschrift „Aufbruch Pflege“ gestartet. Mit dieser Kampagne initiiert und unterstützt die bgw Projekte und Maßnahmen zu strukturellen Verbesserungen im Berufsalltag der Pflegekräfte. Die bgw konstatiert: „Knappe finanzielle und knappe personelle Ressourcen zusammen werden die Situation in der Altenpflege erheblich verschärfen. Die Arbeitssituation ist gekennzeichnet durch eine hohe Arbeitsmenge und durch die Arbeitsinhalte, Pflegekräfte sind belastet durch Organisationsstrukturen. Sie leisten viele Überstunden und haben keine ausreichenden Erholungszeiten.

Die Belastungen werden weiter zunehmen – und als Folge davon auch die Krankheitsrisiken und die Berufsausstiege.“ Ich denke, das gibt uns alle zu denken. Alle,

die auf diesem Feld Verantwortung tragen, sehen sich vor die Herausforderung gestellt, dass der künftige Pflegebedarf mit gesunden, motivierten Beschäftigten gewährleistet werden kann.

Heute wollen wir der Frage nachgehen, wie es um die gesundheitliche Situation der professionellen Pflegekräfte bestellt ist. Was braucht es um ihre Situation zu verbessern? Wie können wir die Gesundheit der Beschäftigten in der Pflege erhalten?

Zur Situation der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner.

Im Dezember 2003 wurden in Deutschland insgesamt 610.000 Pflegebedürftige vollstationär in Pflegeheimen betreut. Der Frauenanteil betrug 78 %.¹

Patientinnen und Patienten, die in ein Pflegeheim ziehen, werden dort in der Regel von den vertrauten Hausärzten weiter betreut. Ich will nicht das Recht der freien Arztwahl einschränken. Die Vielzahl verschiedener im Heim tätiger Ärzte kann die Umsetzung und Praktikabilität medizinischer Behandlungen erschweren.

Dass Arzneimittelverordnungen in der stationären Altenpflege nicht immer problemlos ablaufen, ist Ihnen bekannt.² Offenbar gelingt es noch nicht immer, die Wirkweise bei älteren Menschen und das Zusammenwirken mit anderen häufig sehr zahlreich eingenommenen Arzneien bei der Verordnung und Medikamentengabe zu berücksichtigen.

Für die Gruppe der Hoch- und Höchstbetagten stellen Mangel- oder sogar Unterernährung aufgrund unbemerkter Nährstoff- und Flüssigkeitsdefizite – häufig einhergehend mit Erkrankungen wie Demenz – ein nicht zu unterschätzendes Problem dar. Auf Defizite in der Ernährung und

Flüssigkeitszufuhr wurde auch in den eingangs erwähnten Prüfberichten des MDK hingewiesen. Sie sehen, es gibt eine Vielzahl von Fragen und Problemen.

Der Blick auf die Geschlechterdifferenzen

Sie alle kennen die plakative aber anschauliche Feststellung: „Die Pflege ist weiblich“. Und dies gilt mehrfach: 70 % der zu Pflegenden sind Frauen. In der Altenpflege sind überwiegend Frauen beschäftigt. Es ist ein typischer Frauenberuf. Auch die private verwandschaftliche Pflege übernehmen größtenteils Frauen - als Ehefrau, Tochter, Schwiegertochter.

Vor diesem Hintergrund ist mir wichtig: Bei allen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von Pflegekräften und Pflegebedürftigen muss der Blick auch auf mögliche Geschlechterdifferenzen gerichtet werden.

- Das gilt bei der Berufsberatung und Akquise von Pflegekräften,
- das gilt für die Aus- und Fortbildung im medizinischen Bereich;
- das gilt für die Heimleitungen und Führungskräfte hinsichtlich der Kommunikationsstrukturen in ihren Einrichtungen
- das gilt aber genauso für die biologischen Unterschiede von Heimbewohnerinnen und Patientinnen bei der Pflege und Behandlung.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen einen interessanten Tag.

Hedwig Ratering, Abteilungsleiterin im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit



¹ 4. Bericht: Pflegestatistik 2003, Ländervergleich Pflegeheime, Statistisches Bundesamt, August 2005

² niedersächsisches Ärzteblatt, Dezember 2005, Seiten 8-11

Arbeitsplatz Alten- und Pflegeheim: Gesundheitliche Situation von professionellen Pflegekräften

Birgit Jaster

Die gesundheitliche Situation von Pflegekräften ist prekär. Hoher Zeitdruck, Schicht- und Nachtarbeit, sowie ständig steigende Qualitätsanforderungen kennzeichnen den Berufsalltag.

Doch was heißt das genau? Was sind das für Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen arbeiten? Wie sieht ihre gesundheitliche Situation aus? Was kennzeichnet den Berufsstand? Aber auch: Was hält Pflegenden körperlich und seelisch gesund?

Um Ihnen all diese Fragen zu beantworten, habe ich im Vorfeld nicht nur nachgedacht, mich inspirieren lassen, mit Pflegenden gesprochen, eigene Erfahrungen reflektiert und Fachliteratur gewälzt, sondern habe mir vor allem eines vorgenommen: Ich darf Sie auf gar keinen Fall mit Zahlen, Daten, Fakten quälen, auch wenn es derer noch so viele gibt. Wie aber bekomme ich diesen Spagat hin?

Nun, um es vorweg zu nehmen: Es ist mir nicht gelungen. Auch wenn ich versucht habe, möglichst viele der gefundenen Zahlen in allgemeine Aussagen zu verpacken, so bleiben Ihnen einige nicht erspart.

So zum Beispiel die, dass der Krankenstand bei Pflegekräften im Jahr 2003 bei 5,8 % lag. Und damit um 1,1 % über dem Durchschnitt aller anderen Branchen.

In den ca. 10.000 Alten- und Pflegeheimen unseres Landes arbeiten ca. 510.000 Pflegekräfte. Hierbei ist zu bemerken, dass Altenpflegekräfte durchschnittlich lediglich 6 Jahre im Beruf verbleiben. Im Vergleich dazu: Kinderpflegekräfte halten es fast dreimal so lange im Beruf aus.

Immerhin: mehr als die Hälfte der Pflegenden in der Altenpflege sagt: „Ich möchte so lange wie möglich im Beruf bleiben!“ Das ist auch gut so, denn die Altenpflege gehört zu den wachsenden Bereichen.

Der Markt der Alten- und Pflegeheime ist übrigens in den letzten 10 Jahren kontinuierlich um ca. 3,5% pro Jahr gestiegen. Das heißt, dass jährlich ca. 350 neue Einrichtungen dazu gekommen sind. Klar also, dass auch diese neuen Einrichtungen Mitarbeitende benötigen. Die Zahl der vollstationären Pflegebedürftigen ist im gleichen Zeitraum um ca. 50% gestiegen. Von knapp 400.000 auf über 600.000.

Also noch einmal zusammengefasst die Bilanz: 35 % neue Einrichtungen, 50 % mehr Pflegebedürftige. Und nun raten Sie mal, um wie viel der Prozentsatz der Pflegekräfte gestiegen ist? Sie erraten es möglicherweise bereits: Die Zahl der Pflegekräfte ist lediglich um 15 % gestiegen.

Schaut man sich diese Pflegekräfte etwas genauer an, so stellt man auch noch fest: Der Anteil dieser Pflegekräfte, die Vollzeit arbeiten, beträgt 46 %, der Anteil der Frauen 91,2 %. Damit ist klar: Wenn wir hier von der Gesundheit von Pflegekräften sprechen, dann sprechen wir von Frauengesundheit.

Im Schnitt bestehen jedes Jahr knapp 3.000 AltenpflegerInnen ihre Prüfung. Diese Zahl ist in den letzten 15 Jahren relativ konstant geblieben. Wenn man sich vor Augen führt, dass Pflegenden also nur ca. 6 Jahre in der Altenpflege verweilen, wenn man weiß, dass der Anteil der AltenpflegeschülerInnen nicht merklich steigt und wenn man sich gleichzeitig vor Augen führt, in welchem Maße die Zahl der Pflegebedürftigen steigt, muss man sich dann noch wundern, dass empirische Studien auf eine hohe Personalfuktuation und starke Arbeitsbelastungen des Personals hinweisen?

Ist es dann wirklich erstaunlich, dass eine Altenpflegerin sagt: „Meine Mutter hat mich vor dem Beruf gewarnt..., und dass es ziemlich hart ist.“

Was ist das, was den Beruf so hart macht? Als nachteilig gegenüber anderen Berufen werden in erster Linie die strukturellen und inhaltlichen Gegebenheiten des Pflegeberufes wie beispielsweise Schichtdienst und hohe psychische Belastungen aufgeführt. Als wesentliche Belastungs-

aspekte benennt Marion Menke in ihrer Dissertation:

- - gestörte Kommunikation und schwierige Beziehungen zu Bewohnerinnen („wenn nichts mehr überkommt“)
- - die Begegnung mit schweren Krankheiten und Sterben als eine Situation extremer Hilflosigkeit und Erfolglosigkeit („Ich habe einfach Schwierigkeiten, mit einem Sterbenden alleine zu sein“)
- - die Kluft zwischen Ansprüchen an die Arbeit, Konzepte und Realitäten („Man könnte viel mehr machen...“)
- - Die Enttäuschungen, die aus letztlich nicht umkehrbaren Abbauprozessen der alten Menschen herrühren („Eigentlich ist alles für die Katz“)
- - Die Verantwortung für Leben und Tod („entscheiden müssen, was im Fall einer Krise zu tun ist“)

Viele Altenpflegerinnen kritisieren, dass sie in ihrer Ausbildung nicht genügend medizinisches Wissen vermittelt bekamen. So ist es oft nicht möglich, die wachsende Anzahl von chronisch Kranken oder Schwerkranken sachgerecht zu versorgen. Zitat: „Wir haben immer mehr wirklich schwere Krebskranke heute in den Pflegeheimen, so dass man doch eine Menge mehr Medizinisches wissen müsste“

Im Gegensatz hierzu stört viele Krankenschwestern, dass ein großer Teil der Ausbildung primär aus der Vermittlung medizinischen Grundwissens (z.B. Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre) besteht. Diese Überfrachtung der Ausbildung mit medizinischen Fächern entspricht nicht den Anforderungen der Pflegepraxis.

Die Pflegewissenschaftlerin Gudrun Piechotta beklagte im Jahre 2000: „Es fehlt die Vermittlung von psychologischen, soziologischen und kommunikationstheoretischen Erkenntnissen, die für einen adäquaten Umgang mit den Erkrankten unverzichtbar ist. Ohne den Erwerb von Fähigkeiten bei der Gesprächsführung, theoretischen Kenntnissen über Interaktionsstrukturen, ohne Wissen über psychosoziale Auswirkungen von Krankheiten

und Behinderungen wird nur ein funktionalistisches, Routineabläufe sicherndes Regelwerk erlernt.“

Die Ursachen für eine solche funktionalistische und reduktionistische Pflege, die weder den Bedürfnissen der Pflegenden noch den Bedürfnissen der zu Pflegenden gerecht wird, sind vor allem in personellen und strukturellen Bedingungen zu suchen: Ein niedriger Personalschlüssel, der helfen soll, Personalkosten einzusparen, lässt oft nur Raum für elementare und dringliche Pflegemaßnahmen, z.B. Essenvergabe oder Körperpflege.

Dazu das Zitat einer Pflegekraft: „Wenn viel zu tun ist, dann kann man sich abends ab und zu selber nicht mehr leiden, weil, ja, man hat die Menschen behandelt wie Massenware und das hat mir oft gestunken! Aber die Zeit war nicht da.“ Diese Pflegenden spricht sicher vielen von Ihnen aus der Seele. Auch ich habe, als ich diese Zeilen las, gedacht: „Stimmt, so ging es dir auch ganz oft“.

Und doch: Bemerkenswert ist für mich auch, was eine andere Altenpflegerin dazu sagt, die die Arbeits- und Zeitorganisation durch präzise Protokolle überprüft hat. Sie sagt: „Ja, das ist so eine Theorie, dass Pflegenden keine Zeit haben. Aber ich hab immer da, wo ich gearbeitet habe, erst einmal geguckt, wie es organisiert war und dann waren da meistens die Fehler. Ja, man muss es etwas durchdenken, was man besser organisieren kann, damit man Zeit hat. Man hat auch in der Pflege Zeit!“

Und an späterer Stelle sagt sie: „Ich habe mal alles minutiös aufgeschrieben: Welche Zeit ich für welche Tätigkeit gebraucht habe und dann habe ich festgestellt, dass ich, glaub ich, 12 Minuten Zeit für alte Menschen gebraucht habe und alles andere war andere Arbeit. Und dann habe ich überlegt, wie ich das ändern könnte und dann habe ich das einfach umgekrempelt. Ich hatte sechs Wochen Zeit und habe dann nach ganz kurzer Zeit geschafft, mit ganz wenig Personal ganz viel Zeit für alte Menschen zu haben, Spaziergänge zu machen und sonst was...“

Auch hierzu möchte ich noch einmal Piechotta zitieren: „Es spricht einiges

dafür, dass Zeit auch eine Chiffre, (also eine Verschlüsselung) darstellt, die ein ganzes Themenbündel repräsentiert. Keine Zeit zu haben dient auch als Vermeidungsstrategie (bzw. Abwehrmechanismus) um die psychischen und physischen Belastungen der täglichen Arbeit zu handhaben.“

Auch Katharina Gröning stellt in einer Untersuchung dar, dass „die praktizierte hektische Betriebsamkeit oder auch Äußerungen wie „keine Zeit“ oder „bin unter Zeitdruck“ oftmals latente Strategien darstellen, um spannungsgeladenen und konfliktreichen Situationen auszuweichen, indem es z.B. dringlicher erscheint, nachts Getränke zu verteilen, als eine Sterbebegleitung vorzunehmen.“

Heißt das jetzt, dass Pflegekräfte einfach nur zu unstrukturiert sind? Dass der Zeitmangel ein Mythos ist? Dass eigentlich alles gar nicht so schlimm ist? Wer so denkt, und das möchte ich hier ganz deutlich sagen, der irrt ganz gewaltig!!!

Fakt ist, dass Pflegende vor 10 Jahren ca. 12 Bewohner und Bewohnerinnen in einer Schicht versorgen mussten, heute ungefähr 22. Eine Verbesserung ist nicht in Sicht: Die Veränderung der Altersstruktur in der Bevölkerung und die sich verändernden familiären Strukturen werden die Pflege-Ressourcen in den Familien weiter reduzieren. Das Durchschnittsalter und der Pflegebedarf von Heimbewohnerinnen wird sich weiter erhöhen und die Arbeitsanforderungen für Pflegende in Alten- und Pflegeheimen werden sich weiter verschärfen.

Arbeitsanforderungen, die primär eine reibungslos funktionierende medizinische Versorgung verlangen, oktroyieren eine Zeitstruktur, die Pflegenden nur wenig Freiräume lässt. Zeit haben für andere, z.B. für ein Gespräch sind nicht vorgesehene Einstellungen und Handlungen. Sie werden teilweise sogar als Störfaktor betrachtet, den es auf ein Minimum zu reduzieren gilt, da der Arbeitsfluss sonst beeinträchtigt werden könnte.

Sich für die emotionalen und sozialen Belange einzusetzen, sich Zeit zu nehmen und auf individuelle Bedürfnisse einzuge-

hen, verursacht in der Regel zwar keine zusätzlichen Kosten, aber diese Arbeitsleistung minimiert das Zeitpotenzial der als wichtig definierten sichtbaren und greifbaren Arbeitsanteile. Zudem ist dieser Zeitanteil in der Regel nicht abrechnungsrelevant.

Pflegekräfte reagieren auf diese unbefriedigenden Strukturen mit Erschöpfung, Ausgebranntsein, Krankheit. Hier tat sich mir ein Wald von Zahlen auf, den ich Ihnen ersparen möchte. Es geht um Rücken- und Nackenschmerzen, Schlafstörungen, Essstörungen, Erschöpfungszustände und vieles mehr.

Dabei haben Pflegende durchaus eine hohe Motivation, wenn sie in den Beruf einsteigen und sie äußern den deutlichen Wunsch, so lange wie möglich in der Pflege zu bleiben. Gestatten Sie mir an dieser Stelle eine sehr persönliche Anmerkung: Rechnet man meine Ausbildungszeit dazu, so habe auch ich immerhin 15 Jahre im Schichtdienst in der Pflege gearbeitet. Zugegeben: in den letzten Jahren nur noch halbtags, weil ich meine Aktivitäten mit Studium, Unterricht und Familie ergänzt habe. Bis heute finde ich, dass Pflege zu den tollsten Berufen der Welt gehört.

Warum ich dann ausgestiegen bin? Berechtigte Frage. Ganz klar: Nicht etwa, weil mir die Arbeit mit Patienten/ Patientinnen oder Bewohnern/Bewohnerinnen keinen Spaß mehr gemacht hätten. Sondern weil auch ich zu denen gehöre, die mit den strukturellen Bedingungen und den gesundheitlichen Auswirkungen des Berufes zunehmend schlechter zurechtgekommen ist.

Was also braucht Pflege, damit der Beruf attraktiv und gesundheitsförderlich bleibt?

Da ist zunächst die gesellschaftliche Anerkennung: Der Altenpflegeberuf wird bis heute in der Öffentlichkeit unterschätzt und als eine Berufstätigkeit angesehen, die jede ausführen kann. Letztlich wird die geringe Anerkennung der Altenpflege durch die Leistungsbeschreibung der Pflegeversicherung bestärkt, da sie die Pflege Tätigkeit als Laienpflege deklariert. Hier ist die Politik gefordert!

Diese negativen gesellschaftlichen Zuschreibungen werden von Pflegekräften verinnerlicht. Pflegekräfte akzeptieren (und hier bin ich mir der Verallgemeinerung durchaus bewusst) das Fremdbild, den Blick der anderen. Hier appelliere ich an uns alle: „Lassen wir dieses Bild nicht zu!“

Die Anforderungen an Pflegekräfte, besonders im Umgang mit demenzkranken Menschen, sind sehr hoch. Der Zugang zu Menschen mit psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen ist schwer und passt nicht in die rationalen Grenzen unserer Begleitung.

Pflegekräfte kommen im Spagat zwischen Zeitnot und individuellem, evtl. auch sehr langsamem Eingehen auf die Bewohnerinnen und Bewohner, sehr häufig an ihre Grenzen. Sie fühlen sich hilflos, überfordert, werden ungeduldig oder reagieren aggressiv. Hier müssen Interventionsmaßnahmen Pflegenden helfen, den Umgang mit Demenzkranken zu bewältigen. Gelingt dies, wird nicht nur die Arbeitsqualität der Pflegenden erhöht, sondern auch die Lebensqualität der Erkrankten.

Die so genannten nützlichen und fachlichen Kompetenzen müssen erhöht werden. Dazu gehört u. a. zu lernen, mit eigenen Erwartungen und Bedürfnissen situationsgerecht umgehen zu können, also auch mal „NEIN“ zu sagen. Dazu gehört auch, zu lernen, wie man körperliche und psychische Belastungen aushalten kann. Aber auch, wo Grenzen der Belastbarkeit sind.

Werte- und Handlungsorientierung in einem Pflegemodell zu finden, biografisch zu arbeiten und Pflegebedürftige sowie deren Angehörige zu beraten, gehört ebenso zu den stärkenden Kompetenzen, wie zu lernen, die eigenen Ansichten und Erfahrungen darzustellen und zu begründen. Helfen wir unseren Mitarbeitenden und Kolleginnen, diese Kompetenz zu erwerben und zu stärken!

Eine hohe Belastung für Pflegenden stellt auch immer wieder die Nicht-Planbarkeit der Freizeit dar. Die Freizeit, die Ausgleich und Entspannung sein soll und durch das Zusammensein mit Familie und Freunden

gekennzeichnet ist, verschwindet durch ständig wechselnde, ausschließlich den Bedürfnissen der Einrichtungen angepassten Dienstplänen. Hier trägt eine flexible Dienstplanung, die sich an den Bedürfnissen der Mitarbeitenden orientiert, schon sehr bald Früchte.

Dem Umgang mit Kolleginnen und der Kommunikation im Team kommt ebenfalls eine zentrale Bedeutung zu. Dies gilt insbesondere bei Überforderung und schwierigen Arbeitsbedingungen.

Oft ist nicht nur die Pflegenden als Einzelperson, sondern gleichzeitig auch eine oder mehrere Kolleginnen aus dem Team überfordert. Dann besteht die Gefahr, sich gemeinsam vom Strudel der Ereignisse mitreißen zu lassen und sich in der Situation zu verrennen.

Die Arbeitszufriedenheit ist ein weiterer Faktor von großer Bedeutung. Sie ist dann besonders hoch, wenn, und hier darf ich aus der Definition zitieren - „das Ausmaß, in dem die individuellen Bedürfnisse und Ziele des Individuums mit der täglichen Durchführung der Arbeit übereinstimmen und erfüllt werden“.

Hier gilt es, den Pflegenden mehr Freiräume zu lassen, sich produktiv zu beschäftigen und weiterzuentwickeln. Offenheit und fairer kollegialer Umgang sind hier die Zauberworte.

Häufige Konflikte zwischen Pflegekräften und Vorgesetzten sowie mangelhafter Informationsfluss lassen ebenfalls die Krankheitszahlen signifikant steigen. Eine Verbesserung des Informationsflusses und regelmäßige Kommunikation zwischen Mitarbeitenden und Vorgesetzten bewirken manches kleine Wunder. Zu beachten hierbei: Kommunikation darf und muss auch positive Aspekte und gemeinsames Lachen beinhalten und sich nicht ausschließlich über Probleme und Schwierigkeiten definieren.

Es gibt noch viele weitere kleine Schritte, mit denen wir den strukturellen Bedingungen trotzen können. Einige davon habe ich Ihnen versucht aufzuzeigen, von anderen, ganz praxisnahen, hören Sie am Nachmittag.

Aber wissen Sie, was mich erfreuen würde? Wenn wie uns irgendwann mal wieder treffen und ich dann ganz viele Aussagen zitieren darf, die wie die klingen, mit der ich meinen Vortrag beenden möchte: „Als ich das erste Mal ein Pflegeheim von innen gesehen habe, da habe ich auch Leute vorgefunden, die in der Lage waren, einem zu zeigen, dass der Beruf Spaß machen kann, dass er zwar anstrengend ist, stressig und oft auch sehr belastend sein kann, dass er aber auch Spaß

machen kann. Hätten mich andere Leute an die Sache herangeführt, dann hätte es auch ganz anders aussehen können.“

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

*Birgit Jaster, Arbeitswissenschaftlerin,
Apothekerkammer Niedersachsen, An der
Markuskirche 4, 30163 Hannover, E-Mail:
B.Jaster@Apothekerkammer-nds.de*



Ein Andermal

Bewahre mich vor der
Beschäftigungstherapeutin, oh Herr!
Sie meint es gut, aber ich habe zu viel zu
tun, um Körbe zu flechten.
Einen Tag möchte noch einmal erleben,
den Julitag,
an dem Sam und ich Beeren sammeln
gegangen sind.
Ich war achtzehn.
Mein Haar war lang und dick.
Und ich flocht es zu einem Zopf, den ich
mir um den Kopf wand,
damit es sich nicht im Dorngebüsch
verfing.
Aber als wir uns zur Rast in den Schatten
setzen, ließ es herunter,
und es fiel mir auf die Schultern.
Und da machte mir Sam einen Antrag.
Vielleicht war es ein bisschen ungehörig
von mir,
ihn so mit meinem Haar verliebt zu
machen – aber wir haben
eine gute Ehe geführt.....
Aha, da kommt sie, die Therapeutin, mit
Schere und Klebstoff.
Ob ich es mit einer Ausschneidearbeit
versuchen möchte?
„Nein“ sage ich, „ich habe keine Zeit“.
„Unsinn“, sagt sie, „Sie werden noch sehr,
sehr lange leben“....
Das meine ich nicht.
Ich meine, dass ich mein Leben lang viel
getan habe,

für andere, mit anderen. Ich muss einiges
nachholen,
in meinem Denken und Fühlen.
Zum Beispiel was Sam's Tod betrifft.
Kurz vor dem Ende fragte ich ihn, ob ich
irgend etwas für ihn tun könne.
„Ja“, sagte er, „löse Dein Haar“.
Ich tat es und er streckte die Hand aus....
die durchsichtige Haus, man sah die
blauen Adern.....
und streichelte mein Haar.
Wenn ich die Augen schließe, kann ich es
fühlen.
„Machen Sie bitte die Augen auf“, sagt die
Therapeutin,
„Sie wollen doch nicht den ganzen Tag
verschlafen“.
Sie will wissen, was ich früher gemacht
habe, stricken, häkeln?
Ja, ich habe das alles gemacht,
und gekocht und geputzt,
und fünf Kinder aufgezogen,
und alles mögliche erlebt,
Schönes und Schreckliches.
Ich muss über diese Dinge nachdenken,
muss sie in den Fächern meines Geistes
ordnen.
Die Therapeutin zeigt mir glitzernde
Perlen.
Sie fragt, ob ich vielleicht Schmuck
machen möchte?
Und weil sie ein liebes Kind ist und es gut
meint,
sage ich: „Ja, vielleicht,
ein andermal“.
(Verfasser unbekannt)



**Arbeitsplatz Alten- und
Pflegeheim: Bedürfnisse und
Lebensqualität aus Sicht der
Bewohnerinnen**

Dorothee Wiederhold

Ethische Fallbesprechung

Veronika Radtke-Limberg

Einleitung

Zu Beginn ein paar Worte zu mir: ich bin von Haus aus Krankenschwester und Diplom-Pflegewirtin, komme aus Hannover und arbeite momentan in Bremen als Pflegedienstleitung eines ambulanten Dienstes.

Bevor ich ins Thema einsteige, zwei Vorbemerkungen: 1. Aus der Intensivpflege kommend, beschäftige mich seit den 70' er Jahren mit ethischen Fragen in der Pflege, nämlich seit ich in diesem Beruf arbeite. Es kann also davon ausgegangen werden, dass es nicht nur mir so ging und geht, sondern das alle Menschen, die in der Pflege arbeiten, mit ethischen Fragen konfrontiert werden.

Mich hat die Situation, dass Fragen z.B. die nach Gerechtigkeit, nicht immer beantwortet wurden, dazu bewogen, mich intensiver, besonders seit dem und während des Studiums, mit diesen Fragen zu beschäftigen.

2. Im Juni 2006 hat es eine kleine Anfrage im Bundestag zum Thema der Gesundheit der „übrigen Gesundheitsberufe“ gegeben, die aufgrund des Reports einer großen deutschen Angestelltenkrankenkasse über den Gesundheitszustand von Angehörigen der Pflegeberufe, gestellt wurde. Übrige Gesundheitsberufe sind auch die Pflegeberufe.

In dem Report wurde u.a. festgestellt, dass Mitarbeiterinnen des Altenpflegebereiches besonders häufig und dann besonders lange arbeitsunfähig sind. Der Report nennt Arbeitsplatzfaktoren als Ursachen für die hohen Fehlzeiten.

„Ob diese Belastungen im Laufe der Zeit zu gesundheitlichen Beschwerden führen, hängt im wesentliche davon ab, inwieweit den Beschäftigten Möglichkeiten zur Bewältigung von Arbeitsanforderungen und zum Ausgleich von belastenden Situationen zur Verfügung stehen“. Soweit der Report.

Diese Schlussfolgerung lässt die Vermutung zu, dass es Möglichkeiten geben muss, die zur Bewältigung von Arbeitsanforderungen und zum Belastungsausgleich führen können, und das diese Methoden noch nicht überall bekannt sind und praktiziert werden. Das Thema heute soll eine Möglichkeit zur Bewältigung belastender Situationen aufzeigen.

Ist die ethische Fallbesprechung als gesundheitsförderndes und in Klammern- als belastungsausgleichendes- Instrument wirksam?

Bevor ich zu der Antwort komme, würde ich ihnen gerne einige Erläuterungen zum Thema geben, möglicherweise können Sie die Frage dann selbst beantworten.

Was ist eine Ethische Fallbesprechung?

Wobei ich erst einmal auf die Fallbesprechung eingehe: die Fallbesprechung ist eine Methode zur Analyse beruflicher Situationen und zwar für alle Berufe, nicht exklusiv für die Pflegeberufe. Fallbesprechungen sind ein oft genutztes Instrument der beruflichen Bildung. Exemplarisch an einem Fall können bestimmte Situationen durchdacht und unter Beteiligung verschiedener Berufs- und Mitarbeiterinnengruppen von mehreren Seiten betrachtet und diskutiert werden.

Die Literatur dazu finden Sie in jedem Personalentwicklungs- Handbuch unter Methoden, Stichwort „training on the job“. Das charakteristische Merkmal des Training on the job ist

- die Bildung von Erfahrungen und
- die Übernahme von Verhaltensweisen im Prozess der Arbeit selbst oder in einem arbeitsbezogenen Lernkontext.

Der Lerneffekt der Methode liegt zum einen in der Perspektive der multidisziplinären Betrachtungsweise - „Aha, so kann man das also auch sehen“ - und zum anderen darin, dass die eigene Sichtweise reflektiert, verbalisiert und im definierten Rahmen veröffentlicht wird.

Fallbesprechungen verlaufen in 4 Phasen:
1. Problembenennung

2. Faktenbenennung
3. Bewertung der Fakten
4. Beschlussfassung für die Lösung

Grundsätzlich haben wir damit ein Instrument beruflicher Bildung, das alle Beteiligten und deren Sicht- und Äußerungsweisen ernst nimmt, also kurz ein demokratisches Bildungsinstrument.

Fallbesprechungen im Bereich von Krankenhäusern

Die Nimwegener Methode der Fallbesprechung wurde als Moderationsanleitung zur Unterstützung und Strukturierung von Diskussionen in Behandlungsteams bei ethisch problematischen Situationen bekannt. In den 70er Jahren wurden erstmalig Berichte über Krankenhausmitarbeiterinnen und deren Konflikte mit der Berufsausübung in der Fachpresse veröffentlicht. Es ging hier z.B. um die Mithilfe bei Abtreibungen, Organtransplantationen und ähnliche Themen. Um die Mitarbeiterinnen bei der Konfliktverarbeitung zu unterstützen wurden entsprechende Möglichkeiten angeboten.

Nun zum zweiten Begriff, der einer Erläuterung bedarf:

Was ist Ethik, was meint ethische Kompetenz?

Ethik, ganz einfach ausgedrückt ist: Lehre vom sittlichen, moralischen Verhalten der Menschen. Die ethische Grundsatzfrage an die Menschen ist: Was soll ich tun? Wobei die Frage „das Wie“ beinhaltet.

Ethik wird als moralische Gesinnung verstanden, als Haltung, die jedem Menschen sozusagen während seiner Entwicklung mitgegeben wird, die also schon vor der Berufswahl vorhanden ist.

Menschen lernen sehr früh in ihrer Entwicklung, sich in ihrem kulturellen Rahmen moralisch richtig zu verhalten zu handeln. Tun sie das nicht, oder gelingt ihnen die Aneignung der richtigen Verhaltensweisen nicht, so ahndet die Gesellschaft falsche Verhaltensweisen mit mehr oder weniger drastischen Methoden.

Möglicherweise erinnern sie sich an Situationen mit Ihren Kindern, die fast immer klar zwischen gutem und bösen

Tun unterscheiden können und das auch so benennen, nämlich, das ist böse, das ist gut. In der beruflichen Sozialisation von Pflegekräften werden ebenfalls Inhalte rechten, also guten, Tuns, vermittelt.

Aber es wird auch von den Lernenden verlangt, dass sie ein Bewusstsein für die richtigen Entscheidungen entwickeln. Es sollte u. a. Bestandteil und Ziel einer Ausbildung sein, dass die Berufsangehörigen auf fachlicher und moralischer Grundlage ihre Entscheidungen treffen und diese auch vermitteln können.

Die Vermittlung erfolgt nach den ethischen Prinzipien. Laga und Fehr, zwei Professoren der Hannoverschen Universität, haben sich intensiv mit der beruflichen Sozialisation der Pflegekräfte befasst. Nach ihnen sind die in der deutschen Fachliteratur am meisten diskutierten Prinzipien, folgende:

-> Benefizienz

dem Menschen etwas Gutes tun, ihm wohl tun, behilflich in bestimmten Situationen sein. Z.B. wird von qualifizierten Pflegekräften erwartet, dass sie entscheiden können, ob es für einen Bewohner/eine Bewohnerin gut ist, in einer Nahrungsverweigerungssituation eine PEG gelegt zu bekommen, oder nicht.

Sie müssen dazu die richtigen Schritte zur Unterstützung des Bewohnerwunsches tun und sich ggf. gegen Angehörige des Bewohners, der Bewohnerin und andere Berufsgruppen durchsetzen können.

-> Non- Malefizienz

bedeutet, Schaden abwenden, bzw. schädigendes Tun unterlassen, verhindern dass ein Schaden eintritt.

Von qualifizierten Pflegekräften wird erwartet, dass sie ihr Tun oder Lassen in den Konsequenzen abschätzen können, andererseits kann der Bewohner/die Bewohnerin von ihnen erwarten, dass sie in der Sterbesituation Dinge unterlassen, die den Menschen in dieser Situation belasten und das auch begründen können.

-> Gerechtigkeit

heißt, „dem Recht entsprechend“, danach urteilend und handelnd.

Ihr liegt das Gleichheitsprinzip zugrunde. Wer hat nicht schon einmal darüber nachgedacht, z.B. im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung, ist sie in den Auswirkungen gerecht? oder mit der Vorgesetzten, die ihnen den freien Tag versagt hat, ist das gerecht?

Auf einer anderen Ebene wird zu dieser Zeit sehr intensiv die Verteilungsgerechtigkeit in unserem Sozialstaat diskutiert.

-> Autonomie

meint die Unabhängigkeit, ist das für sich selbst Entscheiden und für sich selbst Einstehen.

Besonders gefordert wird vor allem der Respekt vor der Autonomie der Bewohner/ Patienten/ Klienten. Immer im Spagat mit den rechtlichen Vorgaben, wie z.B. Verletzung der Aufsichtspflicht.

Die beiden Autoren formulieren in ihrem Beitrag weiter, dass es durch den Mangel an systematischer Bildung in Philosophie und Ethik in der Ausbildung der Pflegekräfte zu einer unreflektierten Übernahme institutioneller Werte und Überzeugungen komme.

Erst die Intensivierung der beruflichen Sozialisationsprozesse in letzter Zeit (dieser Beitrag ist 1996 erschienen) habe zu einer Verwissenschaftlichung und in Ansätzen zur Herausbildung einer eigenständigen Pflegeethik geführt.

Ein weiteres Problem sei, dass wegen der starken weiblichen Prägung der Berufsrolle ethische Fragen als Privatangelegenheit betrachtet und daher nicht öffentlich diskutiert worden seien.

Die ethische Fallbesprechung

Jetzt komme ich zur ethischen Fallbesprechung, wie sie in der Literatur inzwischen verstanden wird: Was ist sie und woher kommt sie?

„Unter multidisziplinärer ethischer Fallbesprechung versteht man den Versuch, ein

ethisches Problem in Bezug auf die Behandlung eines Patienten durch eine Diskussion im Team, das den Patienten begleitet, zu lösen.

Hauptziel dieser Methode ist das Gewährleisten einer qualitativ besseren Versorgung. Nebenziele sind eine Verbesserung der Kommunikation der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie innerhalb der einzelnen Abteilungen und eine Verbesserung des Arbeitsklimas“, soweit der Beitrag B. Gordijns veröffentlicht in einer Pflegefachzeitschrift. (Die Schwester, Der Pfleger, 39. Jahrgang, s. 114)

Am Sprachgebrauch ist unschwer zu erkennen, dass die ethische Fallbesprechung zuerst im Krankenhausbereich und zwar, wie könnte es anders sein, durch US-amerikanische Einflüsse entwickelt wurde.

In meiner Zeit in der MHH hatte ich die Gelegenheit, an einer Arbeitsgruppe zur Entwicklung eines ethischen Komitees teilzunehmen und habe mich dadurch auf einer anderen Ebene mit dem Problem der ethischen Fragestellungen auseinandergesetzt.

Dass diese Methode im Krankenhausbereich entwickelt wurde, sollte niemanden davon abhalten, sich mit diesem Instrument vertraut zu machen und es für die eigene Weiterentwicklung und zum Nutzen der Bewohner und Bewohnerinnen einzusetzen.

Bei der ethischen Fallbesprechung / Fallkonferenz wird dabei von der ethischen Kompetenz aller Beteiligten ausgegangen. Die Bereitschaft zur offenen Auseinandersetzung wird immer vorausgesetzt.

Dem liegt der Gedanke zu Grunde, dass derjenige, der die Arbeit mit den Bewohnern und Bewohnerinnen erledigt, einerseits Sachverstand oder auch Expertise besitzt und andererseits gleichzeitig der Anwalt des Bewohners/ der Bewohnerin ist.

Auch im vierten Bericht zur Lage der älteren Generation (kurz 4. Altenbericht) wird auf die Kompetenzen der Pflegenden eingegangen: die Sozialkompetenz zur Beziehungsgestaltung und besonders die

selbstreflexive Kompetenz, womit in diesem Zusammenhang gemeint ist, dass Pflegenden in der Lage sein sollten, ihre einmal erworbenen Kompetenzen zu hinterfragen und sich immer wieder in neue Lernsituationen zu begeben.

Explizit wird von sogenannten Reflexionspausen gesprochen. Diese können eben zu Fallbesprechungen oder zur Supervision genutzt werden. (Wem das in der momentanen Situation etwas utopisch erscheint, der sollte vielleicht einmal die Möglichkeit nutzen, in einer Einrichtung, in der EFB praktiziert werden, zu hospitieren.)

Ferner benötigen Pflegekräfte nach Meinung der Autoren eine klinische Beurteilungsfähigkeit und die ethische Beurteilungskompetenz, weil nicht nur die Altenpflege, aber diese im besonders starken Maße, z.B. durch die wachsende Anzahl demenziell erkrankter Bewohner und Bewohnerinnen, durch alltägliche ethische Dilemmata gekennzeichnet sei.

Ethische Kompetenz ist mit den Begriffen Reflexionsfähigkeit, Artikulationsfähigkeit, Sozialkompetenz und Diskursfähigkeit belegt. Reflexionsfähigkeit meint die Fähigkeit, über sich selbst und das eigene Tun nachzudenken. Artikulationsfähigkeit meint die Möglichkeit das Ergebnis dieses Nachdenkens durch Verbalisierung zu veröffentlichen. Sozialkompetenz meint die Möglichkeit, sich in Gruppen zu verhalten. Und unter Diskursfähigkeit versteht man das Abwägen des Für und Wieders der eigenen Position und das Äußern auch unkonventioneller Gedanken und Überzeugungen, immer mit dem Ziel einen Konsens in einer kontroversen Diskussion zu erzielen.

Ziele der ethischen Fallbesprechung

Die Ziele der ethischen Fallbesprechung können wie folgt angegeben werden:

Bewohnerbezogene Ziele:

1. Verbesserung der Kommunikation, des Verständnisses, der Sichtweise auf einen Bewohner/eine Bewohnerin und untereinander

2. Verbesserung der Versorgungsqualität und damit der Bewohner- und der Angehörigenzufriedenheit

Professionalisierungsziele:

3. Verbesserung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit der Beteiligten
4. Erhöhung des interprofessionellen Ansehens der Berufsgruppe
5. Erhöhung der Akzeptanz der Beteiligten an der Bewohnerversorgung
6. Erhöhung der Professionalität

Ethische Fallbesprechung in den Einrichtungen der BHS

Jetzt komme ich zu der Ethischen Fallbesprechung in den Einrichtungen der BHS: In der Einrichtung in der ich arbeite, werden ethische Fallbesprechungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität, als Methode beruflichen Lernens und als Möglichkeit der Entlastung, angeboten.

Initiatoren dieses Angebotes waren das Hospiz Horn, das eine Niederlassung in unserer Einrichtung betreibt, und die Heimstiftungseigene Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätte, das Kompetenzzentrum der BHS.

Die Mitarbeiterinnen wurden in einem Flyer über das Angebot informiert, indem ganz einfach erklärt wurde, zu welchen Fragen und wie Mitarbeiterinnen eine EFB initiieren können. Wir nutzten außerdem die Möglichkeit, uns von kompetenter Seite erklären zu lassen, wie ethische Fallbesprechung geht und haben inzwischen 1-2 x im Monat eine EFB.

Die Mitarbeiterinnen haben ein Formular, auf dem bestimmte Angaben zu machen sind, z.B. geht es darum, eine kurze Darstellung des Sachverhalts der problematischen Situation zu geben. Es muss auch die Dringlichkeit angekreuzt werden, hier gibt es die Wahlmöglichkeit zwischen „innerhalb 24 Std. und bis zu 14 Tagen“. Die Zwischenstufen erspare ich uns jetzt, aber es gibt sie. Das Formular wird an die PDL, HL oder an die Bereichsleitung weitergegeben und entsprechend an das Hospiz H. weitergegeben. Da wir das

Hospiz vor Ort haben und es tagsüber personell immer besetzt ist, haben wir einen kurzen Weg zur Beantragung der EFB. Eine Mitarbeiterin des Hospizes meldet sich dann wegen des Termins.

Die Mitarbeiterinnen begrüßen es sehr, dass sie selbst eine solche Methode zur Problemlösung initiieren können.

Ein Beispiel: eine Angehörige war sehr besorgt wegen der Flüssigkeitsversorgung ihrer Mutter, die wegen einer Dehydratation ins KH eingewiesen worden war.

Sie alle kennen solche Situationen. Die Angehörige stand sozusagen „täglich auf der Matte“, um einerseits ihre Mutter, ob sie denn genug trinke, und andererseits die Mitarbeitenden, ob sie denn wohl genug Flüssigkeit anböten, zu kontrollieren. Sie behauptete, ihre Mutter habe Zeit ihres Lebens immer 4-5 Liter täglich getrunken. (Die Bewohnerin ist 1, 55 und wiegt 45 Kilo. Soviel zur Wahrnehmung und realistischen Informationsweitergabe von betroffenen Personen.)

Die Mitarbeiterinnen waren sauer, die Mutter resistent und verweigernd und die Tochter völlig erschöpft, ob der Kontrollarbeit, die sie zu leisten sich auferlegt hatte. Eine für alle Beteiligten unerträgliche Situation. Für die Mitarbeiterinnen, die die Bewohnerin nicht zum Trinken zwingen wollten, und unwürdig für die Bewohnerin.

In dieser Situation haben wir eine EFB durchgeführt. Beteiligt waren die Bewohnerin, die Tochter, der Schwiegersohn, eine Mitarbeiterin, die PDL, ein Arzt und eine Hospizmitarbeiterin.

Jeder hat zu Anfang seine Sichtweise des Problems dargelegt. Während der Fallbesprechung wurde die Idee einer „Flüssigkeitsuhr“ geboren, sozusagen als sinnfälliges Zeichen, die die aufgenommene Flüssigkeitsmenge anzeigen sollte. Gleichzeitig sollte über einen gewissen Zeitraum zum Trinken animiert und die Flüssigkeitsmenge protokolliert werden. Das wurde einige Zeit durchgeführt, bis die Bewohnerin wieder in der Lage war, selbstständig an´s regelmäßige Trinken zu denken und ein Mindestmaß an Flüssigkeit zu sich zu nehmen.

Nach einiger Zeit stellten wir fest, dass die Trinkmengen trotz häufiger Erinnerungen weniger wurden. Die Bewohnerin klagte über Übelkeit und gab an, erbrochen zu haben. Häufig stand im Protokoll, Trinken verweigert. Dies deuteten wir als Ausdruck ihrer Weigerung, die definierte und vorgeschriebene Menge an Flüssigkeit zu sich zu nehmen und zweitens als Widerstand gegen die „Bevormundung“, schlicht als Kampf um ihre Autonomie“.

Inzwischen kontrollieren wir die Trinkmenge immer noch, aber wir schenken die Gläser nicht ganz voll, manchmal öffnen wir auch nur die Flasche, damit sie sich selbst nachschenken kann und schauen dann abends nach, ob die Flasche leer ist.

Die Auswirkung der EFB für diese Bewohnerin führte bei den Pflegenden zu einer deutlichen Entlastung, da das Gefühl, nicht genügend oder nicht das Richtige getan zu haben, durch den Nachweis des Flüssigkeitsangebot verändert werden konnte. Mit der Tochter konnte geklärt werden, dass die Mutter ihre Angelegenheiten bis zu einem gewissen Grad selbst steuern will und mit etwas Unterstützung auch kann.

Die Absprachen im Team wurden besser, insofern als die Warnzeichen – Achtung, trinkt zu wenig!- viel früher weiter gegeben wurden, also die Kommunikation wurde intensiver. Die Sensibilität der Mitarbeiterinnen für die Bewohnerin erhöhte sich und damit kann man davon ausgehen, wird die Versorgung qualitativ besser.

Die Autonomie der Bewohnerin konnte bis zu einem gewissen Grad gewahrt werden und wird auch unter dem Stichwort Autonomie immer wieder thematisiert.

Die Mitarbeiterin, die an der EFB teilgenommen hatte, fühlte sich mit ihren Beobachtungen ernst genommen und schaltet sich jetzt immer ein, wenn von dieser Bewohnerin oder von nicht ausreichenden Trinkmengen die Rede ist, für mich ein Hinweis darauf, dass ein Lernzuwachs stattgefunden hat.

Die Ausgangsfrage war: „kann die EFB ein gesundheitsförderliches Instrument sein?“ kann ich nach meinem Gefühl und meinen Beobachtungen mit „ja“ beantworten, weil

die Mitarbeiterinnen eine Möglichkeit haben, sich durch eine Aussprache über ein Problem einer beruflichen Belastung zu entledigen; weil sie eine neue Sichtweise über den Bewohner und dessen problematische Situation als beeinflussbar erleben; weil sie zu Lösungsmöglichkeiten beitragen, die das Wissen im Team erhöhen, was ihr Selbstbewusstsein steigert.

Trotzdem halte ich es für wünschenswert, die Gesundheitsförderlichkeit dieses Instrumentes mit sozialwissenschaftlichen Methoden, z.B. einer Befragung der Teilnehmerinnen von Ethischen Fallbesprechungen zu erforschen, um eine wissenschaftlich gesicherte, sozusagen stichhaltige, Aussage machen zu können.

Ich bin sicher, dass die Mitarbeiterinnen meines Bereiches inzwischen zu einer Befragung bereit wären und auch Interesse an dem Ergebnis einer solchen Untersuchung hätten.

Ferner arbeiten wir jetzt daran, die Ergebnisse von Fallbeispielen in das Team zu transferieren, dafür gibt es zwar eine vorgegebene Möglichkeit, diese wird aber aus verschiedenen Gründen noch nicht richtig genutzt.

Was können Sie tun, um in Ihrer Einrichtung dieses Instrument zu nutzen?

Sie können eine Fortbildung dazu besuchen. Sie können in ihrer Einrichtung den Vorschlag machen, Zeiten für EFB auszuweisen. Sie können in einer Einrichtung hospitieren, die EFB praktizieren. Sie können jemanden einladen, der sie mit der Methode vertraut macht und den Einführungsprozess begleitet.

Es gibt viele Möglichkeiten sich selbst und damit den eigenen Bereich weiterzuentwickeln. Nutzen Sie sie!

Ich hoffe jedenfalls, Ihnen mit meinem Beitrag eine Idee von den Möglichkeiten der Methode Ethische Fallbesprechung

und ihrem Nutzen zur Entlastung gegeben zu haben und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur zum Thema:

Ethische Fallbesprechung. Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung.

Malteser Gesellschaft gGmbH (Hrsg.) Köln 2005

Blonski, Harald: (Hrsg.) Ethik in der Gerontologie und Altenpflege. Hagen 1998

Schröck, Ruth: Zum moralischen Handeln in der pflege. Drittes internationales Osnabrücker Symposium Pflegewissenschaft 17./18. November 1994, in „Pflege“, Band 8, Heft 4/1995, (S. 315-323)

Hoffmann-Gabel, Barbara: Ethik in der Altenhilfe. Hannover 1997

Körtner, Ulrich: Grundkurs Pflegeethik, Facultas, UTB, Wien 2004

Lay, Reinhard: Ethik in der Pflege, Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover, 2004

Sperl, Dieter: Ethik in der Pflege. Kohlhammer, Stuttgart 2002

Fehr, Jörn und Laga Gerd: (Hrsg.) Beiträge zur Professionalisierung der Pflegeberufe, Hannover 1997

BMfSJF: 4. Bericht zur Lage der Älteren Generation, 2003

Kleinmann, Manfred und Strauß, Bernd: (Hrsg.) Potentialfeststellung und Personalentwicklung, VAP Hogrefe Verlag, Göttingen, 2000

Veronika Radtke-Limberg, Bremer Heimstiftung, Besselstr. 43, 28203 Bremen



Diskussionsbeiträge zum Thema: „Routinen und Arbeitsabläufe verändern“ Aufbruch Pflege

Fred Meyerhoff

A) Anlass für die Aktion „Aufbruch Pflege“

Zum besseren Verständnis wird eine kurze, historische Betrachtung vorangestellt. Mitte des 20. Jahrhunderts lag der Schwerpunkt noch vorrangig beim technischen Arbeitsschutz; beispielsweise bei der Erstellung von Vorschriften für die sichere Gestaltung und den sicheren Umgang mit Maschinen und deren Überwachung. Insbesondere bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) rückte aber zunehmend der Mensch in den Fokus der Präventionsarbeit; - speziell auch in der Pflege.

So hat die BGW auch bereits bei der Diskussion zur Pflegeversicherung und der damit bewussten Kommerzialisierung der Pflege die möglichen Gefahren für die Pflegekräfte erkannt. Sie richtete daher 1998 eine Resolution an die politisch Verantwortlichen, die Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Pflege zu schaffen, die zudem eine Gefährdung der Gesundheit der Pflegenden ausschließen.

Die BGW (<http://www.bgw-online.de/>) selbst blieb natürlich nicht untätig. Sie entwickelte neben den bisherigen, eher technisch orientierten Ansätzen auch verstärkt betriebliche Präventionsansätze, die Faktoren, wie:

- Arbeitsorganisation,
- Personalentwicklung,
- Kommunikation und Information,
- Personalführung und –planung

in den Betrieben verbessern und aus Sicht des Arbeitsschutzes unterstützen sollten.

Wo stehen wir heute?

Wir befinden uns kurz vor dem Jahr 2007 und es ist beinahe ein Jahrzehnt nach der Resolution der BGW vergangen. Inwieweit haben sich die Rahmenbedingungen für die „gesunde“ Pflege verbessert? Wenn man versucht, diese Frage ehrlich zu beantworten, wird der Anlass für die Aktion „Aufbruch Pflege“ überdeutlich.

Es erscheint als zwingend notwendig, dass Netzwerkstrukturen geschaffen werden. In diesen Netzwerken müssen unter Einbeziehung der politisch Verantwortlichen und unter Beteiligung aller Überwachungs- und Kontrollinstanzen sowie der Betriebe und ihrer Verbände gemeinsame Lösungen erarbeitet werden, um die Situation in der Pflege nachhaltig zu verbessern. Ziel und Motto muss es sein, dass wir Pflegenden gesund im Beruf halten, denn erfolgreiche Pflege ist nur mit gesunden Mitarbeitenden möglich.

B) Maßnahmen im Rahmen der Aktion „Aufbruch Pflege“

Die BGW hat daher sowohl auf Bundesebene Symposien zur Entbürokratisierung unter Beteiligung der Verbände und von Vertretern der politischen Parteien ins Leben gerufen, als auch, abhängig von den jeweiligen Strukturen, Aktionen in den Bundesländern gestartet. In Niedersachsen ist dies u. a. die aktive Beteiligung am „Runden Tisch für Arbeits- und Gesundheitsschutz“ (<http://www.runder-tisch-hannover.de/>), der in speziellen Arbeitskreisen beispielsweise Themen, wie:

- Behördenkooperation in der Pflege („praktische Entbürokratisierung vor Ort“),
- Fortbildung „Arbeitsschutz in der Pflege“ für Führungskräfte,
- Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege,

aber auch Fachthemen, wie „Haut“, „Rücken“, „Nadelstichverletzungen“ u. a. bearbeitet. In diesen Arbeitskreisen wirken sowohl Vertreter und Vertreterinnen der verschiedenen Kontrollinstanzen als auch solche aus Betrieben und Pflegeverbänden mit.

Daneben findet natürlich auch weiterhin die konventionelle Präventionsarbeit in Form von Beratung und Betreuung der Betriebe, von Schulungen, Workshops etc. statt.

Darüber hinaus bietet die BGW gezielte Instrumente, insbesondere zur **Veränderung der Routinen und Arbeitsabläufe** und zur Unterstützung im Betriebsalltag, an.

Dies sind z.B.

Analyseinstrumente: Mitarbeiterbefragung in der Pflege (Screening zur Ermittlung psychischer Belastungen); Betriebsbarometer, (differenzierte Ermittlung der Belastungen)

Entwicklungsstrategien: Arbeitslogistik in der Altenpflege (ALIDA) (Analyse- und Entwicklungsstrategie zur Verbesserung der Arbeitsorganisation); Personalentwicklung (Strategie zur Weiterentwicklung persönlicher Kompetenzen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aller Hierarchieebenen)

Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz (qu.int.as): Präventionsangebot qu.int.as, Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz als Komplettpaket (Unter-

stützung der Betriebe bei der Integration und Zertifizierung des Arbeitsschutzes)

C) Zusammenfassung

Für eine erfolgreiche und gleichzeitig gesunde Pflege reicht die bloße Erfüllung arbeitsschutztechnischer Vorschriften vielfach nicht aus, - wenngleich deren Einhaltung natürlich nicht infrage gestellt werden darf. Eine Analyse der vorhandenen Routinen und Arbeitsabläufe sowie deren Änderung sind häufig der Schlüssel zur Verbesserung der Pflegequalität und auch der Gesundheit der Mitarbeitenden. Die BGW bietet hierbei den Betrieben ihre Unterstützung und Anreize zur eigenverantwortlichen Weiterentwicklung an. Sie setzt sich darüber hinaus dafür ein, Belastungen von Außen, z. B. durch übertriebene bürokratische Regelungen, zu reduzieren und gemeinsam mit Interessenvertretern aus der Pflege nachhaltige Lösungen zu erarbeiten.

Fred Meyerhoff, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Außenstelle Hannover, Anderter Str. 137; 30559 Hannover, E-Mail: Fred.Meyerhoff@bgw-online.de, www.bgw-online.de/



Routinen und Arbeitsabläufe verändern

Birgit Jaster

Die medikamentöse Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen kann durch Zusammenarbeit mit Vertragsapotheken und behandelnden Ärzten/Ärztinnen verbessert werden. (Stichwort: Multiprofessionelles Team)

Die Apothekerkammer Niedersachsen unterhält einen Arbeitskreis, an dem die an der Medikamentenversorgung beteiligten Institutionen und Personen mitwirken. Ziel des Arbeitskreises ist die Optimierung der medikamentösen Versorgung unter Berücksichtigung der verschiedenen, sich teilweise widersprechenden Gesetze, Regelungen und Verordnungen.

Die Qualität der Medikation muss eingebettet sein in ein fundiertes Grundlagenwissen bei den Personen, die an der Versorgung beteiligt sind. Dazu gehört auch das Wissen um die Besonderheiten von medikamentöser Versorgung im Alter und die Berücksichtigung der häufig unklaren Wirkweisen bei psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz.

Führungskräfte müssen Präsenz zeigen. Qualität kann nur erwirkt werden, wenn Führungskräfte und Basismitarbeitende „an einem Strang“ ziehen.

Birgit Jaster, Arbeitswissenschaftlerin, Apothekerkammer Niedersachsen, An der Markuskirche 4, 30163 Hannover, E-Mail: B.Jaster@Apothekerkammer-nds.de



**Statt eines Vorwortes:
Auszug aus dem Leitbild des
Seniorenpflegeheims Polle**

Joachim Heise

„Menschen mit geistigen oder körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen sollen ein Leben führen können, das dem ihrer nichtbehinderten MitbürgerInnen entspricht. Kurz: ein Leben so normal wie möglich.“ (Thimm, Walter, 1994).

Das Seniorenpflegeheim Polle ist eine Einrichtung in privat-gewerblicher Trägerschaft, in der insgesamt 62 BewohnerInnen, in drei räumlich voneinander getrennten Wohnbereichen leben und wohnen (...)

Das Betreuungskonzept für die Pflege und Begleitung der bei uns lebenden, pflegebedürftigen und behinderten Menschen ist wesentlich durch eine annehmende, akzeptierende und wertschätzende Haltung geprägt.

Daraus ergibt sich unsere Betreuungsphilosophie und unser Leitbild, das „Normalisierungsprinzip“. Das Normalisierungsprinzip ist ein ganzheitlich orientierter Versorgungsansatz. Wir achten diesbezüglich die Selbständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der uns anvertrauten BewohnerInnen. Im Mittelpunkt der Betreuung des einzelnen Menschen stehen seine Biografie und seine Individualität.

Die Pflege- und Betreuungsphilosophie entspricht dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Diese beinhaltet, die jeweiligen Pflege- und Hilfebedarfe zu ermitteln, zu planen und umzusetzen. Grundlage eines angemessenen Miteinanders ist die ganzheitliche, aktivierende und respektierende Pflege, die die Würde des hilfebedürftigen Menschen achtet und individuell alle wichtigen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Gegebenheiten, vor allem das soziale Umfeld des Bewohners und der Bewohnerin, berücksichtigt.

Angestrebt wird über diesen Grundsatz eine aktivierende Pflege und Betreuung, die dem Menschen, der bei uns wohnt,

helfen soll, das zu erleben, was ihm möglich ist, was er sich erhofft und wünscht und was ihm Erfolg verspricht. In dem Zusammenhang wird außerdem die Eingliederung geistig und seelisch behinderter BewohnerInnen im Seniorenpflegeheim Polle gefördert. Die Persönlichkeit und die Würde des Einzelnen, seine Werte, Ziele und Entscheidungen werden geachtet und respektiert.

**Veränderungen von Routinen
und Arbeitsabläufen am
Beispiel des Seniorenpflege-
heims Polle**

Joachim Heise

Im Seniorenpflegeheim Polle leben 62 Menschen mit einem höchst unterschiedlichen Pflege- und Betreuungsbedarf, innerhalb von drei räumlich und von der Personenzahl etwa gleich großen Wohnbereichen, die im Rahmen ihrer konzeptionellen Ausrichtung sehr autark sind.

Die Aufteilung in drei Wohnbereiche ist von Beginn an, seit dem Einzug der ersten BewohnerInnen im Jahre 1994, darauf ausgerichtet, im Rahmen der schon erwähnten konzeptuellen Spezialisierung, ältere Menschen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern zu pflegen und zu betreuen.

Wenn Sie die Einrichtung besuchen, begegnen Ihnen bei uns zunächst im Erdgeschoss 20 Menschen im Alter zwischen 57 und fast 90 Jahren, die schwerstdementiell erkrankt sind, d.h., mit herausfordernden Verhaltensweisen sich ihrer sozialen Umwelt mitteilen. Dieses wird z.B. an einer erhöhten Bereitschaft deutlich, sich fortzubewegen.

Weitere Beispiele für diese, häufig auch sehr stigmatisierend als „Verhaltensstörungen“ und „Verhaltensauffälligkeiten“ bezeichneten Ausdrucksformen, lassen sich hier anhand der folgenden vier Punkte zusammengefasst darstellen. Es sind dieses:

- die Selbst- und Fremdgefährdung wie das Schlagen, Kneifen, Zwicken und

eben die Tendenz zu laufen („Wegläufer“), die auch das Betreten „fremder“ Zimmer und Räume betrifft.

- die Gefahr- und Konfliktpotentiale (Essensreste essen, das Verteilen von Fäkalien, fremde Sachen nehmen...)
- die Psychiatrische Symptome wie (Verfolgungswahn, Distanzlosigkeit aber auch Rückzug in die Isolation etc.) und die wie schon oben erwähnt
- die anhaltende Unruhe die sich in einem ständigen ruhelosen Umherlaufen, Agitiertheitsphasen und einem gestörten Tag- / Nachtrhythmus zeigt.

Die Menschen dort im Erdgeschoss leben in einer relativ homogenen Wohngruppe in einem segregativen Pflege- und Betreuungskonzept. Das bedeutet, Menschen mit dem oben dargestellten Krankheitsbild einer mittelschweren und schweren Demenz leben in einer für sie geschaffenen Umgebung. Eine entsprechende Milieugestaltung innerhalb der vorgegebenen Architektur der Räume ist wichtig.

Gehen sie innerhalb der Einrichtung nun weiter in das erste Obergeschoss, ergibt sich ein etwas anderes Bild. In diesem Wohnbereich werden, innerhalb eines integrativen Pflege- und Betreuungskonzeptes, schwer- und schwerstpflegebedürftige Menschen sowohl mit leicht ausgeprägten Demenzsymptomen, (geronto-)psychiatrischen Erkrankungen, mobile BewohnerInnen mit einem geringen Pflegebedarf sowie immobile, bettlägerige, teilweise schwerst-demente BewohnerInnen und BewohnerInnen mit unterschiedlichen altersbedingten Erkrankungen (somatische Krankheitsbilder) gepflegt und psychosozial betreut.

Das Seniorenpflegeheim in Polle ist jedoch mehr als eine Wohnstätte für betagte und hochbetagte Menschen. Beim Besuch des dritten Wohnbereichs wird dieses erkennbar und erfahrbar.

Die BewohnerInnen im Dachgeschoss der Einrichtung leben dort, weil sie in zurückliegenden Lebensphasen einen unkontrollierten Umgang, vornehmlich mit Alkohol, aber auch mit Medikamenten hatten. Dieses ist der Wohnbereich für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeits-

ranke und Menschen mit psychischen Erkrankungen (z.B. Minderbegabte). In diesem Bereich sind die Jüngsten Ende 30 und die Ältesten Anfang bis Mitte 70.

Zentrale Fragen der Begegnung mit den bei uns lebenden Menschen sind unser Erachtens:

- die Milieu- und Beziehungsgestaltung, konkret die persönliche (Arbeits-) Haltung der Mitarbeiter
- das Konzept, in der Form, dass ein einheitliches Pflegeverständnis vorliegt sowie
- die Aufbau- und Ablauforganisation innerhalb der Einrichtung, somit die strukturellen Gegebenheiten.

Altern in Würde

Wie sieht nun ein Altern in Würde im Seniorenpflegeheim Polle aus und wie kann eine ganzheitliche Pflege und Betreuung unter den äußeren Rahmenbedingungen von knapper werdenden finanziellen und zeitlichen Ressourcen dennoch möglich sein?

Dieses möchte ich mit Blick auf die Milieu- und Beziehungsgestaltung etwas umfassender und vertiefend darstellen. Einige Punkte seien an dieser Stelle noch einmal exemplarisch benannt und näher erläutert.

Die Berücksichtigung der Biografie der BewohnerInnen ist die wesentliche Voraussetzung für unsere dem Menschen zugewandte Betreuungsphilosophie, die sich sehr stark am aus der Behindertenarbeit kommenden „Normalisierungsprinzip“, orientiert (Thimm, 1994). Das Normalisierungsprinzip ist wesentlicher Bestandteil des Leitbildes der Einrichtung, welches diesem Vortrag vorangestellt ist.

Die BewohnerInnen unseres Hauses werden demzufolge in drei selbständigen (autarken) Wohnbereichen betreut. Das heißt, jede Wohnebene bildet für sich eine Wohneinheit bzw. Wohngruppe und verfügt über eine Bewohner(wohn-)küche oder Teeküche, die entsprechenden Versorgungsräume, wie medizinische Bäder, aber auch Nischen, die zum Verweilen einladen. Darüber hinaus sind die Flure im

Rahmen der Milieu- und Beziehungsgestaltung als sogenannte „sekundäre Wohnräume“ gestaltet.

Durch die beschriebenen, spezialisierten Wohnformen wurde den Nachteilen heterogener Gruppenzusammensetzungen (integrativer Ansatz) in Einrichtungen der stationären Altenhilfe Rechnung getragen.

In den nunmehr zurückliegenden fast dreizehn Jahren ist in Polle eine vollstationäre Lebens- und Betreuungsform für Menschen unterschiedlichen Lebensalters entstanden (von Ende 30 bis Anfang 90). Die Einrichtung hat sich, bis zum heutigen Tag, zu einem „Mehrgenerationenhaus“ entwickelt. Eine Institution, die von und aus sich heraus lebt, facettenreich und farbenfroh, Lebensqualität bewahrend und erhaltend, Menschen nicht entmündigend sondern (be-)schützend, kurz: Den Lebensbedürfnissen und Lebenslagen jüngerer und älterer Menschen wertschätzend und respektierend begegnend, unabhängig von der individuellen Situation desjenigen, der (pflegerische und/oder psycho-soziale) Hilfe und Betreuung benötigt.

Ein solches Konzept umzusetzen ist schwierig, erfordert nicht vorrangig und ausschließlich qualifiziertes Leitungspersonal, sondern in sämtlichen Arbeitsbereichen motivierte und nicht minder qualifizierte MitarbeiterInnen.

Dieses wird im Seniorenpflegeheim Polle wie folgt umgesetzt: Das Konzept für die Pflege und Begleitung der bei uns lebenden Menschen ist im wesentlichen geprägt durch die annehmende, akzeptierende und wertschätzende Haltung der MitarbeiterInnen. In Zeiten, in denen bundesweit das Fehlen von Fachkräften im Pflegebereich deutlich wird, ist diese Haltung nach wie vor wichtig und erforderlich, um eine qualitativ sehr gute Begleitung der BewohnerInnen zu ermöglichen.

Gerade zu Beginn, Mitte der 90er Jahre, wurde deutlich, dass neben der fachlichen Kompetenz der MitarbeiterInnen eine intuitive, empathische und auf fachspezifische Methoden und Techniken zurückgreifende, zwischenmenschliche Begleitung sehr wichtig ist. Das gilt bis zum

heutigen Tag und führt zu Verhaltenssicherheit im Umgang mit den Betreuten.

Wie gelingt es uns in Polle Mitarbeiter zu gewinnen?

Die Träger der fachtheoretischen Ausbildung in der Kranken- und Altenpflege sind schon vor längerer Zeit auf das Pflege- und Betreuungskonzept aufmerksam geworden. Durch die novellierte bundeseinheitliche Ausbildung in der Altenpflege in Deutschland, sind in neuerer Zeit Kooperationsverträge mit den Schulen geschlossen worden. Dieses führt u.a. dazu, dass Lehrkräfte mit ihren Alten- und Krankenpflegeschulclassen die Einrichtung besuchen und im Rahmen von Konzeptdarstellungen, die Betreuungsphilosophie kennen lernen.

Eine so angelegte „Öffentlichkeitsarbeit“ ermöglicht Praktika, Hospitationen und letzten Endes, nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung, die Möglichkeit, sich als Fachkraft im Seniorenpflegeheim Polle zu bewerben.

Neben dem umfangreichen Interesse aus Fachkreisen, insbesondere zur Entgeltvereinbarung der „Besonderen stationären Dementenbetreuung“, hat darüber hinaus, die Berichterstattung in den Medien dazu geführt, dass sich neben Angehörigen, die z.B. einen Platz für ihre pflegebedürftigen Anverwandten suchen, auch Pflegekräfte um einen Arbeitsplatz innerhalb einer spezialisierten vollstationären Einrichtung bewerben.

Wie gelingt es uns in Polle Mitarbeiter zu halten?

Von wesentlicher Bedeutung ist hierbei der von der Leitung der Einrichtung vorgelebte, partizipative Führungsstil, der es u.a. ermöglicht nach dem Ansatz der Organisationsentwicklung zu arbeiten. Die MitarbeiterInnen entscheiden darüber „ihre“ Freiräume zu nutzen, eigene Ideen zu entwickeln und auszuprobieren. Innerhalb der Wohnbereiche verfügen sie über eigene finanzielle Budgets, die dazu genutzt werden, im Rahmen der Milieugestaltung die inhaltliche Arbeit positiv zu beeinflussen. Eine entsprechende „Besprenchkultur“ sorgt neben dem Informationsaustausch für die nötige Reflexion

der in den Arbeitsbereichen Pflege, Hauswirtschaft, Küche, Haustechnik und im Begleitenden Dienst Beschäftigten. Ergänzt wird dieses durch den im 4-wöchigen Abstand stattfindenden „Qualitätszirkel“ und die einmal im Monat stattfindende Besprechung der Leiter der Bereiche.

Unabdingbar für das eigenverantwortliche professionelle, reflektierende Handeln, ist die Qualifizierung der MitarbeiterInnen. Die MitarbeiterInnen erhalten innerhalb von internen und externen Fortbildungen die Möglichkeit zur Weiterbildung. Dieses geschieht u.a. für jedes einzelne MitarbeiterInnen der drei Pflegewohnbereiche (z.B. in Integrativer Validation nach Nicole Richard) und darüber hinaus für MitarbeiterInnen im hauswirtschaftlichen Bereich z.B. im Rahmen von Hygienefortbildungen. Das Angebot eines externen Supervisors wird ebenfalls genutzt.

Darüber hinaus werden einzelne MitarbeiterInnen gezielt, durch Fort- und Weiterbildungen gefördert (z.B. zur Pflegefachkraft im mittleren Leitungsbereich, zur

gerontopsychiatrischen Fachkraft, zur Wohnbereichsleitung oder zum Fachpfleger im Suchtbereich).

Eines sollte abschließend deutlich werden: Um qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten ist es meines Erachtens erforderlich, nicht ausschließlich nach dem „Gießkannen-Prinzip“ Einzelmaßnahmen zu ergreifen. Viel wichtiger sollte es vor dem Hintergrund einer ganzheitlichen Pflege- und Betreuungsphilosophie sein, die oben dargestellten Optionen miteinander zu verknüpfen.

Weitere Informationen über das Seniorenpflegeheim Polle unter: www.seniorenpflegeheim-polle.de oder schriftlich an: Verein zur Förderung der Dementenbetreuung e.V., Angerweg 14, 37647 Polle
Joachim Heise ist Leiter der Einrichtung



Diskussionsbeitrag zum Thema „Pflegerkräfte richtig rekrutieren, motivieren und in der Pflege halten

Helga Ostendorf

1. Motivierung junger Frauen für die Berufswahl „Altenpflege“

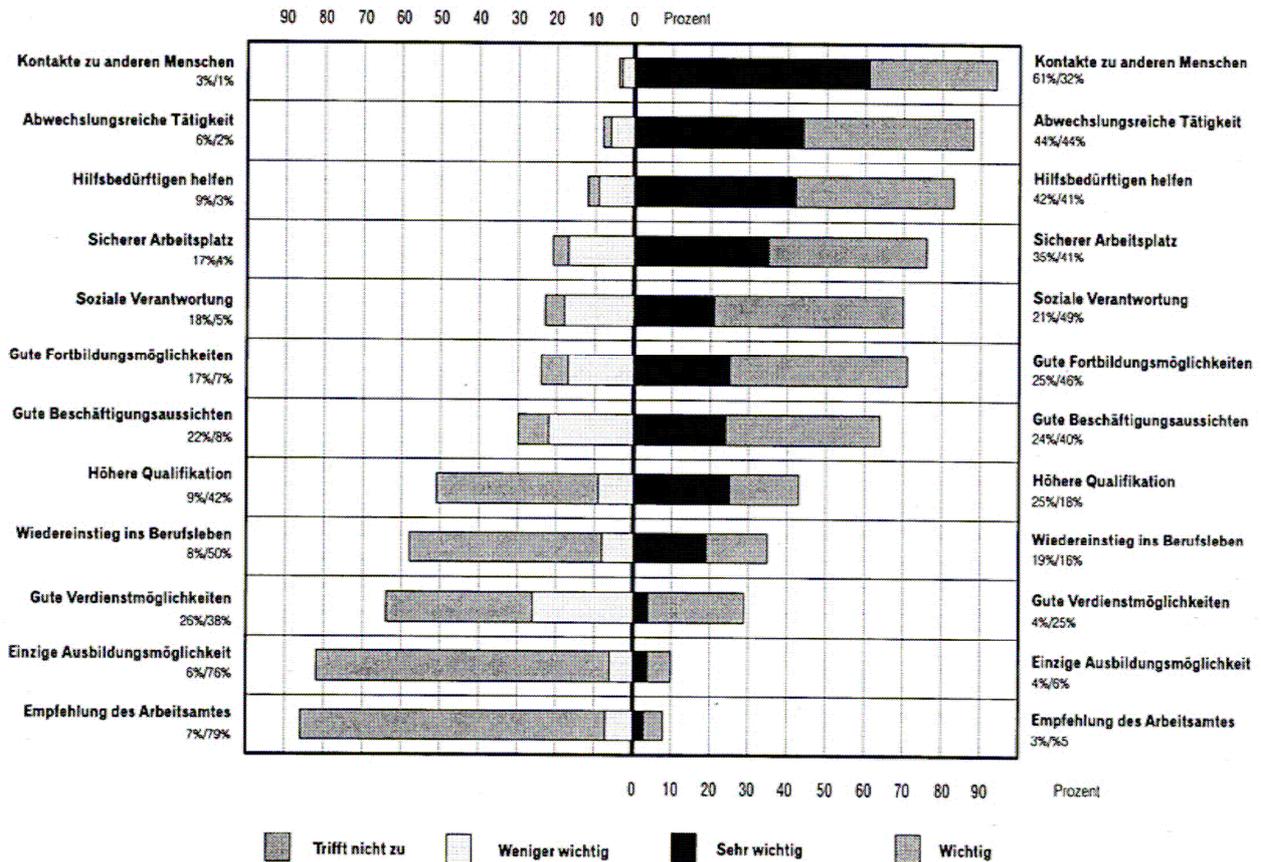
Mädchen haben eine hohe Berufsorientierung und legen bei der Berufswahl ähnliche Maßstäbe an wie Jungen.

Rangfolge der Kriterien, die den Mädchen bei der Berufswahl wichtig sind

Jungen wollen etwas seltener „anderen helfen“ (- 0,6 bzw. - 8 Prozentpunkte) und legen etwas mehr Wert auf Aufstiegsmöglichkeiten (+0,1 bzw. +7 Prozentpunkte) sowie auf ein „hohes Einkommen“ (+ 0,3 bzw. + 13 Prozentpunkte).

Altenpflegeschülerinnen betonten in einer 1992 durchgeführten Untersuchung intrinsische Motive wie „Hilfsbedürftigen helfen“ und „soziale Verantwortung“. Gleichzeitig aber waren auch ihnen „abwechslungsreiche Tätigkeit“, „sicherer Arbeitsplatz“, „Fortbildungsmöglichkeiten“ und „Beschäftigungsaussichten“ wichtig.

<i>Jugendsurvey 2003 des DJI, 16-23-jährige Mädchen, Benotung auf einer Skala von 1 bis 6</i>	<i>Studie „Berufswahl in Hamburg 2006“, Schülerinnen aller Schulformen, Zustimmung in %</i>
Sicherer Arbeitsplatz (5,7)	Sicherer Arbeitsplatz (65%)
Gutes Betriebsklima (5,6)	Interessante u. abwechslungsreiche Arbeit (57%)
Interessante Tätigkeit (5,5)	Vereinbarkeit mit Familie u. Freizeit (46%)
Selbstständig arbeiten können (5,2)	Aufstiegs- u. Karrieremöglichkeiten (45%)
Genügend Zeit für die Familie (5,0)	Anderen helfen (33%)
Gute Aufstiegsmöglichkeiten (4,7)	Hohes Einkommen (31%)
Anderen helfen (4,7)	Geregelte Arbeitszeiten (26%)
Hohes Einkommen (4,6)	Ansehen des Berufs (16%)
Leistungs- und Führungsaufgaben übernehmen (4,3)	Dass man sich nicht zu sehr anstrengen muss (4%)
Viel Freizeit haben (4,2)	



Motivation für die Altenpflege-Ausbildung

(Befragung 1992 von 6757
Altenpflegeschülerinnen)

Quelle: Becker/Meifort 1997, S. 106. Zitiert
nach: Brigitte Zellhuber (2003), S. 81.

2. Was erwarten Mädchen von diesem Beruf?

Mit Berufsbezeichnungen werden Vorstellungen hinsichtlich der Tätigkeiten und Eigenschaften der BerufsinhaberInnen verknüpft. Die Berufsbezeichnung ist der erste Kontakt zum Beruf. Die Bezeichnung kann Interesse wecken oder abschreckend wirken und so darüber entscheiden, ob jemand sich nähere Informationen einholt. Zu überprüfen wäre, welche Vorstellungen Jugendliche, die sich noch nicht (z.B. anhand von Materialien der Bundesagentur) über den Beruf informiert haben, mit der Berufsbezeichnung verknüpfen. Möglicherweise spräche „Fachangestellte für Altenpflege“, „Fachangestellte in der Gerontologie“ oder eine andere Bezeichnung geeignete Jugendliche eher an.

Eine Befragung Jugendlicher ergab z.B., dass Informationselektroniker im Vergleich zu Radio- und Fernsehentechniker intelligenter, gebildeter, ehrgeiziger, fleißiger, reicher und angesehener sind, allerdings ein wenig weniger körperlich fit und auch weniger kontaktfreudig und selbstlos. Es handelt sich um den gleichen Beruf! Informationselektroniker ist nur die neue, 1999 eingeführte Berufsbezeichnung (vgl. Krewerth/Ulrich 2004: 102).

3. Welche Funktion hat die Berufsberatung im Hinblick auf die Information über den Beruf Altenpflege, der von jungen Frauen favorisiert wird?

Das Ziel der Berufsberatung ist es (sollte es zumindest sein, s. Punkt 4), die jungen Menschen im Prozess ihrer Berufswahl zu begleiten und sie zu einer eigenständigen Entscheidung zu befähigen. Es geht um ist ein optimales Matching von Person und Beruf, damit „Person A eines Tages im Beruf X erfolgreich und zufrieden sein wird“ (Hilke/Hustedt 1992: 109).

In einer von Noelle-Neumann und Hausmann durchgeführten Studie gab die Hälfte der befragten PflegeschülerInnen an,

sie hätten sich den Beruf zu Beginn der Ausbildung anders vorgestellt (vgl. Zellhuber, S. 84). Dies weist darauf hin, dass die berufskundlichen Informationen verbessert werden müssen.

Generell sollte die berufliche Beratung intensiviert werden. Ausführliche Einzelgespräche sollten nicht erst wenige Monate oder Wochen vor dem Bewerbungsschluss, sondern bereits im vorletzten Schuljahr stattfinden, damit Zeit für Umorientierungen, zusätzliche Erkundungen und ggf. für ein zusätzliches Praktikum bleibt.

Zudem müssten die berufskundlichen Materialien der Bundesagentur überprüft werden. Manche sind sachlich nicht korrekt und einige wecken Assoziationen, die einen Beruf als besonders attraktiv erscheinen lassen oder von ihm abschrecken.

Auf der Website www.was-werden.de findet sich zum Beruf Altenpfleger/in u.a. Folgendes: „Da sie [die AltenpflegerInnen, H.O.] im Zusammenhang mit pflegerischen Tätigkeiten in unmittelbarem körperlichen Kontakt mit Patienten stehen, werden sie mit Körperausscheidungen, Wunden und Blut sowie entsprechenden Gerüchen konfrontiert. Um sich und die Patienten vor Infektionen zu schützen, beachten sie Arbeitsvorschriften und tragen ggf. Schutzkleidung. Der häufige Umgang mit Desinfektions- und Hautpflegemitteln kann zu Hautreizungen führen. Neben der körperlichen Belastung sind Altenpfleger/innen oft auch seelischen Belastungen ausgesetzt, etwa wenn sie Sterbende begleiten oder Verstorbene versorgen.“

Diese Informationen sind sicherlich richtig. Sie sollten auch keinesfalls verschwiegen werden. Allerdings wäre hier wohl eine sprachliche Überarbeitung angebracht, die zwar diese Dinge benennt, aber weniger abschreckend wirkt. Die Gefahr von Hautreizungen dürfte Mädchen besonders von der Wahl dieses Berufs abhalten. Gerade in dem Alter, in dem sie sich für einen Beruf entscheiden müssen, ist vielen Mädchen ihr Äußeres übermäßig wichtig.

„Trotz Zeitdruck sollten sich Altenpfleger/innen neben ihrer pflegerischen Arbeit immer wieder Zeit für ein Gespräch, ein

Spiel oder einen Spaziergang mit den alten Menschen nehmen.“

Wer möchte schon einen Beruf, wo unter Zeitdruck gearbeitet wird, wenn es doch andere Berufe gibt, bei denen die Bundesagentur den Zeitdruck nicht erwähnt? Darüber hinaus wird hier moralischer Druck ausgeübt; die Bundesagentur definiert, wie die Arbeit von Altenpflegerinnen besser sein könnte.

4. Wie kann strukturell gewährleistet werden, dass eine eingehende Beratung junger Menschen im Hinblick auf den Beruf stattfindet, für den sie geeignet sind?

Die Berufsberatung der Bundesagentur befindet sich gegenwärtig in einem – wie ich meine: ungunstigen – Umbruch. Das Ziel der Reformstrategien von McKinsey, Roland Berger & Co. ist die Gewinnerzielung des „Betriebes“ Bundesagentur, die Konzentration auf das, wie es heißt, „Kerngeschäft“ der Arbeitsvermittlung um Geldleistungen einzusparen und Arbeitslosenversicherungsbeiträge hinzuzugewinnen. Entsprechend ist die Berufsberatung heute keine eigenständige Abteilung innerhalb der Bundesagentur mehr, sondern wurde in die Arbeitsvermittlung integriert. Heute müssen sich alle unter-25-Jährigen bei „U 25“ melden, egal ob sie wissen möchten, welcher Beruf zu ihnen passt oder ob sie sich als Ungelernte, Ausgelernte oder UniversitätsabsolventInnen arbeitslos melden müssen. Vom Vorstandsvorsitzenden der Bundesagentur wird berichtet, er habe gesagt, die BA habe keinen gesellschaftspolitischen Auftrag (Report Mainz 2006). Dr. Schütt, ein Mitarbeiter des Vorstands, meinte in einer Veranstaltung, die Berufsberatung sei „Luxus“, den „wir uns bald nicht mehr leisten können“ (Regionalinfo 2004: 2).

Für einen Betrieb, der darauf ausgerichtet ist, Gewinn zu erzielen ist es in der Tat „Luxus“ 2.700 gut bezahlte Fachhochschul- und HochschulabsolventInnen damit zu beschäftigen, Jugendliche und Erwachsene bei ihrer persönlichen Berufs- und Lebenswegplanung zu unterstützen. Gesellschaftspolitisch und auch volkswirtschaftlich sieht die Bilanz anders aus. Die Berufsberatung ist übrigens kein „Kind“

der Bundesagentur, sondern ihr beigetreten. Sie sollte schleunigst wieder „austreten“. Mein Votum wäre die Einrichtung einer bundesunmittelbaren Körperschaft. So jedenfalls, wie jetzt, geht es nicht weiter:

„Die Neuorganisation der Arbeitsagenturen erschwert den Zugang und den Kontakt mit Beratern für Jugendliche und Erwachsene, die (noch nicht) arbeitslos sind, aber von ihrem Grundrecht auf Beratung Gebrauch machen wollen. Vorgeschriebene und standardisierte Arbeitsabläufe in den Agenturen, die Gleichsetzung von Beratung mit Vermittlung, Verknappung der Beratungszeiten und der stark reduzierte Berufswahlunterricht in den Schulen, bisher gemeinsam von Lehrern und Berufsberatern durchgeführt, lassen eine professionelle Beratung kaum noch zu. Gespart wird auch an der Aus- und Weiterbildung für Berufsberaterinnen und Berufsberater“ (dvh, 2005).

Einstweilen könnten Pflegeeinrichtungen sich zusammentun und eine Informationsbroschüre entwickeln, in der der Beruf vorgestellt wird. Die obige Liste der Berufswahlkriterien gibt Hinweise, was vorrangig angesprochen werden sollte.

Quellen:

Cornelißen, Waltraud; Gille, Martina (2005): Lebensentwürfe junger Menschen und die Bedeutung geschlechterstereotypischer Muster. In: Zeitschrift für Frauen- und Geschlechterforschung 4/2005, S. 52-68.

Deutscher Verband für Bildungs- und Berufsberatung e.V. (dvh): „Wer weiß, ob es für meine Kinder noch Berufsberatung geben wird?“ Beraterverband sucht Verbündete und macht Druck auf die Politik. Presseinfo, 26. Oktober 2005.

Einstieg (2006): Berufswahl in Hamburg 2006. Eine Umfrage unter Hamburger Schülerinnen und Schülern: www.einstieg-hamburg.de/fileadmin/documents/pdf/studie2006.pdf.

Hilke, Reinhard; Hustedt, Henning (1992): Eignung für Ausbildung und Beruf. In: Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.): Handbuch zur Berufswahlvorbereitung, Ausgabe 1992, S. 106-127. Nürnberg.

Krewerth, Andreas; Ulrich, Joachim Gerd; Eberhard, Verena (2004): Berufsbezeichnungen im Spiegel semantischer Differenziale. In: Krewerth, Andreas u.a. (Hrsg.): Berufsbezeichnungen und ihr Einfluss auf die Berufswahl von Jugendlichen. Theoretische Überlegungen und empirische Ergebnisse. Köln.

Ostendorf, Helga (2005): Steuerung des Geschlechterverhältnisses durch eine politische Institution. Die Mädchenpolitik der Berufsberatung. Opladen.

Ostendorf, Helga (2006): Reform der Berufsberatung: Politische Steuerung nach „eigenem Recht“ oder demokratisch legitimiert?:

http://www.bildungsspiegel.de/Service/Docs/Ostendorf_Reform%20der%20Berufsberatung.pdf

Regionalinfo dvh-Nord (2004): Der Gegenwind erreicht Orkanstärke. In: Regionalinfo dvh Nord Nr. 3, Dezember 2004, S. 2: <http://www.dvh-fachverband.de/Nord/DVB-Nord-Regionalinfo-2004-3-2.pdf>

Report Mainz (2006): Arbeitslos dank BA? Scharfe Kritik an der Bundesagentur. Sendung vom 25.9.2006: <http://www.swr.de/report/-/id=233454/nid=233454/did=1489096/obv4po/index.html>

Zellhuber, Brigitte (2003): Altenpflege – ein Beruf in der Krise? Dortmund: <http://eldorado.uni-dortmund.de:8080/handle/2003/2916>

*Priv. Doz. Dr. Helga Ostendorf, Freie Universität Berlin, Otto-Suhr-Institut für Politikwissenschaft,
<http://helgaostendorf.homepage.t-online.de/>*



Stichworte aus den „Murmelrunden“

„Murmelpause“ 1

Was ist schon jetzt passiert an
Veränderungen in Ihren Einrichtungen?

Beispiele für dringende / gewünschte
Verbesserungen.

- Kommunikation
- Arbeitszeit, Kontingente nutzen
- Anerkennung auch von Führungskräften
- Kommunikation
- Teamarbeit
- Weitergabe von Informationen
- Teambesprechungen (vom Haus)
- entschleunigter Raum
- Akzeptanz (Rücksichtnahme auf Stärken und Schwächen)
- Absprachen verbessern, wer macht was
- Schutz vor unberechtigten Ansprüchen
- Klärung der Aufgaben, Berufsbild
- Frage nach „spezialisierten“ Fachausbildungen
- Entbürokratisierung
- Fülle der Dokumentation
 - Pflegevisiten etc.
 - Protokollführung
 - Nachweise
- Kleine Pflegeeinheiten
- Trägerverständnis positiv macht positives Arbeitsklima
- Arbeiten reduzieren die auch andere machen können
- Betriebsklima
- Kommunikation
- Arbeitsorganisation
- „Macht Spaß“
- Lachen und Fröhlichkeit wird nicht dokumentiert

- Wie ist es zu erreichen dicht(-er) am Menschen zu sein?
- Machtlos gegen die zeitlichen An-, Überforderungen
- Führungsqualitäten = wichtig! d. ex. MA“
- Zickenterror“
- „Raucherpausen „ <=> „Nichtraucher“
- „gemeinsame Pausen?“

Murmelpause 2:

Was wünschen wir uns, wenn wir in 20 Jahren in ein Alten- und Pflegeheim gehen?

Was tut Bewohnerinnen und Bewohnern gut?

- „meine“ Musik
- mit „mir“ beschäftigen
- „Tür“ schließen
- Wertschätzung
- Respekt „Guten Morgen ...“
- Individualität „keine starren Zeiten“
- individuelle Frisur und Kleidung
- zuhause wohnen bleiben mit pers. Assistenz
- nicht alles essen müssen
- Vorbereiten auf Alter, Biografie mitbringen
- Anklopfen / Privatsphäre akzeptieren
- Anregungen bekommen
- Neues Ausprobieren
- Tiere mitbringen - Kleintiere –
- Ich will Ø machen müssen was ich vorher Ø gemacht habe
- Ausschlafen dürfen
- Tagesablaufgestaltung. Wie gewohnt
- Das gute Mittelmaß zwischen Anregung und Ruhe
- Respekt

Mediothek

Gender Budgeting

RUPERTA LICHTENECKER, GUDRUN SALMHOFER (HRSG.): *Gender Budgeting. Theorie und Praxis im internationalen Vergleich. StudienVerlag, Innsbruck, 102 Seiten, 2006, ISBN 3-7065-4046-0, 23,90 Euro*

Budgets sind nicht geschlechtsneutral, sondern haben unterschiedliche Folgen für die Lebensverhältnisse von Frauen und Männern. Gender Budgeting bedeutet die Umsetzung von Gender Mainstreaming auf finanzpolitischer Ebene, d.h. Gender Budgeting ist ein Instrument, um in diesem Bereich Geschlechtergerechtigkeit herzustellen.

Der einführende Teil gibt einen Überblick über die Grundlagen und Ansätze geschlechtergerechter öffentlicher Haushalte, aber auch über die Mechanismen der Finanzmärkte sowie die fiskalischen Strategien auf EU-Ebene. Der zweite Teil präsentiert internationale Pionierarbeiten aus Südafrika, Australien, der Schweiz und Schottland. Im dritten Teil wird die derzeitige österreichische und deutsche Praxis samt Umsetzungsversuchen dargestellt.

Dieses sehr informative Buch ist auch für Nichtfachleute zu empfehlen. (us)



Gender in Organisationen

INGELORE WELPE, MARIKE SCHMECK: *Kompaktwissen Gender in Organisationen. Angewandte Genderforschung, Band 1, Peter Lang Verlag, Frankfurt a.M., 2005, 185 Seiten, ISBN 3-631-54550-9, 19,80 Euro*

Kompaktwissen Gender will zügig informieren, will kurz und bündig einen Einblick in „Gender“ verschaffen. In einem oft eigenwilligen Ritt durch die Themen Geschlecht und Gender, Genderaspekte in der Familie, Gender Mainstreaming in Organisationen, Methoden für Gender Mainstreaming, Gender in Organisationen

und Beispiele aus der Praxis wird eine große Menge Wissen angedeutet und mit Literaturhinweisen am Schluss der Kapitel versehen. Zielgruppen sind Studierende der Sozialwissenschaften, der Technik- und Naturwissenschaften, Personalabteilungen in Organisationen, Genderbeauftragte sowie Frauen und Männer, die sich privat an dem Geschlechterdiskurs informierter beteiligen wollen. Die Reihe Angewandte Genderforschung wird mit weiteren Themen fortgesetzt. (us)



Gender und Generation

MARLEN BIDWELL-STEINER, KARIN S. WOZONIG (HRSG.): *Gender & Generation, Gendered Subjects, Reihe des Referats Genderforschung der Universität Wien, Band 2, StudienVerlag, Innsbruck, Wien, Bozen, 2005, 313 Seiten, ISBN 3-7065-4196-3, 24,00 Euro*

Dieser Sammelband widmet sich dem komplexen Verhältnis von Gender und Generationen, das im Zusammenspiel vieler wissenschaftlicher Disziplinen beleuchtet wird. Die zwei Strukturkate

gorien Zeit und Geschlecht werden zusammengedacht und daraufhin befragt, welche Bilder, Symbole und Narrationen sie in diversen Kulturen generieren. Gerade der Zusammenhang von Gentechnik und Reproduktionstechnologien und deren Implikationen für Machtrelationen zwischen den Geschlechtern bilden dabei einen besonders aktuellen Schwerpunkt des Generalthemas. (us)



Mythen um männliche Karrieren und weibliche Leistung

YVONNE HAFFNER: *Mythen um männliche Karrieren und weibliche Leistung*, Verlag Barbara Budrich, Opladen und Farmington Hills, 2007, 134 Seiten, ISBN 10: 3-86649-050-X, 14,90 Euro

Karriere-Anforderungen sind nur in sehr eingeschränktem Maße an objektivierbare Leistungskriterien gebunden. Allgemeine, eher unausgesprochene Kriterien spielen eine zentrale Rolle. Sie beziehen sich auf die private Lebenssituation und den damit verbundenen Vorstellungen von beruflichem Einsatz. In der vorliegenden Untersuchung werden die Bedingungen für den

beruflichen Erfolg von Frauen und Männern mit technischen und naturwissenschaftlichen Studienabschlüssen näher beleuchtet. Dabei geht es um Kriterien vor der Berufstätigkeit wie Studienleistungen, Auslandsaufenthalte, gesellschaftliches Engagement sowie um Kriterien während der Berufstätigkeit wie Mobilität oder Weiterbildung. Zudem wird die Arbeitskultur mit den Aspekten Leistungsbereitschaft, tatsächliche Arbeitszeit und Abwesenheit von zu Hause als Indikatoren für beruflichen Erfolg überprüft. Die Anforderungen, die die Arbeitskultur an die private Lebenssituation stellt, werden nachgezeichnet. (us)



Ungleichheit im Erwerbsverlauf

SUSANNE FALK: *Geschlechtsspezifische Ungleichheit im Erwerbsverlauf, Analysen für den deutschen Arbeitsmarkt*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2005, 326 Seiten, ISBN 3-531-14455-3, 39,90 Euro

Das Buch ist aus einer Dissertation im Rahmen des Sonderforschungsbereiches „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf“ der Universität Bremen entstanden. Die Arbeit geht folgenden Fragen nach: Werden Frauen nur aufgrund ihres Geschlechtes im Erwerbsverlauf systematisch benachteiligt oder spielen die individuelle Ressourcenausstattung, die Lebenslage und der Kontext eine größere Rolle? Um diese Fragen zu beantworten, werden ostdeutsche Erwerbsverläufe von weiblichen und männlichen Lehr- und Hochschulabsolventen und –absolventinnen der Abschlussjahrgänge 1985, 1990 und 1995 untersucht. Der Fokus auf diese von ungewöhnlichen Risiken und Möglichkeiten geprägte Zeit des Systemumbru

ches in Ostdeutschland erlaubt dabei eine Abwägung der relativen Gestaltungsmacht eines besonderen Kontextes gegenüber der eingefahrenen Strukturen im Westen. Die in der Untersuchung festgestellte Benachteiligung von Frauen im Erwerbsverlauf scheint nicht vom Geschlecht per se abzuhängen, sondern von familiären und beruflichen Kontexten, die allerdings geschlechtsspezifisch geprägt sind. Je typischer weiblicher der betrachtete Verlauf war, z.B. die Erwerbsarbeit zugunsten der Kindererziehung zu unterbrechen oder einen ‚Frauenberuf‘ erlernen, um so größer war die Benachteiligung. Frauen in Männerberufen hatten geringere Einstiegschancen und ein höheres Entlassungsrisiko. Es stellt sich die Frage, inwieweit es sinnvoll ist, Frauen in Männerberufe zu kanalisieren, wenn sie dort schlechtere Karrierechancen als ihre männlichen Kollegen haben. Diese Studie sei einem breiten Publikum empfohlen, da sie eine umfassende Bestandsaufnahme darstellt und eine hervorragende Einführung in diese komplexe Thematik leistet. (us)



Über-Lebensbuch Brustkrebs

URSULA GOLDMANN – POSCH & RITA R. MARTIN: *Über-Lebensbuch Brustkrebs. Die Anleitung zur aktiven Patientin*, Schattauer Verlag, Stuttgart, 2006, 360 Seiten, ISBN 3-7945-2393-8, 34,95 Euro

Das Über-Lebensbuch Brustkrebs, das mittlerweile in 3. Auflage erscheint, ist kein kleines Büchlein, das in jedes Regal passt. Die Autorinnen, beide selbst an Brustkrebs erkrankt, haben für ihr Werk einen Ringeinband im DIN A4-Format gewählt, der viel Raum für eigene Notizen und Materialsammlungen bietet. Außerdem gibt es ein persönliches Therapietagebuch zum Entnehmen, welches neben der Möglichkeit, die eigene Krankheit zu dokumentieren, auf vielen Seiten Tipps betroffener Frauen enthält, die sehr persönlich und privat eine Seite der Krankheit thematisieren, die oft nicht Gegenstand der medizinischen Beratung durch Ärztinnen und Ärzte ist.

Das Über-Lebensbuch wendet sich mit seinen fachlichen Informationen an betroffene Frauen, die zu einem selbstbewussten und aufgeklärten Umgang mit ihrer

Krankheit ermutigt werden. Es bietet Hilfestellungen für den emotionalen Umgang mit der Krankheit und den damit verbundenen Ängsten, Fragen und Stresssituationen. Die acht Kapitel beschäftigen sich chronologisch mit den Phasen von Verdacht über Diagnose, den Behandlungsweg bis zur Nachsorge bei Brustkrebs in verständlicher Sprache. Farbige Grafiken verdeutlichen medizinische Zusammenhänge. Ein Buch für die „mündige Patientin“. Aber auch ein Buch, das Ärztinnen und Ärzten helfen kann, die Fragen und das Informationsbedürfnis ihrer Patientinnen besser einzuschätzen und zu verstehen.

Unbestritten ist, dass viele Informationen in diesem Buch aktuell und korrekt sind. Gefährlich sind jedoch auf Einzelmeinungen beruhende oder halb wahre Passagen. Krebsmedikamente mit Markennamen, Herstellern und Preisen werden genannt. Damit wird direkt für die pharmazeutische Industrie geworben. Hoffmann-La Roche kaufte 2000 Exemplare (ein Viertel) der ersten und einen Teil der zweiten Auflage dieses Buches.



HIV-positive Frauen

SANDRA DYBOWSKI: *Soweit nicht anders verordnet... HIV-positive Frauen im Spannungsfeld zwischen Compliance und Lebensgestaltung*, Wissenschaft 87, Mabuse Verlag, Frankfurt a.M., 2005, 392 Seiten, ISBN 3-935964-89-7, 38,00 Euro

Bei kaum einer Therapie liegen positive und negative Aspekte, Erfolge und Misserfolge so dicht beieinander wie bei der medikamentösen HIV-Therapie. Während das Spezialwissen zur antiretroviralen Therapie stetig wächst, existieren kaum geschlechterspezifische Kenntnisse.

Die medikamentöse HIV-Therapie wird im Spiegel des Compliance-Konzeptes, der Therapiemotivation und –mitarbeit (adherence) und der Koproduktionsthese

beleuchtet. Aus der folgsamen Patientin wurde die Patientin als Partnerin. Heute sind die Verantwortungslasten von Patientinnen als Koproduzentin von Gesundheit drastisch gestiegen. Die vorgelegte Interviewstudie geht der Frage nach, wie HIV-positive Frauen mit der ihnen mehr und mehr zugeschriebenen Verantwortung für ihre Gesundheit umgehen. In 15 Interviews untersuchte die Autorin die Bedeutung der Medikamente für die Frauen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Medikamente tief in das Leben der Frauen eingreifen. Es werden unterschiedliche Strategien dargestellt, den Alltag trotz und mit der Therapie aktiv zu gestalten. (us)



Gender, Health and Cultures

VERA LASCH, WALBURGA FREITAG, UTE SONNTAG: *Gender, Health and Cultures*, 2006, kassel university press, Kassel. 239 Seiten ISBN-10: 3-89958-164-4, 24,00 Euro

Der von Vera Lasch, Walburga Freitag und Ute Sonntag in englischer Sprache herausgegebene Band gibt einen Überblick über Gender und Gesundheit in Europa mit einem besonderen Fokus auf die neuen Mitgliedsstaaten der EU. Er stellt sowohl Instrumente zur besseren Verankerung von Genderaspekten in der Prävention, Gesundheitsforschung und –versorgung vor als auch Strategien zur

Intensivierung von Netzwerkarbeit in diesem Feld. Neue Informations- und Vernetzungsangebote im Internet befördern die Zusammenarbeit in Europa im Bereich Gender und Gesundheit. Der Band stellt eine gelungene Mischung aus Strategien, Instrumenten aber auch konkreten Beispielprojekten zur geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung und –förderung dar. Er zeigt im besten Sinne, was man oder frau von einander lernen können in einem zusammenwachsenden Europa und welche Herausforderungen noch zu meistern sind.

Thomas Altgeld



Sexuelle Gewalt und Geschlecht

SILKE BIRGITTA GAHLEITNER: *Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern*. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2005, 342 Seiten, ISBN 3-89806-432-8, 29,90 Euro

Wie bewältigen Frauen und Männer sexuelle Traumata, die in der Kindheit erlebt wurden? Wie können Therapeutinnen sie dabei unterstützen? Zwölf der 22 Biografien von interviewten Frauen und Männern werden ausführlich dargestellt. Die Autorin identifiziert einen männlichen und weiblichen

chen Verarbeitungsmodus. Sie fragt mit einem salutogenetischen Ansatz auch danach, wie eine erfolgreiche Traumaverarbeitung möglich ist. Daraus werden Anregungen für die psychotherapeutische Praxis abgeleitet. Die Ergebnisse werden mit Resultaten aus der aktuellen Trauma- und Geschlechterforschung in Beziehung gesetzt.

Das Buch vermittelt ein tieferes Verständnis für den Bewältigungsprozess schwerwiegender Traumata und macht die Bedeutung der Geschlechterrollen für den Verarbeitungsprozess deutlich. (us)



Frauen und Mädchen mit Behinderungen

SENATSVERWALTUNG FÜR WIRTSCHAFT, ARBEIT UND FRAUEN – ÖFFENTLICHKEITSARBEIT FRAUENPOLITIK (HRSG.): *Scheinbar nirgendwo und doch überall – Sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen mit Behinderungen. Dokumentation der Fachtagung vom 25. November 2004 anlässlich des Internationalen Tages zur Beendigung jeder Form von Gewalt gegen Frauen*. Berlin, November 2006. Zu bestellen über E-Mail: katrin.strauch@senwaf.verwaltung.berlin.de

Bereits der Titel verdeutlicht das Phänomen der Gewalt gegen behinderte Frauen und Mädchen. Auf den ersten Blick scheint es diese Form von Gewalt nicht zu geben. Ziel der Fachtagung war daher die Sensibilisierung des Fachpublikums. So wurden die Ergebnisse einer von der Senatsverwaltung in Auftrag gegebenen Studie zur Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen in Wohneinrichtungen der Berliner Behindertenhilfe, die sexuelle Gewalterfahrungen gemacht hatten, vorgestellt. Handlungsbedarfe und Handlungsmöglichkeiten zur Prävention und Intervention wurden aufgezeigt. (us)



„Weil's mir gut tut!“

*Brustkrebs und Bewegung
Dokumentation, 29'05*

In der Dokumentation zum Thema „Brustkrebs und Bewegung“ (29'05 min) berichten betroffene Frauen über ihre positiven Erfahrungen, die sie während ihres Heilungsprozesses beim Reiten, Walken, Malen, Qi Gong und im Fitness-Studio machen. Der Begriff Bewegung ist dabei weit gefasst und hat mehrere Ebenen. Darüber hinaus werden im Rahmen der Münsteraner Studie „Sport und Krebs“ zwei Frauen zum Thema „Körperwahrnehmung“ interviewt. Die Oberärztin der Berliner Charité, Frau Dr. Kleine-Tebbe erläutert ihr Konzept zum Lauftraining während einer Chemotherapie. Dieses Berliner Pilotprojekt wird von den Erfah-

rungsberichten zweier Lauftherapeutinnen und aktiver Frauen ergänzt.

Die Dokumentation ist mit begleitender Kamera gedreht und es sind kleine Kurzportraits der Frauen entstanden. In jeder Sequenz gibt es einen neuen Aspekt zum Thema Brustkrebs und Bewegung.

Auf der DVD gibt es auch einen 7minütigen Kurzfilm, der die quirlige Öffentlichkeitsarbeit der im Bremer Arbeitskreis Brustkrebs aktiven Frauen zeigt, die jährlich im großen Bürgerpark einen Lauf zur Venus organisieren.

Heidrun Mössner Filmproduktion, E-Mail:
heidrun.moessner@ewetel.net
www.moessner-filmproduktion.de



Geburtshilfe neu denken

FRIEDERIKE ZU SAYN-WITTEGENSTEIN (HRSG.): *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*, Verlag Hans Huber, Bern, 2007, 228 Seiten, ISBN-10: 3-456-84425-5, 19,95 Euro

Der vorliegende Bericht analysiert die bisherigen Angebote und Versorgungsleistungen im Bereich der Geburtshilfe und setzt neue Akzente. Der Bericht macht darauf aufmerksam, dass der Berufsstand der Hebamme für die Gesundheitsförde-

rung und Prävention ein Potenzial bietet, das gesellschaftlich bisher noch nicht genügend genutzt und gefördert wurde. Neben der Situation des Hebammenwesens, dem Versorgungsangebot und der aktuellen Position von Hebammen im Gesundheitswesen geht es auch um Ausbildung und Forschung.

Der Bericht endet mit Empfehlungen zur Optimierung der gesundheitlichen Versorgung in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit.



Das Immunsystem

FEMINISTISCHES FRAUEN GESUNDHEITS ZENTRUM E.V. BERLIN (HRSG.): CLIO NR. 63: *30 Jahre clio! Das Immunsystem – unsere Stärke, unsere Schwäche*, 31. Jg., November 2006, Bezugsadresse: E-Mail: ffgzberlin@snafu.de, www.ffgz.de, 3,90 Euro

Wir gratulieren der Clio zum 30jährigen bestehen. Die Jubiläumsausgabe hat das Immunsystem zum Schwerpunkt. Neben einem Grundlagenartikel werden Einflüsse auf das Immunsystem thematisiert, z.B.

wie Stress die Abwehr schwächt und die Psyche sie stärken kann. Die clio widmet sich den für Frauen besonders relevanten Fragen der Vaginalinfektionen, der Pilze, HIV und Aids bei Frauen, Allergien und Homöopathie. Ein weiterer Schwerpunkt ist auf dem Hintergrund der derzeitigen Diskussion um die HPV-Impfung Artikel zu Zellveränderungen am Gebärmutterhals und zu Human Papilloma Viren. (us)



Termine im Überblick

Datum / Tagungsort	Titel	Informationen über ...
2. Februar 2007 Universität Dortmund	Gesundheit und Geschlecht Zur gesundheitswissenschaftlichen Frauen- und Geschlechterforschung Tagung	Koordinationsstelle Netzwerk Frauen- forschung NRW, Prof. Dr. Ruth Becker, Dr. Beate Kortendiek, Universität Dortmund/FWR, 44221 Dortmund, Tel.: 0231-755-5142 Fax.: 0231-755-2447 Mail: <a href="mailto:kortendiek@netzwerk-
frauenforschung.de">kortendiek@netzwerk- frauenforschung.de www.netzwerk-frauenforschung.nrw.de
12.-13. Februar 2007 Evangelische Akademie Tutzing	Gender Mainstreaming Zwischenbilanz: Konsequenzen und Perspektiven	Evangelische Akademie Tutzing www.ev-akademie-tutzing.de Tel.: 08158-251-146, E-Mail: programme@ev-akademie-tutzing.de
15. Februar 2007 Akademie des Sports, Hannover	Häusliche Gewalt und Gesundheitswesen Tagung	Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., Tel.: 0511-38811898, E-Mail: <a href="mailto:info@akademie-
sozialmedizin.de">info@akademie- sozialmedizin.de , <a href="http://www.akademie-
sozialmedizin.de">www.akademie- sozialmedizin.de
23. Februar 2007 Freizeitheim Fahrenwald, Hannover	Transgender oder drittes Geschlecht – ein Leben zwischen den Geschlechtern Workshop mit Film, Vortrag und Diskussion	Stiftung Leben und Umwelt, Heinrich Böll Stiftung Niedersachsen, E-Mail: <a href="mailto:info@slu-
boell.de">info@slu- boell.de , www.baumaen.de
07.-10. März 2007, Walter- Straub-Institut der Ludwig- Maximilians-Universität, München	36. Jahreskongress der DGPF	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2. März 2007 Pavillon, Hannover	Frauen (in) Bewegung weltweit – Gestern heute morgen Aufaktveranstaltung Internationaler Frauentag 2007 Hilde Wackernagel, Kabarettistin	Stiftung Leben und Umwelt, Heinrich Böll Stiftung Niedersachsen, <a href="http://www.slu-
boell.de">www.slu- boell.de
9. März 2007 Kargah, Zur Bettfedernfabrik, Hannover	Frauenblicke auf den Bosphorus I Wie gestaltet sich der Beitrittsprozess der Türkei zur EU für die Frauen und Frauengruppen in der Türkei? Rebecca Harms	Stiftung Leben und Umwelt, Heinrich Böll Stiftung Niedersachsen, <a href="http://www.slu-
boell.de">www.slu- boell.de
21. März 2007 Pavillon, Hannover	Frauenblicke auf den Bosphorus II Reisebericht über Frauenprojekte in Istanbul	Stiftung Leben und Umwelt, Heinrich Böll Stiftung Niedersachsen, <a href="http://www.slu-
boell.de">www.slu- boell.de
27. März 2007 Kreuzkirche, Hannover	Frauen (in) Bewegung unterwegs im fremden Land Leben, Biografie und Leib als Gestaltungsauftrag Prof. Dr. Annelie Keil	Stiftung Leben und Umwelt, Heinrich Böll Stiftung Niedersachsen, <a href="http://www.slu-
boell.de">www.slu- boell.de
14.-16. Mai 2007 Leipzig	Hebammen fördern Gesundheit – von Anfang an XI. Hebammenkongress	Bund Deutscher Hebammen e.V. www.hebammenkongress.de
19.-22. September 2007- 01-29 ICC Berlin	56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Robert-Koch- Platz 7, 10115 Berlin, Tel: 030- 5148833, Fax: 030-51488344, www.dggg.de