

123 impulse

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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



Frauengesundheit reloaded

Zwischen Fortschritt und Handlungsbedarf

EDITORIAL

» Nach 50 Jahren Frauengesundheitsbewegung sowie knapp 30 Jahre nach der ersten Impulse-Ausgabe zu Frauengesundheit, weiteren genderspezifischen Ausgaben und Artikeln nun »Frauengesundheit reloaded«. Auch wenn die Frauengesundheitsbewegung in dieser Zeit strukturelle Verbesserungen, wie bei der Zulassung von Medikamenten oder der Etablierung von Gendermedizin an medizinischen Fakultäten, erreicht hat, bleiben große Herausforderungen und Themen offen: Die LVG & AFS hat im Juni 2024 einen von vielen Organisationen getragenen Verbändebrief zur Abschaffung des Paragraphen 218 Strafgesetzbuch unterschrieben. Im Jahr 2023 ist die Zahl der weiblichen Opfer von häuslicher Gewalt erneut gestiegen. Und neue digitale Gewaltformen wie Hatespeech, sexuelle Belästigung und Cyberstalking grassieren.

» Diese alten und neuen Herausforderungen für mehr Frauengesundheit werden in dieser Ausgabe ebenso aufgegriffen, wie der Gender Data Gap, dessen Behebung es zwar in den Koalitionsvertrag aber noch immer nicht in Gesetze und in den Versorgungsalltag geschafft hat. Neben den bestehenden Defiziten auf dem Weg zu mehr geschlechtergerechter Versorgung und Gesundheitsförderung werden auch Handlungsoptionen aufgezeigt.

» Wir haben Sie mit der letzten Ausgabe zur Aktualisierung und Bereinigung unserer impulse-Verteiler im Rahmen unserer Nachhaltigkeitsstrategie angeschrieben. Wir bedanken uns für die vielen Rückmeldungen und arbeiten diese kräftig ein. Dies ist die letzte Ausgabe, die wir nach unserem alten Verteiler verschicken. Falls Sie sich noch nicht zurückgemeldet haben, besteht noch bis 31. August 2024 die Möglichkeit dazu, uns die in der Impulse 122 enthaltende Postkarte zurückzusenden oder auf die als E-Mail versandte PDF-Ausgabe umzusteigen.

» Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Pflaster kleben für ein krankes System – Warum ist ein grundlegender Systemwandel im Gesundheitssystem nötig und doch so schwierig« (Arbeitstitel, Redaktionsschluss 15.07.2024) und »Mental health« (Arbeitstitel, Redaktionsschluss 15.09.2024). Wie immer sind Sie herzlich dazu eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen, sommerlichen Grüßen aus Hannover und Bremen!

Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Der Gender Data Gap	02
50 Jahre Frauengesundheitsbewegung	03
Mental Load – Die Bürde des Multitasking	04
Wechseljahre: Ein Problem am Arbeitsplatz?	06
Gesundheit von Frauen mit Behinderung	07
Genderspezifische Schmerzmedizin	08
Alkohol, Nikotin und Medikamente im Blick	09
Digitale Gewalt	10
Schönheitsideale im Trend	11
In eigener Sache	13
Weibliche Sorgearbeit als Ware	14
Schwangerschaftsabbrüche und individuelle Lebensumstände	16
Niedersächsischer Gesundheitspreis 2024	16
Empowerment für Diversität	17
Klimagerechtigkeit: zukünftige Generationen	18
Ideenwettbewerb »GEMEINSAM nicht einsam«	19
Schwangerenvorsorge	20
Projektstart: Gemeinsam gesund essen und alt werden	21
Vergessene Dialoggruppe: Wohnungslose Frauen	22
Ich pflege wieder, weil	23
HebammenZentren in Bremen	23
Gesundheitslots:innen – ein Mehrwert für ALLE	24
Menschen in Erwerbslosigkeit als Partner:innen	25
Das Netzwerk ProBeweis in Niedersachsen	26
Bücher, Medien	27
Termine LVG & AFS	29
Termine	32
Impressum	13



EVA BECHER, SABINE OERTELT-PRIGIONE

Der Gender Data Gap: unüberwindbare Hürde auf dem Weg zu einer gerechten Versorgung?

Das Thema Frauengesundheit ist vielfältig. Zunächst könnte an rein frauenspezifische Bedarfe gedacht werden, die mit der reproduktiven Gesundheit zusammenhängen, wie zum Beispiel Gesundheit rund um die Geburt, Endometriose, oder auch die Frage nach sicherem Zugang zu Abtreibung. Aber Frauengesundheit ist mehr als diese sogenannte »Bikini-Medizin«, die davon ausgeht, dass Körper von Männern und Frauen sich nur in den Bereichen unterscheiden, die von einem Bikini bedeckt werden. Auch bei Erkrankungen, die Männer und Frauen betreffen, sind bei genauerem Hinschauen Unterschiede festzustellen. Die Unterschiede werden deutlich in Bezug auf die Symptome, die Auftretenshäufigkeit von Erkrankungen, das Ansprechen auf Therapien und den Zugang zu Gesundheitsleistungen. Dies liegt daran, dass für lange Zeit medizinische Forschung überwiegend von Männern und an Männern durchgeführt wurde. Hierdurch entstand der sogenannte »Gender-Data-Gap«, der besagt, dass über Frauen bis heute zu wenig Daten vorliegen. Deshalb brauchen wir eine geschlechtersensible Medizin, die den Einfluss des Geschlechts durchgängig berücksichtigt. Unter Geschlecht wird hier sowohl das biologische Geschlecht (englisch: sex) als auch das durch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bestimmte soziale Geschlecht (englisch: gender) verstanden. Dabei lässt sich Geschlecht nicht nur mittels einer binären Variable beschreiben. Das gilt für das biologische Geschlecht, welches nicht immer eindeutig zuzuordnen ist sowie insbesondere für das soziale Geschlecht, welches durch seine Komplexität und Vielfalt eher als Kontinuum zu verstehen ist.

Wie gendersensibel oder geschlechterblind ist die Versorgung?

Die Medizin berücksichtigt Sex und Gender bis zum heutigen Tage zu wenig. Frauen sind beispielsweise im Bereich der Herz-Kreislaufkrankungen schlechter versorgt: Es vergeht mehr

Zeit bis Frauen mit einem Herzinfarkt ins Krankenhaus kommen. Zudem sind die Behandlungsergebnisse von koronaren Herzerkrankungen bei Frauen schlechter und die Überlebenswahrscheinlichkeit geringer. Andersherum ist davon auszugehen, dass Männer bei Erkrankungen, die typischerweise mit dem weiblichen Geschlecht in Verbindung gebracht werden, schlechter versorgt sind. So erhalten Männer seltener Osteoporose-Screenings und Autoimmunerkrankungen, wie zum Beispiel Rheuma, werden bei ihnen später diagnostiziert. Depressionen werden bei Männern schlechter erkannt, da sie andere (»untypische«) Symptome zeigen. Bei Frauen treten Depressionen häufiger auf, werden aber schlechter behandelt. Frauen erleiden nach Medikamenteneinnahme häufiger als Männer unerwünschte Nebenwirkungen. Frauen werden nach wie vor häufiger mit ihren Beschwerden nach Hause geschickt, da sie sicherlich »nur Stress haben« und sich einmal ausruhen müssten. Insgesamt ist also festzustellen, dass die medizinische Versorgung nicht geschlechtersensibel ist. Dies ist zum Teil auf fehlende Forschungsergebnisse zurückzuführen, da auch in der Grundlagen- und klinischen Forschung Geschlecht zu wenig Beachtung findet. Dies führt dazu, dass klinische Behandlungs-Leitlinien häufig nicht geschlechtergerecht formuliert werden können, da nicht ausreichend Evidenz vorliegt.

Warum haben wir keine nennenswerte Versorgungsforschung zu Gender und wenig systematisiert erhobene geschlechterspezifische Daten?

Der Gender-Data-Gap beginnt nicht erst auf der Stufe der Versorgungsforschung, sondern bereits vorher. In der Grundlagenforschung, im Tiermodell oder in der klinischen Prüfung, fehlen Studien zu Unterschieden zwischen den Geschlechtern. Zudem werden in den Studien der Versorgungsforschung die Genderaspekte, wie zum Beispiel Rollenverhalten oder Identität, zu wenig berücksichtigt. Es gibt geschlechtsstereotype Rollenverständnisse, welche auch in unseren heutigen Zeiten noch für eine Mehrzahl von Männern und Frauen Realität sind und sich auf ihr gesundheitsrelevantes Verhalten auswirken. Hinzu kommen unterschiedliche Lebensumwelten, die gesundheitliche Risikofaktoren geschlechtsspezifisch beeinflussen.

Weibliche Forschende sehen eher die Notwendigkeit, Geschlecht in Forschung und Versorgung zu berücksichtigen. Diese sind jedoch seltener in Entscheidungs-Positionen zu finden und können somit Forschungsagenden nicht in ausreichendem Maße mitbestimmen, was dazu führt, dass dem Thema häufig keine Priorität zugesprochen wird, wenn es nicht gar als feministisch und überflüssig diffamiert wird.

Wie können Lücken geschlossen werden, was passiert bereits?

Erste Schritte sind gemacht. Die seit Januar 2022 EU-weit geltende Verordnung (Nr. 536/2014) für die Zulassung von Arzneimitteln verlangt, dass Prüfungsteilnehmende repräsentativ für Bevölkerungsgruppen, zum Beispiel die Geschlechter und Altersgruppen sind, die voraussichtlich das in der klinischen Prüfung untersuchte Arzneimittel anwenden. Der Einschluss von Frauen in klinische Studien führt jedoch nicht automatisch zu einer geschlechtergetrennten Auswertung und Darstellung der Daten. Werden die Daten für die Auswertung jedoch weiterhin nur zusammen ausgewertet,

werden Geschlechterunterschiede übersehen und können so auch nicht im Behandlungsalltag ankommen. Die Bereitschaft, Geschlecht als Faktor in Studien einzubeziehen, steigt. Das Verständnis der Rolle des sozialen Geschlechts in Forschung und Versorgung ist jedoch anspruchsvoll und erfordert ein fächerübergreifendes Zusammenarbeiten. Methoden, Konzepte und Ergebnisse aus den Sozial- und Geisteswissenschaften sollten für die medizinische Forschung nutzbar gemacht werden.

Ein wichtiger Ansatzpunkt zur Verbesserung ist die Aus- und Weiterbildung. Das Bewusstsein und eine Offenheit für die Thematik nimmt insbesondere bei der jungen Generation zu. An der neu gegründeten medizinischen Fakultät der Universität Bielefeld wird Geschlecht von Anfang an in Lehrveranstaltungen integriert und in eigenen Schwerpunktstunden unterrichtet. An einigen Universitäten wird geschlechtersensible Medizin als Wahlfach angeboten. Mit der zurzeit in Vorbereitung befindlichen neuen Approbationsordnung für den ärztlichen Beruf wird Gendermedizin als Fach verpflichtend gelehrt werden müssen.

Bei der Entwicklung von Leitlinien und Standards muss die Berücksichtigung von Geschlecht, so gut es aufgrund der vorhandenen Evidenz möglich ist, erfolgen. Forschungslücken sollen identifiziert, benannt und geschlossen werden. Insbesondere in der Prävention müssen geschlechtsspezifische Risikofaktoren berücksichtigt werden und eine geschlechtersensible Ansprache gewählt werden. Die Politik kann mit konkreten Maßnahmen unterstützen, die die Implementierung geschlechtersensibler Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung begünstigen. Dies können Anreizsysteme, Förderprogramme und kommunikative Ansätze sein.

Aktueller Stand zur Umsetzung des Koalitionsvertrags in Bezug auf Gendermedizin und Gender-Data Gap

Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2021 enthält vielversprechende Zielsetzungen: »Wir berücksichtigen geschlechtsbezogene Unterschiede in der Versorgung, bei Gesundheitsförderung und Prävention und in der Forschung und bauen Diskriminierungen und Zugangsbarrieren ab. Die Gendermedizin wird Teil des Medizinstudiums, der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe werden.« Außerdem wird im Kapitel zu Gleichstellung angekündigt, den Gender-Data-Gap zum Beispiel »im medizinischen Bereich« zu schließen. Der Deutsche Frauenrat hat im November 2023 eine Halbzeitbilanz erstellt und bewertet darin positiv, dass die Geburtshilfe gestärkt wird und ein Aktionsplan zur Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels »Gesundheit rund um die Geburt« vorgelegt wurde. Die von der Koalition angekündigten weiteren Verbesserungen stehen allerdings noch aus. Weiterhin fordert der Deutsche Frauenrat eine regelmäßige, geschlechtsspezifische Gesundheitsberichtserstattung. Ein wenig Zeit bleibt der Ampelregierung noch, dennoch ist absehbar, dass diese Forderungen in der nächsten Legislatur wieder auf der Tagesordnung der Regierung stehen müssen.

Literatur bei den Verfasser:innen

DR. EVA BECHER, PROF. DR. MED. SABINE OERTELT-PRIGIONE,
AG10 Geschlechtersensible Medizin, Medizinische Fakultät OWL,
Universität Bielefeld, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld,
E-Mail: eva.becher@uni-bielefeld.de,
sabine.oertelt-prigione@uni-bielefeld.de



MO URBAN

Nach 50 Jahren Frauengesundheitsbewegung in Deutschland – wo stehen wir heute?

Die Lebenserwartung bei Geburt eines Mädchens liegt in Deutschland aktuell bei über 83 Jahren und fünf Jahre über der eines Jungen. Vor 50 Jahren lag diese bei Mädchen noch zehn Jahre niedriger und die Geschlechter wiesen eine Differenz von mehr als sechs Jahren auf. Der Anstieg in den letzten Jahrzehnten ist bedingt durch den Rückgang der Sterblichkeit an chronischen Krankheiten. Todesursache Nummer eins für Frauen bleiben zwar Herz-Kreislauf-Krankheiten, aber die Zahlen der Neuerkrankungen und der Sterblichkeit sind zurückgegangen. Dies kann unter anderem der Frauengesundheitsbewegung zugeschrieben werden, die bereits in den 1970er Jahren darauf verwies, dass »Frauenherzen anders schlagen«. Mit diesem Slogan erkämpfte sie das Bewusstsein um biologische und soziokulturell bedingte Gesundheitsunterschiede zwischen den Geschlechtern.

Diese Geburtsstunde der deutschen Gender-Medizin verwehrt sich dagegen, dass der Mann weiterhin als Norm gesetzt wird: Denn jahrzehntelang lehrten Medizinbücher beispielsweise nur die männliche Herzinfarktsymptomatik. Dies hat bis heute zur Konsequenz, dass ein Infarkt von Frauen, die ein Symptomspektrum aufweisen können, später erkannt und sie nicht adäquat versorgt werden. Bis heute haben Frauen eine schlechtere Prognose nach einem Herzinfarkt und sterben häufiger daran.

Im Kontext der Frauengesundheit spielt außerdem die Versorgung beispielsweise in der Schwangerschaft und bei Erkrankungen, die nur (oder überwiegend) Frauen betreffen, eine Rolle. Brustkrebs ist dabei die häufigste Krebserkrankung, an der jede achte Frau erkrankt. Vor allem die Fortschritte in Therapie und die flächendeckende Früherkennung haben die Überlebenschancen in den letzten Jahrzehnten erhöht. Doch wie stark aber die Lebensqualität beeinträchtigt ist, hängt von den Ressourcen und jeweiligem Zugang zur medizinischen Versorgung ab.

Diese sozial bedingten Unterschiede in den Gesundheitschancen innerhalb der Genus-Gruppe sind groß, weshalb Maßnahmen zur Förderung der Frauengesundheit intersektional konzipiert werden, um Diskriminierungen zu vermeiden und den Zugang für alle zu verbessern. Neben Barrierefreiheit sind Sprachmittlungsangebote ebenso essentiell, wie die graphische Ausgestaltung von Kampagnen mit verschiedenen Bevölkerungsgruppen.



Meilen- und Stolpersteine der Frauengesundheitsbewegung

Die Frauengesundheitsbewegung konnte in den letzten Jahrzehnten strukturelle Veränderungen erwirken: Die Gendermedizin ist heute als Forschungsfeld etabliert und entsprechende Lehrstühle und ein Weiterbildungs-Studiengang gegründet. Auf Bundesebene formuliert der aktuelle Koalitionsvertrag das Vorhaben, Gendermedizin als verpflichtendes Thema in das Medizinstudium sowie in Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe zu implementieren. Auch dürfen Medikamentenstudien nicht mehr nur an Männern durchgeführt werden. Zudem erlangen frauenspezifische Erkrankungen mehr Aufmerksamkeit, zum Beispiel indem Endometriose-Kliniken zertifiziert werden. Viele Punkte sind jedoch noch auf der Vorhabenseite und auch die Änderungen der Approbationsordnung sind noch nicht abgeschlossen. Der Bundestag lehnte im letzten Jahr ab, eine nationale Endometriose-Strategie in Deutschland zu finanzieren. Parallel zu der fortschreitenden Institutionalisierung hat sich gleichwohl die Sichtbarkeit der Treiberinnen des Themas, die Frauengesundheitszentren, reduziert. Ihre feministischen Perspektiven auf spezifische Gesundheitsthemen, wie Verhütung und Wechseljahre, sind leiser geworden, nicht zuletzt, weil die Anzahl der Zentren rückläufig ist.

Paradigmenwechsel: aus Frauen werden Frauen*

Spätestens mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2017, das mit der Regelung des Personenstandsrechts festhielt, dass neben weiblich und männlich auch geschlechtliche Identitäten existieren, die sich weder dem einen noch dem anderen Geschlecht zuordnen lassen, vollzieht sich auch mit Blick auf die Frauengesundheit ein Paradigmenwechsel. Hilfreich für eine Auflösung einer starren Binarität ist, dass im Kontext von Gesundheit Geschlechtsunterschiede bereits in zwei Dimensionen identifiziert wurden: das biologische Geschlecht (Sex), also Anatomie, Genetik und Hormonstoffwechsel, und das soziokulturelle Geschlecht (Gender), also soziale Rollen – sowie deren Verschränkungen. Auf dieser Grundlage werden neue Modelle beispielsweise für die Gesundheitsberichterstattung entwickelt, die eine Skalierung in Hinblick sowohl auf biologische Merkmale als auch Rollenverhalten berücksichtigen. Auch der Transfer in die Praxis hat begonnen und es werden Fortbildungen zu

trans*sensibler Gynäkologie und Beratung angeboten. Konstatiert wird auch eine Übersterblichkeit von Transmännern bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und entsprechende Forschungsprojekte eruiert die Ursachen. Diese Anerkennung verläuft (auch) im Kontext der Frauengesundheitsbewegung nicht konfliktfrei, da die Sorge besteht, im Kampf um Ressourcen und in der Verteidigung von Errungenschaften zurückstecken zu müssen.

50 Jahre und kein bisschen müde

Anfang der 70er Jahre sorgte die Aktion »Ich habe abgetrieben – und fordere das Recht dazu für alle Frauen« nicht nur mediale Aufmerksamkeit, sondern setzte auch die Segel auf den Kurs für Reproduktive Gerechtigkeit. Nach 150 Jahren § 218 Strafgesetzbuch formuliert nun erstmals ein Koalitionsvertrag das Anliegen, Abtreibung außerhalb des Strafgesetzbuches zu regeln. Der § 219a ist bereits gestrichen, so dass Ärzt:innen im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Betreuung ungewollter Schwangerschaften auch über Schwangerschaftsabbrüche aufklären können. Aktuell wird zudem das Schwangerschaftskonfliktgesetz verändert, um Gehsteigbelästigungen im Umkreis von Abtreibungskliniken sowohl zugunsten der betroffenen Schwangeren als auch der Gesundheitsfachkräfte zu unterbinden. Gleichzeitig liegen nach der Pandemie nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten vor, die sichtbar machen, dass es Unterschiede in Mortalität an COVID-19, an psychischen und sozialen Folgen der Pandemie und in Hinblick auf Long-COVID gibt. Nach 50 Jahren Frauengesundheitsbewegung lassen sich daher Erfolge feiern, aber noch viele steinige Wege sind zu gehen, um nicht zuletzt Rückschritte zu verhindern, die in anderen Ländern und Teilen der Gesellschaft zu beobachten sind.

Literatur bei der Verfasserin

DR. DR. MO URBAN, Zentralstelle der Landesfrauenbeauftragten, Referentin für Gesundheit und Geschäftsführerin des bremer forums frauen*gesundheit, Faulenstraße 14 – 18, 28195 Bremen, E-Mail: monika.urban@frauen.bremen.de

ANGELIKA VOSS, EDITH AHMANN

Mental Load – Die Bürde des Multitasking

Vielfache geistige und dabei unsichtbare Herausforderungen können zur Folge haben, dass ein Dauerstress entsteht, der die Gesundheit erheblich beeinträchtigen kann. Genau diese Überforderung wird als Stress im Gehirn, kognitiver Stress oder auch Mental Load bezeichnet.

Ein neuer Begriff für ein altes Phänomen

Der Begriff Mental Load taucht erst seit einigen Jahren in deutschen und internationalen Beiträgen zur psychischen Gesundheit und in Publikationen zur Geschlechterforschung auf, nachdem durch die Institutionalisierung des »Equal Care Day« der Fokus auf bezahlte sowie unbezahlte Sorgearbeit gerichtet wurde. Im weitesten Sinn umfasst der Begriff Care-Arbeit in erster Linie die traditionell meist von Frauen geleistete, unbezahlte Reproduktionsarbeit wie Haushaltsführung, Kinderversorgung und -erziehung sowie die Organisation von Terminen und der damit verbundenen Logistik aller in einem Haushalt lebenden Personen, zu der dann die Er-



werbsarbeit hinzukommen kann. Er wird allerdings auch im Zusammenhang mit den ebenfalls mehrheitlich von Frauen gewerblich/prekär erbrachten Pflege- und Reinigungsdienstleistungen, vor allem in Privathaushalten, verwendet.

Charakterisiert ist Mental Load vor allem durch drei Mechanismen:

- 1 » Unsichtbare Arbeit, die innerlich und abstrakt stattfindet
- 2 » Zeitlich und räumlich unbegrenzte Arbeit
- 3 » Dauerhafte Arbeit, bei der es sich um das emotionale Kümmern um andere Menschen handelt.

Wie der Gleichstellungsbericht von 2018 für Deutschland zeigt, betrug die durchschnittlich unbezahlt geleistete reproduktive Arbeit von Frauen pro Tag etwa 87 Minuten mehr als die von Männern. Das entspricht bei einer Fünf-Tage-Woche einem ganzen Arbeitstag. In Familien ohne Kinder wenden Frauen im Schnitt 52,4 Prozent und in Familien mit Kindern sogar 83,8 Prozent mehr Zeit für Sorgearbeit auf als Männer. Alleinerziehende (zu 90 Prozent Frauen) leisten im Durchschnitt sechs Stunden Care-Arbeit. Das ist zwar etwas weniger als Frauen in Partnerschaften, jedoch immer noch fast doppelt so viel wie Männer in Partnerschaften.

Mental Load als Erbe alter Rollenklischees

Weltweit sind insbesondere diejenigen in Familien mit und ohne Kinder von Mental Load betroffen, bei denen eine traditionelle Geschlechterrollenverteilung vorherrscht und gleichzeitig einer Erwerbstätigkeit nachgegangen wird. Seit Wegfall der Versorger-Ehe erscheint die Erwerbstätigkeit von Frauen und Müttern nicht nur wünschenswert, sondern wird auch gesellschaftlich zum Beispiel zur Alterssicherung eingefordert. Die Soziologin Regina Becker-Schmidt hat dies als »doppelte Vergesellschaftung« bezeichnet. Auch in nicht heterosexuellen Partnerschaften kann sich das Prinzip der ungleichen Arbeitsteilung verfestigen, wenn sich die Paarbeziehung an den Rollenvorbildern traditioneller Familienstrukturen orientiert. Mental Load ist demnach eine Folge von patriarchalen Strukturen, die sich auch in Zeiten von angestrebter Gleichstellung behaupten können.

Verschiedene internationale Studien aus den Jahren 2021 bis 2024 zeigen laut Wochenbericht des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) von September 2024, dass sich die bestehende Kluft der familiären Arbeitsteilung durch die

Corona-Schutzmaßnahmen zu Ungunsten von Frauen weiter verstärkt hat und möglicherweise zu einer Verfestigung traditioneller Familienrollen beitrug.

Überforderung des Gehirns bei Multitasking

Nach der Cognitive-Load-Theorie von John Sweller besetzen geistige Anstrengungen während eines Lernprozesses die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses, welches nur begrenzt aufnahmefähig ist. Daraus folgt, dass nur eine bestimmte Informationsfülle gespeichert und im Arbeitsgedächtnis abgerufen werden kann. Geistige Arbeit, die parallel viele akute Prozesse verlangt, ist durch kognitives Multitasking charakterisiert, wobei gleichzeitig noch weitere zukünftige Aufgaben im Kopf behalten werden müssen. Wenn die kognitive Arbeit die Verarbeitungsmöglichkeiten übersteigt, entsteht jener Stress, der als kognitiver, als mentaler Stress oder auch als Mental Load bezeichnet wird. Bestimmte Anforderungen, wie beispielsweise die Intensivierung kognitiver Prozesse, die in dem Begriff des Multitasking enthalten sind, erhöhen jeweils die Mental Load. Dadurch können sich negative Auswirkungen ergeben, wie etwa nachlassende Aufmerksamkeit oder eine Anhäufung von Fehlern. Aber auch längerfristige Folgen wie Symptome eines Burnouts sind möglich. Gerade das oft Frauen zugeschriebene Charakteristikum der Multitasking-Fähigkeit wird ihnen deshalb nicht selten zum Verhängnis.

Lösungsansätze fordern in der Regel eine Anpassung der Betroffenen

Problematisch ist bei vielen gegenwärtigen Ansätzen zur Bewältigung von Mental Load, dass sie auf die Personen ausgerichtet sind, welche die Sorgearbeit verrichten. Im Wesentlichen zählen dazu die Instrumente, die auch in der Selbstfürsorge- und Resilienzarbeit eine zentrale Rolle spielen, wie zum Beispiel Meditation, Auszeiten nehmen, »Nein« sagen oder das Problem anzusprechen. Mit diesen Ansätzen werden die geringere Arbeit leistenden Partner:innen ziemlich unbehelligt gelassen, denn selbst die Aufforderung »Nein« zu sagen oder die Beziehungsperson zum Mitmachen aufzufordern, erfordert die Initiative, der von Mental Load bedrohten oder betroffenen Person. Das gilt sowohl für die Beziehung zum/zur Partner:in als auch zu den Kindern. Hinzu kommt, dass das Erlernen von Selbstfürsorge und Resilienzstrategien kein einmaliges Ausfüllen eines Fragebogens oder das Durchspielen von veränderten Verhaltensmustern ist. Vielmehr handelt es sich um einen Prozess, der Einübung und Fehlerkorrekturen einschließt. Auch das Aneignen dieser Übungen erfordert die Erstellung eines Zeitplans.

Die Gesellschaft ist gefragt

Angesichts der wechselseitigen Verstärkung von unsichtbarer Arbeit und eingefahrenen Verhaltensmustern sind Überlegungen notwendig, wie diese Muster auch auf Seiten der scheinbar nicht betroffenen Personen aufgebrochen werden können. Benötigt werden strukturelle und soziale Konzepte, die wie bei der Täterarbeit in der Gewaltprävention, beide Seiten des Problems Mental Load in der jeweiligen Interaktion im Blick haben.

Literatur bei den Verfasserinnen

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

SABINE NITSCHKE, JENNIFER CHAN DE AVILA

Wechseljahre: Ein Problem am Arbeitsplatz?

Die Wechseljahre markieren eine signifikante physiologische und psychologische Veränderung für Frauen, die typischerweise um das 47. Lebensjahr beginnt und mit dem Ende der Menstruation um etwa 51 Jahre in westlichen Kulturen abschließt. In dieser Übergangsphase, die vier bis acht Jahre dauert, können verschiedene Symptome auftreten, die etwa ein Viertel der Frauen so schwer beeinträchtigen, dass sie deren Lebensqualität verändern. Die Wechseljahre sind jedoch keine einheitliche Erfahrung: die Symptome und deren Schweregrade variieren stark zwischen den Individuen und können sich im Laufe der Zeit auch bei der gleichen Person ändern.

Der Weg in die Wechseljahre beginnt mit der Perimenopause, wenn die Östrogenproduktion nachlässt und Symptome wie Hitzewallungen, Nachtschweiß, Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen einsetzen. Diese körperlichen Symptome sind mit psychischen Herausforderungen wie Angst und Depression verbunden, die die erheblichen hormonellen Umwälzungen im Körper widerspiegeln. Angesichts der Variabilität dieser Symptome ist ein personalisierter Ansatz zur Bewältigung der Wechseljahre entscheidend, der anerkennt, dass jede Frau ihre Erfahrungen aufgrund ihrer physiologischen und persönlichen Lebensumstände individuell erlebt. Über die physischen und psychischen Auswirkungen hinaus haben die Wechseljahre auch eine oft nicht beachtete sozio-affektive Dimension. Die sozio-affektiven Auswirkungen können tief auf emotionaler Ebene nachhallen, beeinflusst von gesellschaftlichen Einstellungen zum Altern und zur Weiblichkeit. Der Übergang kann mit anderen Lebensveränderungen, wie beruflicher Entwicklung oder familiären Dynamiken zusammenfallen und die emotionale Landschaft weiter verkomplizieren. Die Wechseljahre zu verstehen, erfordert daher eine ganzheitliche Betrachtung, die nicht nur biologische Aspekte, sondern auch die psychologischen und soziokulturellen Umgebungen berücksichtigt, die Frauen beeinflussen.

Wirtschaftliche und berufliche Auswirkungen

Die Wechseljahre stellen auch eine bedeutende Herausforderung am Arbeitsplatz dar und wirken sich auf die Wirtschaft aus. Symptome können die Arbeitsleistung beeinträchtigen, was zu höheren Abwesenheitsraten und sogar zum Jobverlust führen kann. Im Vereinigten Königreich wird berichtet, dass jährlich 14 Millionen Arbeitstage aufgrund von Symptomen der Wechseljahre verloren gehen. Bis zu 370.000 arbeitende Frauen zwischen 50 und 64 Jahren geben ihren Job auf oder planen, ihn aufgrund dieser Symptome aufzugeben. Laut der MenoSupport-Umfrage in Deutschland erwägen 26 Prozent der Frauen, ihre Arbeitszeit zu reduzieren, 16,1 Prozent dachten über einen Positionswechsel nach, 15,3 Prozent erwogen eine Auszeit und 19,4 Prozent zogen eine vorzeitige Pensionierung aufgrund von Wechseljahresbeschwerden in Betracht. Die potenziellen Kosten für Arbeitgeber:innen für jede Frau, die aufgrund von Wechseljahressymptomen kündigt, wurden in einer Studie aus dem Vereinigten Königreich auf £30.000 beziffert. Dabei wurde die Rekrutierung, die Auswahl und die Zeit, die neue Mitarbeitende benötigen, um volle Produktivität zu erreichen, berücksichtigt. Die tatsächlichen



Kosten der Wechseljahre sind nur zu erahnen, da sie unverhältnismäßig von Frauen getragen werden, die möglicherweise härter arbeiten, um ihre Symptome zu kompensieren und die Auswirkung auf die Produktivität zu verschleiern.

Kulturelle Tabus und Stigmen

Trotz ihrer Universalität bleiben die Wechseljahre ein Tabuthema, das oft nicht offen diskutiert wird aufgrund von Stigma und Stereotypen, die mit dem Altern von Frauen in Verbindung stehen. Diese Stille ist am Arbeitsplatz besonders ausgeprägt, wo Frauen möglicherweise berufliche Nachteile fürchten, wenn sie ihren Wechseljahresstatus diskutieren. Das Zögern, offen über die Wechseljahre zu sprechen, hat zur Folge, dass sich ein Mangel an Bewusstsein und Unterstützungsmöglichkeiten festsetzt und die Entwicklung inklusiver Arbeitsplatzrichtlinien behindert.

Unterstützung für Frauen in den Wechseljahren

Die effektive Ansprache der Wechseljahre am Arbeitsplatz erfordert einen ganzheitlichen Ansatz, der verschiedene Angebote und Anpassungen umfasst:

- » **Anpassung des physischen Arbeitsplatzes:** Änderungen in der Arbeitsumgebung zur Linderung von Wechseljahressymptomen, wie zum Beispiel Ruhebereiche.
- » **Bereitstellung von Bildung, Schulung und Beratung:** Die Sensibilisierung von Mitarbeiter:innen und Führungskräften über Wechseljahre, deren Symptome und Auswirkungen kann zu größerem Verständnis und Empathie führen.
- » **Förderung einer Kultur der Zugehörigkeit:** Die Entwicklung einer Arbeitsplatzkultur, die geschlechtsspezifische Vorstellungen vom Altern und den Wechseljahren entstigmatisiert, ist entscheidend. Dies umfasst sowohl formelle Unterstützungsstrukturen als auch die Förderung informeller Peer-Support-Netzwerke.

Indem eine unterstützende und inklusive Umgebung gefördert wird, können Gesellschaft und Arbeitgeber:innen von den umfangreichen Erfahrungen und Fähigkeiten von Frauen in den Wechseljahren profitieren. Abschließend sollten die Wechseljahre nicht nur als medizinischer Zustand anerkannt

werden, sondern als bedeutende Lebensübergangsphase, die verschiedene Facetten des Lebens von Frauen beeinflusst, einschließlich ihres Arbeitslebens. Durch die Anerkennung der Wechseljahre als natürlicher Aspekt des Alterns, kann das Potenzial und Wohlbefinden von Frauen in den mittleren Jahren erhöht werden.

Literatur bei den Verfasser:innen

PROF. DR. SABINE NITSCHKE, DR. JENNIFER CHAN DE AVILA,

HTW Berlin, Ostendstraße 25, 12459 Berlin,

E-Mail: Sabine.nitschke@htw-berlin.de, Jennifer.chan@htw-berlin.de

Internet: <https://www.ifaf-berlin.de/projekte/menosupport/>

MONIKA ROSENBAUM

Nicht wichtig? Gesundheit von Frauen mit Behinderung als Randthema

Vor 15 Jahren ratifizierte Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), doch deren Umsetzung kommt nur schleppend voran. Das führt weiter zu teils dramatischen Folgen für viele Frauen und Mädchen, die gesellschaftlich jedoch kaum Beachtung finden.

Langsame Umsetzung der UN-BRK in gesundheitsrelevanten Feldern

Im Sommer 2023 hat die UN-BRK-Kommission den Stand der Umsetzung in Deutschland geprüft und dazu auch die Selbstdarstellung der Bundesregierung sowie kritische Alternativberichte bewertet. Die »Abschließenden Beobachtungen« der Kommission lesen sich als scharfe Kritik und können somit als Rückenwind für Aktivitäten und politische Forderungen von Selbstvertretungen und den Netzwerken der Frauen mit Behinderung dienen. Die Kommission kritisiert die unzureichende Absicherung der Vertretungsstrukturen für Frauen mit Behinderung sowie das Fehlen einer intersektionalen Strategie, die auch Geflüchtete und Migrant:innen einschließt. Sie bemängelt zudem eine Beschränkung der Gesundheitsversorgung für Asylbewerber:innen mit Behinderung auf reine Notfallmaßnahmen und fordert verbesserte Zugänge zu Gesundheitsdiensten, insbesondere für Frauen und in ländlichen Regionen. Die Kommission weist erneut auf die hohe Gewaltrate gegen Menschen mit Behinderung, insbesondere Frauen und Mädchen, hin und kritisiert das Fehlen einer umfassenden Strategie gegen Gewalt gemäß der Istanbul-Konvention. Zudem fordert sie konkrete Maßnahmen, wie die Verbesserung der Barrierefreiheit im gesamten Gewalt-Hilfesystem. Außerdem äußert die Kommission Besorgnis über das fortwährende Vorkommen von erzwungenen Sterilisationen, Abtreibungen und Empfängnisverhütungen bei Frauen und Mädchen mit Behinderungen in institutionellen Einrichtungen.

Intersektionale Analysen zeigen weitere Ungleichheitsdimensionen, wie die oft übersehene schlechtere wirtschaftlich Situation vieler Frauen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung. Schon 1999 wies der Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland auf das geringere Einkommen und das erhöhte Armutsrisiko von Frauen mit Behinderung hin, die zugleich mit behinderungsbedingten Kosten



konfrontiert sind. Die materielle Benachteiligung wurde in staatlichen Teilhabeberichten regelmäßig bestätigt. Fehlende materielle Ressourcen oder soziale Netzwerke erschweren alternative Zugänge zur Gesundheitsversorgung, wie den »Einkauf« privater Krankenversicherungsleistungen oder die ortsunabhängige Suche nach einer passenden Praxis, insbesondere für Frauen in Wohneinrichtungen oder mit komplexem Unterstützungsbedarf.

Frau sein dürfen?

Die Schwachstelle »reproduktive Gesundheit«

Auch Frauen mit Behinderung haben im Bereich der Gynäkologie und reproduktiven Gesundheit von der Pubertät bis ins hohe Alter einen durchgängigen Bedarf an Vorsorge, Beratung und Behandlung. Trotzdem suchen sie, ob in Großstädten oder auf dem Land, oft lange, teils vergeblich, nach passenden gynäkologischen Praxen. Sie schildern erschreckende Kompromisse in der Versorgung (»meine Mutter kippt beim Frauenarzt meinen Rollstuhl«) oder berichten bei Diskussionen, dass sie selbst oder Bekannte noch nie beim Frauenarzt waren. Ungeachtet solcher Berichte fehlen aber großangelegte Untersuchungen über Bedarfe, Strategien und gesundheitliche Folgen. In Bezug auf gerichtlich zugelassene Sterilisationen lässt sich mit Blick auf die Zahlen eine Verbesserung verzeichnen. So ist nach einem RKI-Bericht von 2021 die Zahl, der von Betreuungsgerichten zugelassenen Sterilisationen von 88 im Jahr 2002 auf 23 im Jahr 2016 gefallen. Die UN-BRK-Kommission sieht dennoch Handlungsbedarf, unterstützt durch Berichte von Frauen aus Wohneinrichtungen über den »sanften Druck« zur offiziell freiwilligen Sterilisation oder zur Nutzung von schlecht verträglichen Verhütungsmitteln wie der Drei-Monats-Spritze.

Dramatische Folgen oft ignoriert:

Schwachstelle Gewalt und Gesundheit

Frauen mit Behinderung leben mit hohem Gewaltisiko und bleiben oft deutlich länger in Gewaltsituationen als andere Betroffene. Trotzdem ist ihr Zugang zu Hilfsangeboten oder Therapien schlechter als bei anderen Gruppen. Schon in der Kindheit erfahrene Gewalt kann zu komplexen medizinischen Bedarfen führen, von der gynäkologischen Versorgung, über körperliche oder psychische Folgeerkrankungen bis zu notwendiger Psychotherapie. Von qualitativen Studien in den 1990er Jahren bis zu einer Sonderauswertung von 2021 der

GeSID-Studie, der bundesweiten Befragung zu Gesundheit und Sexualität, bestätigen viele Studien die erhöhte Gewaltbetroffenheit für Menschen mit Behinderung, insbesondere von Frauen, sowie deren gesundheitliche Folgen. Trotzdem fehlt nach wie vor die von der UN-BRK-Kommission geforderte umfassende Gewaltschutzstrategie und zugängliche Hilfe.

Handlungsempfehlungen:

Nicht auf den »großen Wurf« warten!

Eine gute gesundheitliche Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen braucht eine Kombination aus Erreichbarkeit, technischer Barrierefreiheit, medizinischem Fachwissen und respektvoller Haltung.

- » Angesichts des erhöhten Gewaltrisikos und oft erlebter Fremdbestimmung sollten **Schulungen** zu Trauma-Folgen angeboten und lokale **Präventionsangebote** auf ihre Zugänglichkeit für Mädchen und Frauen mit Behinderung geprüft werden.
- » **Ärzt:innen** sollten sich zu medizinischen Aspekten von Beeinträchtigungen fortbilden und mögliche Gewaltbetroffenheit routinemäßig abklären.
- » **Barrierefreiheit im Gesundheitswesen** muss für Bund und Länder, Kommunen und Kassenärztliche Vereinigungen zum wichtigen Ziel werden: Bestehende Regelungen müssen umgesetzt und Anreize für Veränderungen geschaffen werden.
- » Es bedarf umfassender **Informations- und Beratungsangebote** zur Implementierung von Barrierefreiheit.
- » **Lokale oder regionale Vernetzung** ermöglicht schnellere Verbesserungen, wie zum Beispiel Bremen mit einem barrierefreien Praxisraum zur abwechselnden Nutzung durch mehrere Gynäkolog:innen gezeitigt hat.
- » Die abgestimmte **Nutzung regionaler Ressourcen** ist besonders im ländlichen Raum wichtig für eine Basis-Versorgung von Frauen mit Behinderung. Hierfür bedarf es einer ständigen Analyse der Erreichbarkeit und gegebenenfalls entsprechender ergänzender Angebote.
- » Wichtig ist auch die politische Forderung nach ausreichender Zeit für Untersuchung und Behandlung durch eine **Vergütung des Mehraufwands**.
- » Schließlich ist es notwendig, dass sich die **Mehrheit der Praxen öffnet**, denn aktuell wollen die wenigen barrierefreien Praxen kaum genannt werden, weil sie einen Ansturm fürchten.

»Ich war noch nie beim Frauenarzt.« Diese Aussage und die damit verbundenen gesellschaftlichen Zumutungen an Frauen und Mädchen mit Behinderung dürfen wir nicht länger hinnehmen!

Literatur bei der Verfasserin

DR. MONIKA ROSENBAUM, NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung / chronischer Erkrankung NRW, Neubrückerstraße 12–14, 48143 Münster, E-Mail: monika.rosenbaum@lag-selbsthilfe-nrw.de



PETER TRUNZER

Genderspezifische Schmerzmedizin: Fibromyalgie ist weiblich – und nun?

Die Erfahrungen von Schmerztherapeut:innen und Selbsthilfegruppen zeigen deutlich: der Symptomenkomplex von Fibromyalgie, bestehend aus myofaszialen Ganzkörperschmerz, Fatigue und weiteren vegetativen Störungen, trifft weitaus mehr Frauen als Männer. Die meisten Quellen sprechen von einem Verhältnis von 6:1 bis 9:1. Außer Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren gibt es kaum eine Krankheit, die so eindeutig das weibliche Geschlecht »bevorzugt« wie die Fibromyalgie. Umso erstaunlicher ist es, dass wenig belastbare Untersuchungen zu finden sind, die dieser Tatsache auf den Grund gehen. Eine genderspezifische Betrachtungsweise könnte eine große Chance für ein erweitertes Krankheitsverständnis und verbesserte Therapieansätze sein. Bisher gibt es zwar einzelne Beobachtungen und Beschreibungen, eine objektivierende Forschung steht aber noch aus. Nachfolgend werden die Beobachtungen und Erklärungsansätze aus Sicht eines Schmerztherapeuten mit langjähriger Erfahrung im Feld Fibromyalgie geschildert.

Das Schmerz-Stress-Modell:

Sind Frauen besonders gestresst?

Die bei Fibromyalgie auftretenden myofaszialen Schmerzen, Schlafstörungen und Erschöpfung lassen sich bestimmten Hirnarealen zuordnen, in denen auch die Stressreaktionen abgebildet sind. Der Zusammenhang zwischen Stress und myofaszialen Schmerz ist eindeutig belegt. Somit drängt sich die Frage auf, ob Frauen besonders von Fibromyalgie betroffen sind, weil sie häufiger gestresst sind? Folgende Erklärungsansätze legen dies nahe. Die traditionelle Rollenverteilung weist Frauen bestimmte Rollen und Berufe zu, aus denen sich Risikofaktoren für eine chronische Schmerzerkrankung ableiten lassen und die zum Stress-Muskelfaser-schmerz-Fatigue-Modell passen könnten:

- » **Frühe Pflichten:** Mädchen müssen beziehungsweise mussten oft frühzeitig im Haushalt helfen und sich beispielsweise um jüngere Geschwister kümmern. Später übernehmen sie die Rolle der Hausfrau und Mutter und sind gleichzeitig berufstätig. Diese Mehrfachbelastung kostet Kraft und für Selbstfürsorge bleibt zu wenig Zeit. Zum Glück scheint sich diese Rollenzuschreibung langsam zu wandeln. Bei Trennung oder Scheidung kommen finanzieller Stress und die Belastung durch Alleinerziehung hinzu.

» **Pflege von Angehörigen:** Ein Großteil der pflegebedürftigen Senior:innen wird zuhause versorgt. Wieder sind es im traditionellen Rollenbild die Frauen, die diese Aufgabe überwiegend übernehmen. Bei manchen Frauen geht die Fürsorge für die Kinder nahtlos in die Fürsorge für ältere Angehörige über. Die hohe Stressbelastung kann sich negativ auf den Körper auswirken und zu Überreiztheit, Überempfindlichkeit, Schlafstörungen, Erschöpfung und muskulärer Anspannung führen.

» **Frauenberufe = Risikoberufe?** Von Fibromyalgie Betroffene haben häufig Berufe, in denen hoher Leistungsdruck, hoher Verantwortungsdruck, aber wenig eigene Entscheidungsspielräume herrschen, wie beispielsweise Krankenpflegerin, Erzieherin oder Sekretärin. Dazu kommt, dass diese Berufe gesellschaftlich nicht hinreichend wertgeschätzt und relativ schlecht bezahlt werden. Der Zusammenhang zwischen Berufsbelastung und Fibromyalgie ist hoch brisant, aber bisher nicht hinreichend erforscht.

Außerdem lernen Frauen anders mit Stress umzugehen und weisen unterschiedliche Kompensationsmechanismen im Vergleich zu Männern auf. Darüber hinaus gibt es weitere Risikofaktoren, die Fibromyalgie begünstigen und sich je nach Geschlecht unterscheiden. Unterschiede sind beispielsweise in den Haltestrukturen des Bewegungsapparats zu finden. Unter dem Einfluss des Hormons Testosteron entwickeln Männer ab der Pubertät deutlich kräftigere und stabilere Haltestrukturen, und zwar nicht nur der Muskeln, sondern auch der Sehnen, Bänder, Gelenkkapseln und Muskelfaszien. Zudem können hormonelle Unterschiede auf das Auftreten von Fibromyalgie einwirken. Jeden Monat kommt es bei Frauen zu massiven Turbulenzen im Zusammenspiel zwischen Östrogenen und Gestagenen. Die Regulationsachse zwischen Stammhirn, Hirnanhangsdrüse und Hormonen wird stark gefordert. Bei Männern hingegen bleibt der Testosteronspiegel immer gleich. Bisher hat sich allerdings nicht gezeigt, dass eine Hormonersatztherapie oder Pilleneinnahme die Fibromyalgie deutlich bessert. Immerhin kann in den Wechseljahren eine gut gesteuerte Hormontherapie zumindest die Fatigue bessern. Ein weiterer Risikofaktor für Fibromyalgie ist das Erleben von Traumata. Gewalterleben hinterlässt in unserem Gehirn scheinbar unauslöschbare Spuren. Sexualisierte Gewalt ist zudem noch schambesetzt, was zur Unaussprechlichkeit führt. Die Statistik spricht eine erschreckende Sprache: 8,6 Prozent der Mädchen/Frauen und 2,8 Prozent der Jungen/Männer sind oder waren von sexualisierter Gewalt betroffen – auch hier existiert ein deutliches Überwiegen der Mädchen beziehungsweise Frauen. Solche Verletzungen können, selbst wenn sie lange zurückliegen, auf das Erleben des Hier und Jetzt wirken und sind unter anderem Risikofaktoren für chronische Schmerzen. Zu den Ursachen von Fibromyalgie sowie den Geschlechterunterschieden ist noch weiterer Forschungsbedarf nötig. Wichtig für die Behandlung von Fibromyalgie ist ein interdisziplinäres Konzept, das Körper, Psyche und soziales Umfeld gleichzeitig einschließt und dem Einzelfall gerecht wird.

Literatur bei dem Verfasser

DR. PETER TRUNZER, Rosentrittklinik, Salinenstraße 28, 74906 Bad Rappenau,
E-Mail: petertrunzer@rosentrittklinik.de



FELIA RICKE

Weibliche Realitäten: Alkohol, Nikotin und Medikamente im Blick

Hinweis: In Ermangelung gendersensibler Daten jenseits der binären, heterosexuellen Geschlechtermatrix wird im vorliegenden Beitrag ein binärer Frauen- und Männerbegriff verwendet.

In aktuellen Studien, wie beispielsweise dem Alkoholsurvey der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2022, wird eine Entwicklung deutlich: Mädchen und Frauen scheinen beim Konsum von Nikotin und Alkohol zunehmend aufzuholen. Diese Beobachtung wirft nicht nur Fragen auf, sondern fordert auch eine eingehendere Analyse der zugrunde liegenden Ursachen.

Aufholen beim Konsum von Alkohol und Nikotin – Woher kommt der Trend?

Ein bedeutender Faktor, der zu diesem Trend vermutlich beiträgt, sind gesellschaftliche Veränderungen. In einer heteronormativen, sexistischen Betrachtungsweise wird exzessives Verhalten bis heute mit »Männlichkeit« assoziiert, während übermäßiger Konsum von Substanzen bei Frauen mit den gesellschaftlich etablierten Rollenbildern von »Weiblichkeit« nicht kompatibel ist. Anzunehmen ist, dass der gesteigerte Konsum bei Mädchen und Frauen mit gesellschaftlichen Emanzipationsprozessen zusammenhängt.

Des Weiteren muss die Tatsache betrachtet werden, dass Frauen heutzutage zunehmendem Stress und Vielfachbelastungen ausgesetzt sind. Die Care-Arbeit obliegt, in heterosexuellen Beziehungen, weiterhin zu großen Teilen den Frauen. Karriere und Familie sollen sich jedoch nicht mehr gegenseitig ausschließen, also kommt die Erwerbsarbeit on top. Substanzen können für einige als Mittel der Selbstmedikation dienen, um den Druck dieser Mehrfachbelastungen bewältigen zu können. Festzustellen ist, dass Frauen, die erwerbstätig sind, eher zu Alkohol greifen, während Frauen, die unentgeltliche Care-Arbeit leisten, eher Medikamente konsumieren. Darüber hinaus haben die Tabak- und Alkoholindustrie ihre Marketingstrategien verstärkt auf Frauen ausgerichtet.

Frauen werden weniger sexualisiert und herabgesetzt dargestellt. Stattdessen eignen sich die Marketingabteilungen diverser Alkoholprodukte feministische und gleichstellungsbestrebende Botschaften an. »Sex sells« ist out, (scheinbarer) Feminismus (im kapitalistischen Sinn) ist in.

Wenig belastbare Daten zu Medikamentenabhängigkeit

Betrachten wir legale Substanzen müssen wir neben Alkohol und Tabak auch den Konsum von Medikamenten in den Blick nehmen. Wenn von Medikamentenabhängigkeit gesprochen wird, wird es häufig übersetzt mit »die versteckte Sucht«. Es handelt sich um Substanzen, die ärztlich verschrieben werden. Es fällt kaum auf, wenn eine Person, ob im öffentlichen Raum oder zu Hause, eine Pille schluckt. Das ist etwas Alltägliches. Zudem gilt sie auch als versteckt, weil sie in der Wissenschaft kaum sichtbar ist. Forschende stoßen auf verschiedene Herausforderungen bei der Gewinnung von validen Daten. Man geht unter anderem davon aus, dass eine Medikamentenabhängigkeit nicht immer korrekt diagnostiziert wird. Werden beispielsweise Schlafmittel aufgrund von Schlafproblemen verschrieben und treten diese nach Absetzen des Medikaments erneut auf, wird dies häufig als Indiz für die Wirksamkeit des Mittels und nicht als Entzugssymptom gedeutet.

Außerdem ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen, weil Stigmatisierung und Scham besonders bei substanzkonsumierenden Frauen eine große Rolle spielen. Auch hier müssen gesellschaftliche Rollenzuschreibungen mitgedacht werden. Die Betroffenen werden auf verschiedenen Ebenen stigmatisiert. Zum einen erfahren sie Stigmatisierung durch die Gesellschaft, zum anderen bedauerlicherweise auch durch Fachkräfte des Versorgungs- und Hilfesystems.

Das Verschreibungsmuster und die Verfügbarkeit von Medikamenten dürfen ebenfalls nicht außer Acht gelassen werden. Tatsächlich suchen Frauen häufiger ärztliche Betreuung auf als Männer, was dazu führt, dass sie auch vermehrt Medikamente verschrieben bekommen. Das ist jedoch nicht der Grund, weshalb Frauen häufiger eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln. Ausschlaggebend ist, dass Frauen im Vergleich zu Männern doppelt so häufig Schlaf- und Beruhigungsmittel oder andere Psychopharmaka verschrieben werden. Gleichzeitig wird die Wirksamkeit der Medikamente jedoch fast ausschließlich an Männern getestet. Wie sich die Medikamente also im Körper mit einem hoch-komplexen Zyklus und damit einhergehenden Hormonschwankungen verhalten, bleibt unklar. Wenn nicht zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Wirkung von Medikamenten geforscht wird, wie kann ärztliches Fachpersonal gut entscheiden, welche Dosierung für eine Frau die richtige ist?

Strategien für eine gendersensible Suchtprävention

Um gendersensible Suchtprävention effektiv zu implementieren, sind Maßnahmen auf drei Ebenen erforderlich:

» **Strukturelle Ebene:** Führungskräfte und Träger:innenschaft müssen ein hohes Commitment für gendersensible Arbeit vorzeigen. Das bedeutet, dass die Genderperspektive in das Leitbild, das Konzept und das Personalmanagement eingebunden werden muss, um sicherzustellen, dass diese Aspekte klar erkennbar und überprüfbar sind. Es reicht nicht aus, sich eine queere Flagge ins Fenster zu hängen oder gleichgeschlechtliche Beratung anzubieten.

» **Mitarbeitenden-Ebene:** Alle Teammitglieder müssen bezüglich geschlechtsspezifischer Risikofaktoren für Sucht sensibilisiert sein. Außerdem ist es unabdingbar, dass sie ihre eigene Geschlechtsidentität und Geschlechterkonstruktion in einem stetigen Prozess reflektieren und sich ihrer Privilegien bewusst sind.

» **Angebotebene:** Die inhaltliche Ausrichtung der Angebote sollte geschlechtsspezifische Themen widerspiegeln, ohne dabei nur Stereotype zu bedienen. Beispielsweise kann das Beziehungsverhalten und die Selbstsicherheit von Mädchen und Frauen, sowie Gewalt- und/oder Diskriminierungsverhalten fokussiert werden.

Insgesamt bedarf es vertiefender Analysen und repräsentativer Studien, um die Herausforderungen von Substanzkonsum und Geschlecht ermitteln und wirksame präventive Strategien entwickeln zu können.

Literatur bei der Verfasserin

FELIA RICKE, Landesfachstelle Familie, Geschlechtervielfalt und Sucht BELLA DONNA der Suchtkooperation NRW, Kopstadtplatz 24 - 25, 45127 Essen, E-Mail: f.ricke@belladonna-essen.de

KATHARINA KRÜGER

Digitale Gewalt im Kontext von patriarchaler Gewalt

Digitale Gewalt dient als Sammelbegriff für verschiedene Formen von Gewalt. Sie beinhaltet Angriffe im öffentlichen digitalen Raum, findet jedoch auch zwischen einzelnen Personen innerhalb von sozialen Beziehungen statt. Bereits bekannte Gewaltphänomene sind von der analogen in die digitale Welt übersetzbar, sodass marginalisierte Personengruppen besonders stark von Angriffen betroffen sind. Mit Blick auf die Dimension der Geschlechtsidentität richten sich digitale Formen der Gewalt überwiegend gegen Frauen und Menschen aus der queeren Community.

Digitalisierte geschlechtsspezifische Gewalt kann durch anonyme Personen, in einer (Ex-)Partner:innenschaft oder im sozialen Nahraum also durch Familie, andere Angehörige oder Freund:innen und Bekannte erlebt werden. 80 Prozent der Betroffenen von Gewalt in Partner:innenschaft sind Frauen. Circa 80 Prozent der Täter:innen sind Männer. Dieses Bild lässt sich auf digitale Gewalterfahrungen in Partner:innenschaft übertragen.

Insgesamt ist die Datenlage noch wenig aussagekräftig. Digitale Gewalt als Sammelbegriff lässt sich schwer vergleichen. Zahlen, zum Beispiel in der Bundeskriminalstatistik, sind entweder nicht vorhanden oder nicht differenziert genug.

Die vielfältigen Erscheinungsformen von digitaler Gewalt

Gemeinsam haben alle Formen digitaler Gewalt, dass technische Mittel wie zum Beispiel ein Smartphone oder ein Computer genutzt werden. Darüber hinaus kann die Gewalt online in digitalen Räumen wie Social Media Plattformen, Apps, Online-Spielen oder Chatgruppen stattfinden. Weithin bekannt sind öffentliche Fälle von Hate Speech gegen Individuen. In sogenannten »Shitstorms« wird gegen Perso-



nen gehetzt, sie werden beleidigt, ihnen wird körperliche und sexualisierte Gewalt angedroht oder es werden ohne Zustimmung persönliche Daten oder gezielte Falsch-Informationen veröffentlicht.

Im Bereich von Partner:innenschaftsgewalt sind die Übergänge von analoger Gewalt zu digitaler Gewalt fließend. Psychische Gewaltformen wie Herabsetzungen lassen sich durch das Smartphone einfach fortführen. Täter:innen können Betroffene mit der Weitergabe von Videoaufnahmen von Gewalttaten oder privaten (Nackt-)aufnahmen erpressen. Soziale Gewalt, wie zum Beispiel zu kontrollieren, wer sich mit wem trifft oder wo sich die Betroffene aufhält, kann durch die Live-Standort-Abfrage einfacher umgesetzt werden. Persönliche Daten können ebenfalls mittels Spyware abgefangen werden. Auch das Cyberstalking, also die Nachstellung einer Person, wurde durch vielfältige digitale Ortungs- und Überwachungsmöglichkeiten erleichtert.

Folgen für die Betroffenen

Digitale Gewalt hat ein hohes Ohnmachtsgefühl bei Betroffenen zur Folge. Angesichts der permanenten Verfügbarkeit durch ein Smartphone wird die Gewalt zu jeder Zeit und an jedem Ort erlebbar. Dadurch ist die Chance begrenzt, Abstand von den Angriffen zu gewinnen.

Zusätzlich kann es für Betroffene schwierig sein, das Erlebte zu benennen oder zu beweisen. Aufgrund der vielfältigen Erscheinungsformen von digitaler Gewalt und der multiplen technischen Möglichkeiten, entsteht bei Betroffenen häufig zuerst ein diffuses Gefühl, dass etwas nicht stimmt. Sie fühlen sich unwohl oder haben Angst, verrückt zu werden, weil unerklärbare Dinge geschehen. Die betroffenen Personen wissen nicht, dass sie digitaler Gewalt ausgesetzt sind, zum Beispiel beim Abfangen von Daten oder bei der Ortung von mobilen Geräten. Nicht zu wissen, woher der:die Täter:in die Informationen bekommt, gibt ein Gefühl der Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit.

All das führt dazu, dass sich Betroffene vollkommen ausgeliefert und hilflos fühlen. Die Folgen des psychischen Stresses können Angstzustände, Panikattacken, soziale Isolation, Depression, Schlafstörungen oder Konzentrationsstörungen sein. Es entstehen Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens und in der Arbeitswelt, die auch den Verlust der Erwerbstätigkeit nach sich ziehen können.

Handlungsansätze zum Schutz vor digitaler Gewalt

Um sich persönlich schützen zu können und Menschen im eigenen Umfeld zu sensibilisieren, ist es wichtig, Grenzen im digitalen Bereich zu thematisieren, für sich festzulegen und zu respektieren. Jede Person hat unterschiedliche Wohlfühlbereiche, wie weit der Schutz der persönlichen Daten online oder in einer Partner:innenschaft gehen soll. Beginnen kann jede:r damit, sich selbst damit auseinanderzusetzen, wo diese persönlichen Grenzen liegen.

Personen, die das Gefühl haben, etwas stimmt nicht mit den digitalen Geräten oder die andere Formen von digitalisierter Gewalt erleben, können sich Unterstützung in Beratungsstellen suchen. Hilfesuchende müssen ernst genommen und ohne Schuldzuweisungen angehört werden. Im Rahmen von Partner:innenschaftsgewalt können zum Beispiel Frauenberatungsstellen Orte für Hilfe sein. In einigen Bundesländern gibt es bereits Schwerpunkt-Beratungen für digitale Gewalt, an die Betroffene weitervermittelt werden können.

Die gemeinnützige Organisation »HateAid« und die Online-Plattform »juuuport« bieten bundesweit erste Beratung und Unterstützung für Betroffene von digitaler Gewalt an. Darüber hinaus ist es Aufgabe der Fachkräfte im Hilfe- und Beratungssystem, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Inzwischen gibt es ein vielfältiges Fortbildungsangebot zum Thema digitale Gewalt, welches sich regional sehr unterschiedlich darstellt.

Präventiv ist die Stärkung der Medienkompetenz von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen notwendig. Ein sensibler Umgang mit Daten im Netz und Wissen über Privatsphäre- und Sicherheitseinstellungen sowie die eigenen Möglichkeiten und Rechte sollten vermittelt werden. Gleichzeitig müssen Gesetzeslagen an die Realität und Schnelllebigkeit des Internets angepasst werden, sodass auch Betreiber:innen von Plattformen Sorge tragen müssen, dass Gewalt im digitalen Raum keinen Platz hat.

Literatur bei der Verfasserin:

KATHARINA KRÜGER, Arbeiterwohlfahrt Region Hannover e. V.,
Fachbereich Frauen, Deisterstraße 85A, 30449 Hannover,
E-Mail: katharina.krueger@awo-hannover.de

MICHAELA MONTANARI

Schönheitsideale im Trend

Schönheitsideale gibt es bereits seit Bestehen der Menschheit – nur die Mittel der Darstellung haben sich im Wandel der Zeit enorm verändert. Während in der Antike mit Skulpturen und Wandmalereien gearbeitet wurde, um ein Schönheitsideal zu kultivieren, sind es heute überwiegend digitale Medien, die uns diesbezüglich beeinflussen. Der große Unterschied ist, dass die Schönheitsideale früher durchaus realistisch und erreichbar waren. Heute hingegen ist es kaum möglich, Realität von »Fälschung« zu unterscheiden: die Möglichkeiten der digitalen Bildbearbeitung mit Photoshop, Filtern und KI gaukeln uns Schönheitsideale vor, die in der Realität kaum umsetzbar sind. Im Umkehrschluss haben Patient:innen häufig eine unrealistische Vorstellung davon, was eine Behandlung oder Operation bei ihnen bewirken kann. Das bestätigt unter anderem auch die jährliche Patient:innenbefragung der Deutschen Gesellschaft für Ästhe-



tisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC). Gerade in den letzten drei Jahren kam es bei dem Umfragen-Punkt »Posts von anderen verstärken meinen Wunsch nach persönlicher Veränderung durch einen Ästhetisch-Plastischen Eingriff« zu einer erheblichen Steigerung. 2021 gaben neun Prozent der jungen Patient:innen unter 30 Jahren an, sich aufgrund von Social-Media-Posts körperlich verändern zu wollen. 2023 waren es bereits 19,4 Prozent.

Gehypter Beauty-Trend versus Realität

Ein weit verbreitetes mediales Phänomen – egal ob in TV, Print, Internet oder Sozialen Medien – sind Trends und Behandlungen, die angeblich angesagt sind. Je mehr Medien über bestimmte Behandlungen berichten, desto mehr entsteht der Eindruck, dass gerade diese sehr häufig nachgefragt und durchgeführt werden. Ein jüngstes Beispiel ist »Barbie-Botox«. So wurde aufgrund des erfolgreichen Kinofilms ein Verfahren der Botulinum-Injektion marketingrelevant umbenannt, das therapeutisch bereits sehr viele Jahre für Migräne und Verspannungen zum Einsatz kommt und als Nebeneffekt eine leichte Verschlankeung des Trapezius-Muskels zur Folge hat. Wenn ein:e Patient:in eine derartige Injektion wünscht, ist es die Aufgabe der Fachärzt:innen für Plastische und Ästhetische Chirurgie, aufzuklären und Behandlungswünsche abzulehnen, deren Sinnhaftigkeit fragwürdig sind, da sie kaum Effekte bringen und Risiken bergen.

Wenn Trends zum Risiko werden – falsch verstandene Ästhetik und gehypte Internetrends

Das Internet bietet zwar die Möglichkeit, dass wir uns vielfältig informieren und recherchieren können. Jedoch verfügen viele Menschen über eine mangelhafte Medienkompetenz, um die Informationen im Internet zu beurteilen. Oft sind es schnell konsumierte Inhalte von beispielsweise Influencer:innen und weniger häufig von seriösen Expert:innen aus der Praxis, die am meisten beeinflussen und Wünsche wachsen lassen. Das betrifft vor allem die junge Zielgruppe unter 30 Jahren. Hinzu kommt, dass diese aufgrund der Einkommensstruktur zu den preissensiblen Menschen gehören. Das bedeutet, (vermeintlich) günstige Angebote werden als besonders attraktiv wahrgenommen. In der Euphorie, dass ein lang gehegter Wunsch in greifbare und finanzierbare Nähe rückt, wird darüber hinaus oft vergessen, die Seriosität und fachliche Kompetenz der behandelnden Person zu hinterfragen.

Im Gegensatz dazu zeigt sich, dass qualifizierte Fachärzt:innen mit einem höheren Preisniveau vermehrt von Personen aufgesucht werden, die sich durchaus realistische Veränderungen wünschen.

Noch bedenklicher ist der Trend der Selbstbehandlung. Mittlerweile sind über das Internet vielfältige Materialien für den Heimgebrauch zugänglich. Jede:r kann beispielsweise einen Hyaluronsäureinjektor bestellen und eine Selbstbehandlung durchführen. Das birgt ohne anatomische und medizinische Grundkenntnisse große gesundheitliche Risiken.

Das Stigma ästhetisch-plastischer Behandlungen und Operationen

Noch vor wenigen Jahren wurden ästhetisch-plastische Eingriffe und Operationen vom Großteil der Patient:innen geheim gehalten und von der Gesellschaft stigmatisiert. Das hat sich in den letzten Jahren sehr verändert. Grund hierfür ist eine immer offenerere und wohlwollendere Berichterstattung in den Medien. Gleichzeitig kommunizieren aber auch immer mehr Patient:innen selbst über Behandlungen und Operationen. Es ist demnach eine Entstigmatisierung von plastischen Behandlungen und Operationen zu beobachten.

Die Herausforderungen der Branche

Der Bereich der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie unterliegt seit mehreren Jahren einem starken Wachstum. Trotz Heilmittelwerbegesetz (HWG), dass es niedergelassenen Ärzt:innen verbietet, offensichtlich für ihre Leistungen und Behandlungen zu werben, gibt es immer mehr Angebote und offensive Werbung. Der Grund hierfür liegt vor allem darin, dass viele Kliniken und auch Beautyketten als GmbH firmiert sind und unter Einsatz einer nicht-ärztlichen Geschäftsführung dem HWG nicht konkret zugeordnet werden können. Das ruft folglich auch unseriöse und wenig qualifizierte Behandler:innen hervor.

Ein weiterer Punkt ist, dass bei über 50 Prozent der jungen Menschen, der Unterschied zwischen Schönheitschirurg:innen, Beauty Docs und Fachärzt:innen für Plastische und Ästhetische Chirurgie nicht bekannt ist. Ein Wissensleck, was dazu führen kann, dass sich Patient:innen in Hände begeben, die im schlimmsten Fall bis dato nichts mit dem Fachgebiet zu tun hatten. Leider unterliegt der Gebrauch von selbst verliehenen Expert:innen-Bezeichnungen einer Gesetzeslücke, die zwar genau vorschreibt, welche staatlich verliehenen fachärztlichen Titel genutzt werden dürfen, aber nicht definiert, welche so ähnlich klingenden Fantasie-Titel nicht genutzt werden dürfen.

Auch der Auslands-OP-Tourismus nimmt über die letzten Jahre spürbar zu – mit ihm steigt gleichzeitig die Zahl der Revisionsoperationen, die nach einer missglückten Operation dann in Deutschland durchgeführt werden müssen.

Eine bessere, öffentliche Aufklärung in allen Bereichen ist zwingend erforderlich, um die Patient:innen an die Hand zu nehmen und ihnen dabei zu helfen, bereits im Vorfeld ihres Behandlungswunsches die richtigen Entscheidungen zu treffen und so Risiken zu minimieren.

Literatur bei der Verfasserin

DR. MED. MICHAELA MONTANARI, Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Fachärztin für Chirurgie | Vorstand der DGÄPC | Referentin der DGBT, Krockhausstraße 7, 44797 Bochum
E-Mail: praxis@dr-montanari.de

Impressum



Niedersachsen Bremen e. V.

» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V., Schillerstraße 32, 30159 Hannover
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 388 11 89-31

E-Mail: info@gesundheit-nds-hb.de

Internet: www.gesundheit-nds-hb.de

» **LinkedIn:** Folgen Sie uns auf LinkedIn: LVGAFS

<https://de.linkedin.com/company/lvgafs>

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Salome Dannenberg, Johanna Diedrich, Antonia Halt, Finnja Lindemann, Hüma Nauroozi, Sandra Pape, Charlotte Schmitz, Stephanie Schmitz, Clara Wallbaum

» **Beiträge:** Edith Ahmann, Thomas Altgeld, Dr. Eva Becher, Mareike Bißmeier, Prof. Dr. Theda Borde, Sophia Buermeyer, Dr. Jennifer Chan de Avila, Anika Cordes, Prof. Dr. Med. Anette S. Debertin, Dr. Claudia Detje, Johanna Diedrich, Maria Hellbaum, Dr. med. Dagmar Hertle, Karina Heuer, Elke Heyduck, Jan Kreie, Katharina Krüger, Stephan Kruij, Christina Kruse, Nastazja Kruszewski, Iris Lettau, Dr. Lara Minkus, Dr. Med. Michaela Montanari, Prof. Dr. Sabine Nitsche, Prof. Dr. Med. Sabine Oertelt-Prigione, Lea Oesterle, Sandra Pape, Anna Pawellek, Maren Preuß, Annette Reisenweber, Felia Ricke, Dr. Monika Rosenbaum, Heike Schiffing, Kerstin Schlögl-Flierl, Charlotte Schmitz, Sabine Scholz-de Wall, Sybill Schulz, Martin Schumacher, Greta-Marleen Storath, Sandra Surrey, Mareike Timmann, Dr. Peter Trunzer, Dr. Dr. Mo Urban, Dr. Angelika Voss, Dr. Christa Wichterich

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 124: 15.07.2024

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

» **Auflage:** 7.600

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

» **Druck:** Druckerei Hartmann GmbH

» **Erscheinungsweise:** 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor:innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» **Titelbild:** adobe.stock.com: © melita

» **Fotos:** S. 18: © Foto: thomas.kunicke@charite.de@ Thomas Kunicke, S. 22 © LieLa e. V., alle anderen adobe.stock.com: © jozefmivic (S. 2), © Rawpixel.com (S. 3), © Helen (S. 4), © Andrii Zastrozhnov (S. 5), © insta_photos (S. 6), © Firn (S. 7), © amenic181 (S. 8), © Marco (S. 9), © ARAMYAN (S. 11), © Lustre Art Group (S. 12), © vachom (S. 14), © georgerudy (S. 16), © fotoduets (S. 20), © Alexander Rath (S. 21), © Brian Jackson (S. 30)

» Liebe Leser:innen, wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der impulse speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter info@gesundheit-nds-hb.de widersprechen.

» Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.



In eigener Sache

Liebe Leser:innen,

die Zeitschrift impulse für Gesundheitsförderung können Sie sowohl in gedruckter als auch in elektronischer Form (als PDF-Dokument) beziehen.

Sie beziehen die impulse aktuell postalisch, möchten aber Papier-Ressourcen sparen und die neuen Ausgaben ab jetzt per E-Mail zugestellt bekommen? Dann melden Sie sich gerne unter impulse@gesundheit-nds-hb.de.

Sie beziehen die impulse noch nicht im Abonnement und möchten die Zeitschrift regelmäßig per E-Mail zugestellt bekommen? Dann freuen wir uns auf Ihre Anmeldung:



Zudem machen wir Sie auf die Möglichkeit aufmerksam, die impulse-Ausgaben von unserer Website www.gesundheit-nds-hb.de/impulse/ herunterzuladen.





 CHRISTA WICHTERICH

Sorge-Extraktivismus: Weibliche Sorgearbeit als Ware

Die Covid-19-Pandemie hat dramatisch gezeigt, dass in den Gesundheitssystemen weltweit ein alarmierender Mangel an professionellen Pflegekräften besteht. Der seit Jahren in Deutschland beklagte Pflegenotstand, auch in der Altenbetreuung, spitzt sich weiter zu. Die deutsche Krankenhausbewegung und ihre Streiks verweisen darauf, dass durch die Fallpauschalen und das neoliberale Management sowohl in öffentlichen als auch in privaten Einrichtungen die Belastung und Erschöpfung des Personals zugenommen haben. Ein »Pflexit«, eine Flucht aus dem Beruf, findet statt, während gleichzeitig die Generation älterer Pflegekräfte frühzeitig in Rente geht. Unter dem Diktat der Kostensenkung wird die pflegerische Arbeit in Zeittakte zerlegt, durch digitale Dokumentation überwacht und auf immer weniger Schultern verteilt, während die Zahl der Betreuungsbedürftigen wächst. Diese Mechanismen verstärken die Extraktion von Sorgearbeit aus den Pflegekräften. Nach einigen Lohnerhöhungen in Deutschland ist nicht mehr die Bezahlung, sondern Belastung und Zeit das Hauptproblem. In Ländern des Globalen Südens zeigt sich hingegen die Sorgeextraktion meist in einer nicht-existenzsichernden Entlohnung.

Extraktion von Sorge als Ware

Der Begriff der Sorgeextraktion will zeigen, dass Sorge in der auf Profit, Effizienz und Produktivitätssteigerung ausgerichteten Marktwirtschaft eine Ressource ist, die zur Ware gemacht, gehandelt und ausgebeutet wird. Sorgearbeit ist eine sehr wertvolle Ressource, die jeder Mensch in den unterschiedlichen Lebensphasen braucht, die Leben erzeugt und erhält und ohne die keine Gesellschaft und keine Ökonomie existieren kann. Im Rahmen der geschlechterhierarchischen Arbeitsteilung wurde sie jahrhundertlang Frauen als unbezahlte Arbeit im Haushalt und in Gemeinschaften zugeschrieben. Mit der wachsenden Berufstätigkeit von Frauen

wurde jedoch immer mehr Sorge- und Pflegearbeit vom Saubermachen bis zur hochqualifizierten medizinischen Versorgung als Lohnarbeit in den Arbeitsmarkt integriert. Das bedeutet, dass eine Extraktion von Sorgekapazitäten aus dem außermärklichen unbezahlten Privatbereich stattgefunden hat. Im Vergleich zur männlich konnotierten, produktiven Arbeit haftet reproduktiver Arbeit jedoch, auch wenn sie bezahlt wird, das Stigma der Geringschätzung und des Dienens an, zumal sie früher häufig von Frauen aus unteren Klassenverrichtet wurden. Hinzu kommt noch die sexistische Stereotypisierung, die sich immer noch in TV-Klinikserien spiegelt: wegen der Pflege von Männern und der Nachtdienste wird »Krankenschwestern« seit 150 Jahren sexuelle Freizügigkeit zugeschrieben.

Wo die zur Reproduktion der Gesellschaft notwendigen Sorgearbeit fehlen und die Alten- und Krankenbetreuung nicht mehr gesichert ist, spricht man von einer Reproduktionskrise. Um diese Reproduktionskrise zu managen, wenden Betreuungsheime, Krankenhäuser, Staaten und private Arbeitsvermittlungen immer mehr Formen des Sorge-Extraktivismus an. Der Begriff des Extraktivismus stammt aus dem Bereich der Bodenschätze und Mineralien und erlebte eine Hochkonjunktur nach der Finanzkrise von 2008/9. Damals intensivierten viele Länder im Globalen Süden ihre Strategie, Rohstoffe zu extrahieren, zu exportieren und auf dem Weltmarkt anzubieten, um aus der Krise herauszukommen. So wie die Ressourcen aus der Natur als bisher außermärklichem Bereich extrahiert und kommodifiziert wurden, wurde auch die soziale Ressource Sorge zunehmend aus dem nicht-kommerzialisierten Privatbereich, aus dem Globalen Süden und aus den Pflegekräften extrahiert. So wie die Natur durch Ressourcenextraktivismus degradiert und zerstört wird, führt die Überausbeutung von Sorgeenergien zu Erschöpfung und Burn-out der Pflegekräfte.

Transnationale Sorgketten

Fachkräftemangel ist die neue Bezeichnung für den Pflege-notstand, der täglich in den Schlagzeilen ist. Das Rezept, das jetzt als Lösung dieser Krisensituation gepriesen wird, heißt Anwerbung von Pflegekräften aus dem Globalen Süden. Der wirtschaftliche Hintergrund dafür ist die große Ungleichheit zwischen Ländern und Regionen. Rekrutierung von Sorgearbeit aus armen Ländern ist eine weitere Form des Sorge-Extraktivismus. Anwerbung ist immer auch Abwerbung, denn die Sorgekräfte werden aus den Gesundheitssystemen, den Gemeinschaften und Haushalten der Herkunftsländer abgezogen. Wenn sie bei uns Versorgungslücken stopfen, hinterlassen sie in ihren Herkunftsländern und -haushalten eine Versorgungslücke. Wenn die Krisensituation im Globalen Norden durch eine transnationale Sorgekette gelöst werden soll, dann wird dadurch im Globalen Süden oder Osten eine Krise geschaffen, weil die Sorgekräfte in den Krankenhäusern und Familien ihrer Herkunftsländer fehlen.

Bereits seit 2013 hat die Bundesregierung ein Triple-Win-Programm aufgelegt, das nach etlichen Werbereisen von Minister:innen auf Basis bilateraler Abkommen mit zehn Ländern von der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (giz) und der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt wird. Das Programm institutionalisiert und normalisiert den transnationalen Sorge-Extraktivismus von staatlicher Seite und kommt mit einem dreifachen Gewinnversprechen daher: für das Zielland, das Herkunftsland und die Pflegeperson. Das wird von dem Narrativ begleitet, dass es viele erwerbslose ausgebildete Pflegekräfte in den Ländern gäbe, sie kulturell prädestiniert sind, liebevoll mit Kranken und Alten umzugehen und sie bei einer Rückkehr das in Deutschland erworbene Wissen im Heimatland einbringen können. Kurz gesagt: wir, im Globalen Norden, helfen den Pflegekräften und ihren Herkunftsländern im Globalen Süden, während sie uns helfen, unsere Reproduktionskrise zu bewältigen.

Derzeit bieten sich immer mehr private Agenturen für die Vermittlung von Fachkräften an. Dabei werden Fachkräften bis zu 15.000 Euro als Vermittlungskosten in Rechnung gestellt. Private Kliniken und Vermittler:innen verlangen zudem teilweise Strafgebühren von Pflegekräften, die das Krankenhaus oder die Agentur nach kurzer Zeit verlassen. Das vergrößert die Verschuldung und Belastung der Pflegenden.

Dilemmata und Konflikt von Rechten

Absurderweise haben die Länder des Globalen Nordens nach der Pandemie ihre Rekrutierungsversuche verstärkt. Und tatsächlich hat die Zuwanderung von ausländischen Pflegekräften nach der Pandemie stark zugenommen. Pflegekräfte verlassen ihre Herkunftsländer wegen niedriger Löhne, miserabler Arbeitsbedingungen, mangelnder Anerkennung und fehlender Aufstiegschancen. In einem Teufelskreis verstärkt ihre Migration die systematische Überforderung des vorhandenen Pflegepersonals, das schlechte Pflege-Patient:innen-Verhältnis und die Versorgungsdefizite ihrer Herkunftsländer. Ihr individuelles Recht auf Migration steht im Gegensatz zum Menschenrecht der Bevölkerung auf Gesundheit.

Zwar schicken die migrantischen Krankenpfleger:innen einen Teil ihres Einkommens zur Unterstützung der Familie nach Hause. Doch die Philippinen, ein Pionierland für den Export

von Sorgearbeitskräften, ist ein Beispiel dafür, dass die Rücküberweisungen keinen positiven Effekt auf die Entwicklung des Landes zum Beispiel des Gesundheitssektors haben. Zudem bestätigt sich der erhoffte Wissenstransfer durch Rückkehr der Fachkräfte nicht, weil nur wenige zurückkehren.

Die Nachfrage nach qualifizierten Fachkräften schafft ein neues Ungleichheitsverhältnis. Die Ausbildung und die damit verbundenen Kosten liegen im weniger wohlhabenden Herkunftsland, wo sich die Familie der Auszubildenden oft wegen der hohen Gebühren in privaten Einrichtungen verschuldet. Die Nutzung der Qualifikation findet jedoch im wohlhabenderen Zielland statt, was eine weitere Dimension des Extraktivismus darstellt.

Transnationales Familienleben und Arbeitsalltag

Während diese komplexe Situation aus deutscher Perspektive als Integrations- und Sprachproblem diskutiert wird, sind die migrantischen, bis zu 90 Prozent weiblichen Pflegekräfte im Lebens- und Arbeitsalltag mit einem hohen Anpassungsdruck in der fremden Kultur und Sprache konfrontiert. Außerdem müssen sie eine Menge bürokratischer und fachlicher Hürden nehmen, damit ihre Ausbildung anerkannt wird. Sie werden zunächst lediglich als Hilfskräfte mit niedrigerer Entlohnung beschäftigt, bis sie Zusatzprüfungen bestanden haben. Hinzu kommen ständige aufenthalts- und arbeitsrechtliche Anforderungen und Alltagsdiskriminierungen. Um mehr Geld zu verdienen und Beruf und Familienalltag besser zu verbinden, übernehmen viele migrantische Pflegekräfte häufige Nachtdienste. Das alles befördert sie in Stresssituationen, in denen informelle Netzwerke, wie die transnationale Familie oder Kirchen, für sie sehr wichtig sind. Gleichzeitig müssen sie ihren familialen Sorgepflichten aus der Ferne nachkommen. In täglichen Videocalls tauschen sie sich mit Familienmitgliedern aus, betreuen und beraten sie, wenn es um medizinische Versorgung und Notfälle geht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat einen Verhaltenskodex für die Rekrutierung erstellt mit einer Liste von Ländern, aus denen wegen eines Pflegenotstands nicht abgeworben werden soll. Doch diese Regulierung ist nicht verpflichtend und wird häufig umgangen. Deutschland hat die Konvention 181 der Internationalen Arbeitsorganisation zur Kontrolle privater Arbeitsagenturen von 1997 nicht ratifiziert. Die Gütegemeinschaft »Faire Anwerbung Pflege Deutschland« hat im Auftrag des Gesundheitsministeriums ein Gütesiegel mit sechs Prinzipien erstellt. Die Vergabe dieses Prädikats steht jedoch gerade in der Kritik. So wächst der transnationale Sorge-Extraktivismus sehr viel schneller, als dass Regeln greifen.

Literatur bei der Verfasserin

DR. CHRISTA WICHTERICH, Schlossstraße 2, 53115 Bonn,
E-Mail: wichterich@femme-global.de



LARA MINKUS

Schwangerschaftsabbrüche und individuelle Lebensumstände

Schwangerschaftsabbrüche sind ein sehr präsent und stark politisiertes Thema. Neben regressiven Reformen wie in den USA oder Polen, gibt es auch einige progressive Vorstöße, wie in Frankreich, wo das Recht auf Schwangerschaftsabbruch künftig in der Verfassung verankert werden soll. Auch in Deutschland werden Schwangerschaftsabbrüche, die damit verbundene Rechtslage und die individuellen und gesellschaftlichen Folgen breit debattiert.

Regelungen in Deutschland

Schwangerschaftsabbrüche sind in Deutschland grundsätzlich strafbar. Unter bestimmten Voraussetzungen bleibt der Abbruch jedoch straffrei. Dazu gehört beispielsweise ein Abbruch, der innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen vorgenommen wird und dem ein verpflichtendes Beratungsgespräch vorausgegangen ist. Letzteres muss mindestens drei Tage zurückliegen, um sicherzustellen, dass die schwangere Person keine »überstürzte Entscheidung« trifft, wie es auf der Internetseite des Bundesministeriums für Justiz (BMJ) heißt. Weiterhin straffrei bleibt ein Schwangerschaftsabbruch bei Gesundheitsgefährdung oder kriminologischer Indikation.

Die meisten Abtreibungen finden bis zur zwölften Schwangerschaftswoche auf Grundlage der oben genannten Beratungsregelung statt. Nach Zahlen des Statistischen Bundesamtes war seit 2020 zunächst ein rückläufiger Trend zu verzeichnen. Neuere Zahlen zu Schwangerschaftsabbrüchen aus dem Jahr 2022 deuten jedoch darauf hin, dass die vergleichsweise niedrigeren Abbruchraten in den Jahren 2020 und insbesondere 2021 vermutlich auf die COVID-Pandemie und den damit verbundenen erschwerten Zugang zu Beratung und medizinischer Versorgung zurückzuführen sind. Umfassende wissenschaftliche Untersuchungen stehen jedoch noch aus.

Lebensumstände entscheidend

Trotz der kontrovers geführten Diskussionen und der relativ stabilen Inanspruchnahme von Abbrüchen durch schwangere Personen, ist die empirische Evidenz zu Abtreibung im

Zusammenhang mit individuellen Lebensumständen eher schwach. Eine im Jahr 2021 veröffentlichte Studie hat sich dieser Fragestellung angenommen. Auf Basis einer deutschlandweiten Panelstudie (pairfam – »Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics«) werden die sozioökonomischen Lebenslagen untersucht, unter denen sich schwangere Personen für einen Abbruch entscheiden. Eine Besonderheit der Studie besteht darin, dass nicht nur Frauen, sondern auch Männer untersucht werden, deren Partnerin einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen hat, da eine solche Entscheidung häufig im partnerschaftlichen Kontext getroffen wird. Die Studie zeigt, dass die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch deutlich von den individuellen Lebensumständen beeinflusst wird. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass insbesondere schwangere Personen unter 18 Jahren sowie über 35-Jährige eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen Schwangerschaftsabbruch aufweisen. Darüber hinaus zeigt sich, dass Frauen, die sich in schulischer oder beruflicher Ausbildung befinden, bereits Kinder haben, wirtschaftliche und finanzielle Nöte haben oder vor kurzem eine Partnerschaft beendet haben, häufiger einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Die Gründe, die Männer für einen Schwangerschaftsabbruch ihrer Partnerin angeben, decken sich weitgehend mit denen der Frauen.

Ausblick

Die Studie belegt, dass die Gründe für Schwangerschaftsabbrüche anhand von Fertilitätstheorien empirisch modellierbar und nachvollziehbar sind. Von einer »überstürzten Entscheidung« von der auf der Internetseite des BMJ die Rede ist, kann basierend auf den vorgelegten Ergebnissen nicht ausgegangen werden. Das Abtreibungsrecht gleichwohl schränkt durch die grundsätzliche Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs, die Beratungspflicht und die zusätzliche Wartezeit vor einem Abbruch die selbstbestimmte Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch einer Schwangerschaft erheblich ein. Die Sinnhaftigkeit dieser rigiden Regelung kann unter Hinzunahme der präsentierten Studie in Frage gestellt werden.

Literatur bei der Verfasserin

DR. LARA MINKUS, Europa-Universität Flensburg, Auf dem Campus 1b, 24943 Flensburg, E-Mail: lara.minkus@uni-flensburg.de, Internet: www.laraminkus.com

SANDRA PAPE, SANDRA SURREY

Niedersächsischer Gesundheitspreis 2024 Neue Bewerbungsphase startet!

Der Niedersächsische Gesundheitspreis geht in die nächste Runde: Bereits zum vierzehnten Mal schreiben das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung sowie das Niedersächsische Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Bauen und Digitalisierung, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen und die Apothekerkammer Niedersachsen den Niedersächsischen Gesundheitspreis aus. Gesucht werden Beispiele guter Praxis aus Niedersachsen in den folgenden Preiskategorien:



1. Aktiv für Gesundheit und Klima

Gesundheit und Wohlergehen ist erklärtes Ziel der Vereinten Nationen für eine nachhaltige Entwicklung. Gesundheit und Nachhaltigkeit sind untrennbar miteinander verbunden. Dies wird durch die Zunahme der Erderwärmung und den Klimawandel deutlich, welche eine stärkere Gefährdung der Gesundheit durch Hitzeperioden oder die Ausbreitung von Krankheitserregern bedeuten. Maßnahmen zum Klimaschutz können sich daher auch positiv auf die Gesundheit auswirken. In dieser Preiskategorie werden Projekte prämiert, die einen direkten positiven Einfluss auf die Gesundheit haben sowie sich aktiv für Klimaschutz und -anpassung in Gesundheits-, Pflege- und Bildungseinrichtungen, Kommunen und Quartieren einsetzen.

2. Gesundheitsberufe attraktiv gestalten

Niedersachsenweit arbeiten rund 700.000 Menschen im Gesundheitswesen – das entspricht 16,6 Prozent der Erwerbstätigen. Die vielschichtige Arbeit in Gesundheitsberufen ist essenziell für die Gesunderhaltung der Bevölkerung, jedoch sind bereits heute viele Stellen im Gesundheitswesen vakant. Die Arbeitsbedingungen sind geprägt durch Zeitdruck sowie psychische und körperliche Belastungen. Einhergehend mit einer geringen Wertschätzung der geleisteten Arbeit, scheiden immer mehr Mitarbeitende aus den Gesundheitsberufen frühzeitig aus oder ergreifen andere Berufe. In dieser Preiskategorie werden daher Projekte und Ansätze ausgezeichnet, die dazu beitragen, Gesundheitsberufe attraktiver und gesundheitsförderlicher zu gestalten, Nachwuchskräfte zu gewinnen und Fachkräfte langfristig im Gesundheitswesen zu halten.

3. Digital Health – Innovative Lösungen in der Gesundheitsversorgung

Die digitale Transformation bietet auch im Gesundheitswesen ein enormes Potential. Durch den Einsatz von digitalen Technologien und innovativen Produkten lässt sich die Gesundheitsversorgung effizienter und wirkungsvoller gestalten. Künstliche Intelligenz, Robotik, Telemedizin und Telemonitoring nehmen hier eine zukunftsweisende Rolle ein. Sie kommen in den Bereichen Diagnostik, Behandlung und Pflege zum Einsatz. Darüber hinaus können digitale Lösungen einen Beitrag für Prävention und Gesundheitsförderung leisten sowie Nutzerinnen und Nutzern in ihrer Kompetenz und Handlungsfähigkeit stärken. In der Preiskategorie Digital Health werden Projekte prämiert, die mittels kreativer,

digitaler Lösungen die Gesundheitsversorgung optimieren und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung fördern. Bis zum 31. Juli 2024 sind Verbände, Institutionen, Initiativen, Unternehmen und Fachleute aus der Gesundheitsversorgung und -förderung sowie aus dem Feld Digital Health herzlich eingeladen, Projekte online einzureichen.

Das Bewerbungsformular, die Teilnahmebedingungen sowie weitere Informationen finden Sie unter www.gesundheitspreis-niedersachsen.de. Bewerben Sie sich jetzt und gewinnen Sie 5.000 Euro für Ihr Projekt!

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum

SYBILL SCHULZ, THEDA BORDE

Empowerment für Diversität Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung

Gesundheit als Menschenrecht

Gesundheit bildet die Basis für gesellschaftliche Teilhabe und Zusammenhalt. Zudem beeinflusst das Gesundheitssystem in hohem Maß die Entwicklung unserer Gesellschaft. Bei Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte sind verschiedene Zugangsbarrieren in der Gesundheitsversorgung wirksam: Sie erhalten eine schlechtere Versorgungsqualität und haben insgesamt schlechtere Gesundheitschancen als Menschen ohne Migrations- und Fluchtgeschichte. Zugleich wissen wir, dass institutioneller und interpersonaler Rassismus gegenüber Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte sowie gegenüber Black, Indigenous, and People of Color (BIPOC) sich negativ auf die Versorgungsqualität auswirkt, zu Fehlbehandlungen, Ausschlüssen, Vertrauensverlust führt und die Gesundheit negativ beeinflusst. Aspekte der Diversität der Gesellschaft werden auch im Kontext der Frauengesundheit bisher weder in der Versorgungsforschung noch in der Versorgungspraxis angemessen berücksichtigt.

»Empowerment für Diversität – Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung« ist ein an der Klinik für Gynäkologie der Charité Universitätsmedizin Berlin angesiedeltes praxisbezogenes Projekt, welches von der Stiftung Mercator gefördert wird. Das Projekt hat zum Ziel, bestehende Rassismen und Diskriminierungsrisiken in den Strukturen von Institutionen der Gesundheitsversorgung durch entsprechende (Weiter)Qualifizierung und Sensibilisierung von Gesundheitsfachkräften abzubauen und der ungerechten Verteilung von Gesundheitschancen entgegenzuwirken. Der Fokus wird zugleich auf institutioneller und interpersonaler Ebene von Rassismen, Exklusionsmechanismen und intersektionalen Diskriminierungsformen gelegt. Zudem wird eine bundesweite Allianz von Akteur:innen im Gesundheitswesen, in Politik, Forschung, Migrant:innen- und Self-Empowerment-Organisationen aufgebaut, um gemeinsam strukturelle Veränderungen und eine nachhaltige Wirkung gegen Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung zu erreichen. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit werden politische Entscheidungsträger:innen und Akteur:innen in der Gesundheitsversorgung sowie die Allgemeinbevölkerung für Rassismen und Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen und deren Ab-



bau sensibilisiert und in die Allianz einbezogen. Der intersektionale Projektansatz dient dazu, Mehrfachdiskriminierung durch weitere Benachteiligungen aufgrund von zum Beispiel Alter, Gender, Religion/Weltanschauung, sozialem Status et cetera zu erkennen und Maßnahmen daran auszurichten.

Organisationsentwicklung in Frauenkliniken – gegen Rassismus und Diskriminierung

Für die partizipativ ausgerichtete Organisationsentwicklung haben anhand eines bundesweiten Ausschreibungsverfahrens interessierte Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe ihre Konzepte eingereicht, um strukturelle Veränderungsprozesse in der stationären Versorgung zu unterstützen, exkludierende und diskriminierende Mechanismen zu identifizieren und durch diversitätsorientierte, nachhaltig wirksame Maßnahmen abzubauen. Als »Empowerment Partner« wurden sieben Kliniken für die Projektteilnahme ausgewählt, dazu zählen die Frauenkliniken der GFO Kliniken Rhein Berg – Standort Bensberg, des GFO Klinikums Bonn, der Universitätsklinik Leipzig, des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Universitätsklinik Dresden, des Uniklinikums Lippe-Detmold und der Charité Universitätsmedizin Berlin. Im Fokus steht die gemeinsame Frage: »Wie können wir Diskriminierung und Rassismus in der Geburtshilfe und Gynäkologie wirksam entgegenwirken und für alle Frauen eine gleich gute Versorgung sichern?«

Frauengesundheit diversitätsorientiert denken – deutschlandweit

Im September 2023 fand die Auftaktveranstaltung des Projekts mit insgesamt 30 Initiator:innen der ausgewählten Frauenkliniken statt. In einem interaktiven Format tauschten sich die Empowerment Partner:innen erstmals über ihre Praxiserfahrungen und Anliegen zur Stärkung eines diversitätsgerechten Blickes auf die Frauengesundheit aus.

Seither wurden an verschiedenen Standorten der beteiligten Frauenkliniken Strukturen wie beispielsweise Steuerkreise in interprofessioneller Zusammensetzung von Gynäkolog:innen, Pflegekräften, Hebammen, Unternehmenskommunikation, Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsbeauftragten geschaffen. Außerdem wurden Ist-Analysen getätigt und Projektideen konkretisiert, um die spezifischen Hürden und hemmenden Einflussfaktoren zur gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Mädchen vor Ort abzubauen.

In den kommenden zwei Jahren geht es in den unterschiedlichen Kliniken (Ost und West, Stadt und Land) in die Umsetzungsphase der einzelnen Vorhaben. Ein Team der Klinik für Gynäkologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat sich zum Ziel gesetzt, ein interdisziplinär anwendbares Supervisionstools zu entwickeln, Patient:innen und medizinisches Personal zu Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen zu befragen und zugleich eine Willkommenskultur für Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte sowie BIPOC zu etablieren. Bei den weiteren Kliniken stehen Sensibilisierungs- und Fachworkshops zu diversitätssensibler Kommunikation und Sprache, Spiegelung des eigenen Verhaltens und Übermittlung von Skills bei rassistisch motiviertem Verhalten im Mittelpunkt. Alle beteiligten Kliniken vereint der Vorsatz zur Verständigung auf Augenhöhe. So sind zum Beispiel die zuverlässige Etablierung qualifizierter Sprachmittlungsdienste und fachspezifischer Übersetzungsprogramme, ein Gebärdendolmetsch-Service, die Mehrsprachigkeit von Infomaterial und Videos sowie mehrsprachige Kreißsaalführungen vorgesehen. Ferner ist die Vernetzung mit relevanten Akteur:innen vor Ort, die im Kontext einer diversitätsgerechteren Gesundheitsversorgung bereits aktiv sind, geplant.

Wir hoffen auf eine spannende und lehrreiche Zeit mit unseren Empowerment Partner:innen im Projekt »Empowerment für Diversität – Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung«.

Literatur bei den Verfasser:innen

Prof. Dr. Theda Borde, Sybill Schulz, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Gynäkologie, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Internet: <https://empowerment.charite.de>

STEPHAN KRUIP, KERSTIN SCHLÖGL-FLIERL

Klimagerechtigkeit: jetzt im Blick auf die zukünftigen Generationen

Verluste, Schäden und Belastungen, die sich aus dem Klimawandel selbst sowie aus seiner Bewältigung ergeben, bedeuten vielfach zugleich Ungleichheiten und damit Ungerechtigkeiten in drei einander überschneidenden Dimensionen. Dies gilt sowohl zwischen sozialen Gruppen innerhalb einer Gesellschaft, zwischen Staaten (Globaler Norden und Globaler Süden) sowie zwischen Menschen unterschiedlicher Generationen (den heute Lebenden und den zukünftigen Menschen). Das Konzept der Klimagerechtigkeit, das der Deutsche Ethikrat verfolgt, zielt darauf ab, die Verteilung von Lasten und Pflichten so zu gestalten, dass Mindestvoraussetzungen für ein gutes, gelingendes Leben für alle, das heißt für die jetzt Lebenden als auch die zukünftigen Generationen, gewährleistet sind. Dabei sollen in nationalen und internationalen Aushandlungsprozessen Schwellenwerte in Bereichen wie Ernährung oder Gesundheit definiert werden, zu denen die schlechter Gestellten befähigt und zu deren nicht grenzenloser Überschreitung die besser Gestellten verpflichtet werden. Im Grunde geht es darum, die Frage nach dem guten Leben und somit nach einer guten Lebensweise im Blick auf die zukünftigen Generationen zu stellen. Das trifft uns alle. Alle Klimaschutzmaßnahmen sollen in einem politischen Gesamtkonzept so miteinander verzahnt sein, dass unsere Verpflichtungen aus der Pariser Klimakonvention möglichst ge-

recht erfüllt werden. Menschen, deren Versorgung bestimmte Schwellenwerte bisher nicht erreicht haben, sollten dabei besonders berücksichtigt, also priorisiert werden. Geeignet erscheint dafür zum Beispiel die Verbindung einer spürbaren CO₂-Bepreisung mit dem ausgleichenden Effekt einer pauschalen Pro-Kopf-Rückvergütung der damit eingenommenen Beträge (»Klimageld«).

Aufgrund der unterschiedlichen Gerechtigkeitsproblematiken ist die Frage der Verantwortung nicht immer leicht zu adressieren: Wer ist wofür verantwortlich, wenn die Schäden und Verluste in anderen Weltregionen sichtbar sind? Welche Rolle kommt Deutschland zu, wenn man die historischen Emissionen miteinberechnet? Was kann der/die Einzelne überhaupt tun? Der weit verbreitete Fokus auf die Verantwortung von Einzelpersonen wird von den Mitgliedern des Deutschen Ethikrates kritisiert: Der Staat habe die Aufgabe für politische Rahmenbedingungen und eine gerechte Verteilung von Verantwortlichkeiten und müsse dabei zum Beispiel Unternehmen stärker in die Pflicht nehmen, um klimafreundliches Handeln überhaupt erst zu ermöglichen. Es darf kein moralisches Heldentum von Einzelnen bei der Umsetzung von Klimaschutzmaßnahmen erforderlich sein. Dennoch liegt es in der moralischen Verantwortung eines jeden Menschen, zum Klimaschutz beizutragen, indem er die eigene Lebensweise ändert. Der Deutsche Ethikrat spricht hier von moralischer Mitwirkungspflicht. Alle Klimaschutzmaßnahmen sind aus Gründen der intergenerationellen Gerechtigkeit so schnell wie möglich zu ergreifen – ein Abwarten, Hinhalten und Hinauszögern sei ethisch nicht zu rechtfertigen.

Der Ethikrat betont die besondere Verantwortung der Medien für einen konstruktiven, lösungsorientierten Diskurs zum Klimawandel. Sachlich kaum fundierten Zweifeln, Ausweichstrategien und Pseudolösungen sollte nicht zu viel Aufmerksamkeit gewidmet werden. Alle möglichen technologischen Lösungen sollen vor allem hinsichtlich der Auswirkungen auf die zukünftigen Generationen beurteilt werden. Da der Klimawandel nicht allein auf nationaler Ebene bewältigt werden kann, muss auch auf internationaler Ebene effektiver gegen die Klimaerwärmung vorgegangen werden. Deutschland sollte deshalb alle diplomatischen Möglichkeiten nutzen, um wirksame Klima-Abkommen zu erreichen.

Alle gesellschaftlichen und politischen Ebenen müssen sich anstrengen, geeignete konkrete Verteilungsregeln und ein wirksames und effizientes Vorgehen zu finden, denn eine voranschreitende Erderwärmung würde viel höhere Gerechtigkeitsprobleme nach sich ziehen. Dazu werden im Rahmen der prozeduralen Gerechtigkeit auch politische Partizipationsmöglichkeiten vorgeschlagen (zum Beispiel die Absenkung des Wahlalters). Hierin muss der politische Wille zum forcieren Eintreten für den Klimaschutz sichtbar werden.

Literatur bei den Verfasser:innen

STEPHAN KRUIP, Mukoviszidose e.V., In den Dauen 6, 53117 Bonn,
E-Mail: info@kruip.info, Internet: www.kruip.info

KERSTIN SCHLÖGL-FLIERL, Universität Augsburg –
Lehrstuhl für Moraltheologie, Universitätsstr. 10 86159 Augsburg,
E-Mail: kerstin.schloegl-flierl@kthf.uni-augsburg.de,
Internet: www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/kthf/lehrstuhle-professuren/
moraltheologie/

MARIA HELLBAUM, MARTIN SCHUMACHER

Niedersächsischer Ideenwettbewerb für Projekte zur Vermeidung und Überwindung von Einsamkeit

Das Land Niedersachsen hat mit einem Ideenwettbewerb die Öffentlichkeitskampagne »GEMEINSAM nicht einsam« gestartet. Ziel der Kampagne ist es, Maßnahmen zur Prävention und Überwindung von Einsamkeit zu identifizieren und mit Akteur:innen in Niedersachsen zu diskutieren sowie die Entwicklung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen anzustoßen. Die Landesregierung setzt damit den im März 2024 vom Niedersächsischen Landtag verabschiedeten Entschluss »Gemeinsam statt einsam: Gemeinschaft stärken – landesweite Strategie gegen Einsamkeit entwickeln« um.

Einsamkeit und ihre gesundheitlichen Folgen

Einsamkeit ist ein wachsendes gesellschaftliches Problem mit vielerlei Ursachen. Die Maßnahmen im Rahmen der Coronapandemie, etwa die #StayAtHome-Kampagne und Kontaktbeschränkungen, haben bei vielen Menschen ein Gefühl der Einsamkeit verstärkt. Nicht nur ältere, sondern auch jüngere Menschen leiden zunehmend unter Einsamkeit – selbst, wenn sie in Familien leben. Einsamkeit ist für Betroffene äußerst belastend und schwer zu ertragen. Obwohl Einsamkeit keine psychische Erkrankung ist, kann sie schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben. Sie kann die Entstehung oder den Verlauf von Infektionskrankheiten, Krebs und sogar Demenz begünstigen. Fehlende soziale Kontakte und Anregungen können die Gehirnfunktionen beeinträchtigen.

Überwindung der Einsamkeit

Um Einsamkeit zu überwinden, müssen Betroffene ihre Isolation durchbrechen. Dafür können gestärkte familiäre Strukturen, neue Kontakte durch gemeinsame Interessen oder das Engagement in einem Ehrenamt hilfreich sein. Auch ein frühzeitiges Ansprechen von gefährdeten Personen durch das Umfeld kann Einsamkeit vorbeugen. Es braucht ein breites Angebot an Möglichkeiten, um Einsamkeit vorzubeugen und zu überwinden – sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene.

Der Ideenwettbewerb

Um dieses Angebot an Möglichkeiten sichtbar zu machen, wurde der Ideenwettbewerb »GEMEINSAM nicht einsam« am 24. April 2024 mit einer digitalen Auftaktveranstaltung gestartet. Gesucht werden Projekte, Ideen und Initiativen, die in Niedersachsen durchgeführt werden und geeignet sind, von Einsamkeit betroffenen Menschen zu helfen, den Weg aus der Isolation zu finden, oder eine drohende Einsamkeit abzuwenden. Niedersächsische Kommunen ebenso wie Verbände, Initiativen und Vereine (beispielsweise Mehrgenerationenhäuser, Freiwilligenagenturen, Nachbarschaftsinitiativen) können Projektideen einreichen, die geeignet sind, Betroffenen hierbei zu helfen oder sie zu unterstützen.

Das Projekt, die Initiative, die Aktivität

- » soll zur Nachahmung anregen,
- » soll möglichst nachhaltig sein,
- » soll insbesondere familienbezogene beziehungsweise ergänzende Maßnahmen anregen,



Einsamkeitsbarometer 2024
<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/einsamkeitsbarometer-2024-237576>

- » soll auch Menschen mit Behinderung integrieren,
 - » soll auch Menschen mit Migrationshintergrund oder sozialer Benachteiligung ansprechen,
 - » kann auch von örtlichen Vereinen, Gruppen, Schulen oder Einrichtungen des Gemeinwesens getragen werden und
 - » kann auch generationenübergreifend stattfinden.
- Ausgeschlossen sind Vorschläge für Pflichtaufgaben der jeweiligen Akteur:innen.

Der Ideenwettbewerb wird vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung ausgeschrieben. Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. ist für die Koordination und Organisation zuständig. Das Preisgeld beträgt insgesamt 20.000 Euro und wird zu jeweils 10.000 Euro auf zwei Preiskategorien aufgeteilt: Niedersächsische Kommunen einerseits und Verbände, Initiativen und Vereine andererseits. Die drei besten Projekte je Kategorie werden prämiert. Die beiden ersten Plätze in den jeweiligen Kategorien erhalten 5.000 Euro und die weiteren Plätze jeweils 3.000 Euro und 2.000 Euro. Bewerbungen werden bis zum 15. August 2024 entgegengenommen. Weitere Informationen und der Teilnahmebogen finden sich unter www.ms.niedersachsen.de

Literatur bei Verfasser:innen, Anschrift siehe Impressum

DAGMAR HERTLE

Zu viel Technik, zu wenig Beratung in der Schwangerenvorsorge

Das Patientenrechtegesetz sieht vor, dass Nutzen und Risiken von Untersuchungen gut abgewogen und mit den Betroffenen besprochen werden müssen, insbesondere wenn Screening-Untersuchungen bei gesunden Menschen durchgeführt werden sollen. Das trifft auch auf die Vorsorge in der Schwangerschaft zu, für die die Mutterschafts-Richtlinien (MuRiLi) Beratungsleistungen und Vorsorgeuntersuchungen festlegen. So können bei gesunden Schwangeren mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf drei Screening-Ultraschall-Untersuchungen durchgeführt werden. Was darüber hinausgeht, braucht eine spezielle medizinische Begründung, da die Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlen verbietet, Föten Ultraschallwellen zu nicht

medizinischen Zwecken auszusetzen. Kardiotokografische Untersuchungen (CTGs) in der Schwangerschaft bedürfen grundsätzlich einer Indikation und sollen ohne den in den Mutterschafts-Richtlinien definierten besonderen Überwachungsbedarf überhaupt nicht durchgeführt werden. So steht es auch in der entsprechenden Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF).

Zu viele Ultraschalluntersuchungen und CTGs ohne medizinischen Grund

Befragungen von Müttern haben wiederholt gezeigt, dass auch bei gesunden Schwangeren mit unkompliziertem Schwangerschaftsverlauf häufig CTGs sowie mehr als drei Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden. Eine 2023 durchgeführte Befragung von Versicherten der BARMER ergab erneut, dass gesunde Frauen mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf fast genauso oft mit Ultraschall und CTGs untersucht wurden wie Schwangere mit erhöhtem Überwachungsbedarf: Sie erhielten durchschnittlich sechs Ultraschalluntersuchungen und fünf CTGs. Der weit verbreitete Glaube, zusätzliche Untersuchungen könnten nicht schaden, sondern würden zu einem erhöhten Maß an Sicherheit führen, ist dabei falsch. Nicht notwendige Untersuchungen bergen die Gefahr falsch positiver Befunde, die zu mehr und teilweise mit Risiken behafteten Eingriffen führen, wie zum Beispiel Geburtseinleitungen oder Kaiserschnitten. Die betroffenen Frauen durchlaufen nicht selten Phasen großer Sorge und mit vielen Ängsten, bis sich ein Fehlalarm aufklärt. Die Vorschriften der MuRiLi an dieser Stelle einzuhalten, ist also im Sinne einer guten Versorgung der Schwangeren und führt zu besseren Outcomes. Dies gilt es auch gegenüber den Schwangeren zu kommunizieren.

Zu wenig Information und Beratung

Bei der Information und Beratung zeigen sich jedoch große Defizite. In der oben genannten Studie gaben 93 Prozent der Befragten an, sie seien davon ausgegangen, die durchgeführten CTGs wären obligater Bestandteil der Vorsorge, bedürften also keiner weiteren Begründung; knapp 40 Prozent gaben dies für zusätzliche Ultraschalluntersuchungen an. Auch Nutzen und Risiken wurden oft nicht mitgeteilt, manchen Frauen wurde sogar gesagt, diese Untersuchungen hätten keine Nachteile. Dabei handelte es sich ausschließlich um Frauen ohne besonderen Überwachungsbedarf, bei denen diese Untersuchungen ausdrücklich nicht durchgeführt werden sollen, weil sie mehr schaden können als nützen. Auch andere obligate Beratungsleistungen kamen zu kurz. So gaben zum Beispiel knapp 26 Prozent der Frauen an, nicht zu HIV-Infektionen und 15 Prozent nicht zu Ernährungsfragen beraten worden zu sein.

Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die MuRiLi trotz ihres verbindlichen Charakters zu oft nicht eingehalten werden. Die vielfach zu hörende Aussage, die Schwangeren selbst würden die vielen Untersuchungen wünschen, ist nicht haltbar, denn gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass die Betroffenen über den Inhalt der Vorsorge sowie Nutzen und Risiken nicht ausreichend informiert wurden. Ohne entsprechende Aufklärung haben Schwangere kaum eine Grundlage für eine informierte Entscheidung. Somit findet sich in der aktuellen Versorgung von Schwangeren sowohl eine Über-

als auch Unterversorgung. Beides muss als Qualitätsdefizit eingestuft werden. Die verantwortlichen Institutionen (Kassenärztliche Vereinigungen und Gemeinsamer Bundesausschuss) sind gehalten, sich um die Behebung dieser als erheblich zu bezeichnenden Qualitätsmängel zu kümmern. Alle Studien und Auswertungen des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung rund um Schwangerschaft und Geburt finden Sie unter www.bifg.de.

Literatur bei der Verfasserin

DR. MED. DAGMAR HERTLE, BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, bifg und Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e.V.), E-Mail: dagmar.hertle@barmer.de, Internet: www.akf-info.de

NASTAZJA KRUSZEWSKI

Projektstart »Gemeinsam gesund essen – miteinander gesund alt werden: Förderung einer selbstbestimmten und gesundheitsförderlichen Ernährung mit Tagesgästen/ Bewohner:innen in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen«

Wie wollen wir gepflegt werden, wenn wir selbst irgendwann in einer Pflegeeinrichtung leben? Werden unsere Lieblingsgerichte auf dem Speiseplan stehen? Wird uns das Essen schmecken? Wie können wir uns dann noch einbringen, wenn wir wollen? Oder wird einfach (nicht) gegessen, was auf den Tisch kommt?

Ernährung im Pflegesetting

Es ist nur ein Bruchteil an Fragen, die wir uns stellen können, wenn wir an Ernährung in Pflegeeinrichtungen denken. Genussvoll essen und trinken zu können, sind elementare Bedürfnisse eines jeden Menschen. In der Verpflegung von Menschen in der (teil-)stationären Pflege bestehen dabei verschiedenste Herausforderungen. In die Gestaltung der Verpflegung fließen viele Aspekte, basierend auf Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohner:innen und Tagesgäste, individuellen Wünschen und vorgegebenen Rahmenbedingungen, zusammen. In Niedersachsen leben über 100.000 Menschen in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen. Die Verpflegung strukturiert dabei den Tagesablauf und ist ein wichtiger Bestandteil, um Menschen zusammenzubringen und Teilhabe erlebbar zu machen. Ernährung kann das Wohlbefinden fördern und die Gesundheit positiv beeinflussen. Laut Präventionsbericht 2023 sind Maßnahmen im Bereich Ernährung, die diese Aspekte berücksichtigen, jedoch weiterhin unterrepräsentiert.

Mehr als nur satt werden

Ernährung ist mehr als die bloße Nahrungsaufnahme. Bei der Auswahl der Lebensmittel sollten verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. So sollten einerseits etwa die Essbiografien der Bewohner:innen und Tagesgäste einbezogen werden. Das bedeutet zu erfahren: Welche Bedeutung hat Ernährung für diese Person? Was sind ihre Lieblingsgerichte? Was mag sie nicht so gern? Was isst die Person am liebsten zum



Frühstück/Mittag/Abendessen und zwischendurch? Diese Fragen können oder sollten so oder ähnlich mit den Bewohner:innen und Tagesgästen zu Beginn besprochen werden. Andererseits gilt es, unterschiedliche Erkrankungen bei der Verpflegung zu berücksichtigen, wie etwa Demenz oder Kau- und Schluckstörungen. Zu beachten sind auch unterschiedliche Kalorienbedarfe und die ausreichende Zufuhr mit Nährstoffen. Bei der Gestaltung der Verpflegung spielen ferner auch die Gestaltung der Essumgebung, inwiefern Partizipation möglich ist und die Kommunikation drumherum eine Rolle. Auf unterschiedlichen Ebenen trägt Ernährung daher zur Gesundheitsförderung und Prävention bei.

Projektstart in Niedersachsen

Seit Anfang des Jahres gibt es ein neues Projekt, finanziert von der Pflegekasse der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), mit einer Laufzeit bis Ende 2026, welches die Verpflegungssituation in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in den Fokus stellt. Zusammen mit fünf (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen aus Niedersachsen wird vor Ort die Verpflegungssituation unter die Lupe genommen. Gemeinsam mit Bewohner:innen und Tagesgästen sollen alle an der Verpflegung Beteiligten analysieren und entscheiden, wie die Verpflegung (um)gestaltet werden kann. Das kann einerseits bedeuten, dass zum Beispiel der Speiseplan genauer überprüft wird, (mehr) Lieblingsgerichte der Bewohner:innen und Tagesgäste hinsichtlich ihrer Nährstoffe optimiert und in den Speiseplan eingebaut werden oder, dass Bewohner:innen und Tagesgäste verschiedene Angebote rund um das Thema Ernährung erleben können. Ziel ist es, die Erkenntnisse in individuellen Verpflegungskonzepten festzuhalten. Basis der Arbeit ist dabei der DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung mit »Essen auf Rädern« und in Senioreneinrichtungen. Bei Bedarf erfolgt eine Zusammenarbeit mit der Vernetzungsstelle Seniorenernährung Niedersachsen (DGE Sektion Niedersachsen), die die Einrichtungen mit ihrer Expertise im Bereich der Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen nach DGE-Qualitätsstandard fachlich schulen kann. Ein erster Schritt kann dabei der Speiseplan-Check des Mittagessens sein. Die im Projektverlauf gesammelten Erfahrungen sollen im Nachgang der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, sodass die Ergebnisse auch von anderen Einrichtungen als beispielgebende Impulse genutzt werden können.

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie auf unserer Homepage unter: www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/gemeinsam-gesund-essen/

Literatur bei der Verfasserin, Anschrift siehe Impressum

Kommunales

IM GESPRÄCH

Über die vergessene Dialoggruppe: Wohnungslose Frauen

Interview mit Charlotte Schmitz, Gründerin und erste Vorsitzende von LieLa e. V.

» **LVG & AFS:** Warum werden Frauen wohnungslos?

» **Charlotte Schmitz:** Die Gründe, warum Menschen wohnungslos werden, sind so unterschiedlich wie die Menschen selbst. Oft sind es Schicksalsschläge: Trennung, Jobverlust, psychische oder physische Erkrankungen, Armut. Viele Frauen erleben partner:innenschaftliche Gewalt oder Gewalt im Elternhaus und geraten so in die Wohnungslosigkeit, weil es in Deutschland an tausenden Plätzen in Frauenhäusern und Notunterkünften fehlt. Oft kommen mehrere Faktoren zusammen, zum Beispiel staatliches Versagen wie bei zu später oder fehlerhafter Bearbeitung von Anträgen und Bewilligung von Leistungen.

» **LVG & AFS:** Was ist der Unterschied zwischen Obdach- und Wohnungslosigkeit?

» **Charlotte Schmitz:** Menschen gelten als wohnungslos, wenn sie über keinen eigenen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügen. Das heißt, auch Menschen, die in Wohnheimen, Frauenhäusern oder Notunterkünften untergebracht sind, gehören dazu. Es gibt auch Menschen, die als verdeckt wohnungslos gelten, das bedeutet, dass sie zeitweise bei Familie, Freund:innen oder Bekannten unterkommen oder in der Wohnung einer Partner:in leben. Diese Situationen sind häufig von einem starken Abhängigkeitsverhältnis und/oder Gewalt geprägt. Obdachlosigkeit ist die sichtbarste Form der Wohnungslosigkeit, wenn Menschen faktisch auf der Straße oder an anderen Orten im öffentlichen Raum übernachten. Viele Menschen können ab und zu zum Beispiel in einer Notunterkunft unterkommen, was zeigt, dass die Übergänge zwischen Wohnungs- und Obdachlosigkeit stetig wechselnd oder fließend sein können.

» **LVG & AFS:** Was sind die größten Herausforderungen für Frauen in Wohnungslosigkeit?

» **Charlotte Schmitz:** Die Herausforderungen für Frauen in Wohnungslosigkeit sind vielfältig und beginnen damit, dass Mädchen und Frauen durch gesellschaftliche Raster fallen. Sie leben auf der Straße oder sind verdeckt wohnungslos. In jedem Fall ist das gesellschaftliche Stigma riesig, weil es viel zu wenig Bewusstsein und Aufklärung gibt. Personen, die im öffentlichen Raum leben und schlafen sind nicht nur den Witterungsbedingungen wie Hitze, Kälte und Nässe schutzlos ausgeliefert. Ihnen fehlt es auch an überlebenswichtigen Grundgegebenheiten. So mangelt es an öffentlichen Toiletten für Frauen, am Zugang zu Menstruationsprodukten und Trinkwasser, um nur einige Beispiele zu nennen. Eine riesige Gefahr ist zudem die Gewalt, die Frauen in Wohnungs- und Obdachlosigkeit erfahren: Körperliche, psychische und sexualisierte Gewalt, die sich aus Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen speist. Laut der Antwort des Bundesinnenministeriums auf eine Anfrage der Linken stieg die Gewaltkriminalität gegen wohnungslose Frauen von 2018 bis 2023 um 46,2 Prozent. Gleichzeitig sind Prävention und akute Unterstützung lücken-



haft. Es gibt keine frauenspezifische Sozialarbeit, keinen Drogenkonsumraum für Frauen, keine Sicherheit in den Abendstunden, wenn Frauen am meisten gefährdet sind. Hinzu kommt, dass es keinen geschützten Raum nur für Frauen gibt, der für alle wohnungs- und obdachlosen Frauen offen ist.

» **LVG & AFS:** Was ist LieLa e. V. und an welcher Stelle setzt ihr an?

» **Charlotte Schmitz:** LieLa e.V. ist ein gemeinnütziger Verein mit rund 20 Aktiven, der sich für die Anliegen wohnungs- und obdachloser Frauen einsetzt. Unser großes Ziel ist, die Einrichtung eines Schutzraums für obdach- und wohnungslose Frauen in Bremen, der das bisherige Angebot für Frauen ergänzt sowie einen Rückzugsort auch für die Nachmittags- und Abendstunden bieten kann. Um jetzt schon praktische Unterstützung zu leisten, machen wir zweiwöchentliche Aktionen, bei denen wir vor allem Kleidung und Hygieneartikel verteilen. Politisch und gesellschaftlich setzen wir uns für diese Dialoggruppe ein, sensibilisieren und schaffen Aufmerksamkeit.

» **LVG & AFS:** Welche Rolle spielt LieLa e. V. für die Frauengesundheit in Bremen?

» **Charlotte Schmitz:** Wohnungslosigkeit ist immer mit gesundheitlichen Problemen, ob physischer oder psychischer Natur, verbunden. Mit unserem direkten Support setzen wir uns aktuell dafür ein, die Lebensqualität betroffener Frauen wenigstens ein bisschen zu erhöhen. Im Winter verteilen wir warme Kleidung und Schlafsäcke, im Sommer auch Wasser. Außerdem verteilen wir regelmäßig Hygieneartikel, wie Menstruations- oder Safer-Sex-Produkte. Langfristig kann die gesundheitliche Situation von wohnungslosen Frauen aber nur durch eine nachhaltige Verbesserung ihrer Lage, das bedeutet Zugang zu Wohnraum und individuellen Unterstützungsangeboten, verbessert werden.

» **LVG & AFS:** Welche Unterstützung von Privatpersonen oder Institutionen ist für Euch hilfreich?

» **Charlotte Schmitz:** Zuerst einmal sind wir sehr dankbar, dass wir hier unsere Arbeit vorstellen dürfen und somit mehr Bewusstsein für die Probleme wohnungsloser Frauen schaffen können. Uns eine Chance zu geben, für die Situation wohnungsloser Frauen zu sensibilisieren, hilft. Unsere Arbeit trägt sich bisher ehrenamtlich und wird vor allem durch Fördermitgliedern finanziert. Daher sind wir sehr dankbar über Förderung und Engagement in unserem großartigen Team.

» **LVG & AFS:** Vielen Dank für das Gespräch.

GRETA-MARLEEN STORATH

»Ich pflege wieder, weil ...« Modellprojekt für Pflegekräfte und Hebammen

Die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus sind geprägt durch hohe psychische und physische Belastungen, Zeitdruck, verdichtetes Arbeiten, unzuverlässige Dienstpläne und eine schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Der Fachkräftemangel verschärft all diese Probleme noch und wirft die Frage auf: Wo kann das dringend benötigte Personal herkommen?

Fachkräftemangel in der Pflege und Geburtshilfe

Die bundesweite Studie »Ich pflege wieder, wenn ...« hat eine Antwort geliefert: In Deutschland könnten mindestens 300.000 zusätzliche Vollzeitkräfte zur Verfügung stehen, wenn ausgestiegene Pflegekräfte zurückkehren und Teilzeitkräfte ihre Stundenzahl aufstocken. Doch dafür braucht es konsequente und umfassende Verbesserungen der Arbeitsbedingungen: Mehr Zeit für gute Pflege, verlässliche Arbeitszeiten und wertschätzende Vorgesetzte, um nur einige Beispiele zu nennen. Auch unter den Hebammen gibt es Potenzial für mehr Fachkräfte: Laut dem Deutschen Hebammenverband arbeiten 70 Prozent der Hebammen in Teilzeit, sind außerhalb des Kreißaals tätig oder haben den Beruf ganz verlassen. Auch hier prägen hohe Arbeitsbelastungen, Zeitmangel und Personalnotstand die tägliche Arbeit mit Gebärenden und Neugeborenen.

Modellprojekt am Krankenhaus St. Joseph Stift

Doch das muss nicht so sein. Sowohl Pflegekräfte als auch Hebammen nehmen ihre Arbeit als sinnstiftend und bereichernd wahr. Viele von ihnen möchten in ihrem Beruf bleiben oder dorthin zurückkehren. Sie wollen aber Arbeitsbedingungen vorfinden, die eine bedarfsorientierte Pflege- und Hebammenarbeit ermöglichen. Vor diesem Hintergrund startete im Februar 2024 das Modellprojekt »Ich pflege wieder, weil ...« am Bremer Krankenhaus St. Joseph Stift. Das Projekt wurde gemeinsam von der Arbeitnehmerkammer Bremen, der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz sowie der Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration auf den Weg gebracht. Es wird mit 1,2 Millionen Euro vom Land Bremen sowie dem »Europäischen Sozialfonds Plus« gefördert. Das Modellprojekt umfasst die gesamte Geburtshilfe und läuft vier Jahre. In dieser Zeit werden konkrete betriebliche Maßnahmen umgesetzt, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und das vorhandene Personal zu entlasten. Dadurch sollen nicht nur Teilzeitkräfte motiviert werden, ihre Stunden zu erhöhen. Auch ausgestiegene Pflegekräfte und Hebammen sollen dadurch zurückgewonnen werden – denn schon jetzt sind Stellen auf den betreffenden Stationen nicht besetzt, durch einen im Projekt angestrebten besseren Personalschlüssel kommen weitere offene Stellen hinzu.

Ein Gesamtpaket, das signalisiert: Wir meinen es ernst!

Das Modellprojekt besteht aus verschiedenen Teilprojekten: Gemeinsam mit den Beschäftigten und der Mitarbeitendenvertretung werden Dienstvereinbarungen zur Personalbemes-

sung und zum Ausfallmanagement erarbeitet. Diese sollen eine gute und bedarfsorientierte Personalausstattung betrieblich verankern und durch flankierende Maßnahmen sicherstellen. Außerdem sorgen strukturierte Ausfallkonzepte für verlässlichere Arbeitszeiten und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Neben Schulungs- und Vernetzungsangeboten für Leitungskräfte soll es auch eine regelmäßige kollegiale Beratung und Supervision geben. Auch ein umfassendes Onboarding-Programm ist geplant, um die Einarbeitung von Neu- und Wiedereinsteiger:innen gut zu begleiten. Alle Maßnahmen werden gemeinsam mit den Beschäftigten erarbeitet und auf ihre Bedarfe und Wünsche angepasst.

Best-Practice-Konzepte für andere Einrichtungen und Signal an die Politik

Am Ende der vierjährigen Projektlaufzeit sollen die Veränderungen erfolgreich umgesetzt und betrieblich verankert sein. Um das zu prüfen, wird das Projekt jährlich von der Arbeitnehmerkammer Bremen evaluiert. Damit soll nicht nur der Erfolg des Modellprojektes gemessen werden. Es geht auch darum, Konzepte zu erarbeiten, die auf andere Einrichtungen und Pflegesettings übertragen werden können. So sollen substanzielle und nachhaltige Veränderungen in der Praxis angestoßen werden, welche die Pflege und die Hebammenarbeit aufwerten und damit insbesondere die Arbeitsbedingungen von Frauen verbessern. Am Ende braucht es dafür nicht nur den Veränderungswillen auf betrieblicher Ebene, sondern entsprechende politische Rahmenbedingungen und Finanzierungsmöglichkeiten. Die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt setzen damit wichtige Impulse und Forderungen für die Landes- und Bundespolitik.

Literatur bei der Verfasserin

GRETA-MARLEEN STORATH, ELKE HEYDUCK, Arbeitnehmerkammer Bremen, Bürgerstraße 1, 28195 Bremen, E-Mail: heyduck@arbeitnehmerkammer.de

ANNETTE REISENWEBER, HEIKE SCHIFFLING

HebammenZentren in Bremen – ein Weg zu Chancengleichheit in der ambulanten Hebammenversorgung

Alle Frauen haben rund um die Geburt eines Kindes den gesetzlichen Anspruch auf Hebammenhilfe. Hebammenleistungen umfassen hierbei die Betreuung während der gesamten Schwangerschaft, bei der Geburt und bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres. Im Bundesland Bremen wurde jedoch bereits im Jahr 2017 im Rahmen eines Monitorings aufgezeigt, dass es ein großes Gefälle in der Hebammenversorgung in den Stadtgebieten gibt. Besonders auffällig ist die Verteilung im Wochenbett. In den besser gestellten Stadtteilen von Bremen werden rund 90 Prozent der Frauen im Wochenbett von einer Hebamme versorgt. Im Gegensatz dazu werden nur knapp über 30 Prozent der Frauen in den benachteiligten Stadtteilen nach der Geburt betreut. Abzüglich der rund 20 Prozent, die keine Nachsorge-Hebamme wünschen, bleiben immer noch 50 Prozent der Frauen ungewollt unversorgt. Vor diesem Hintergrund ging in Bremen im September 2022 mit dem ersten HebammenZentrum ein deutschlandweites Pilotprojekt an den Start. Aus einem Arbeitskreis mit

dem Hebammenlandesverband Bremen, der Zentralstelle der Landesfrauenbeauftragten und der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz wuchs die Idee, in diesen Stadtgebieten eine niedrigschwellige, wohnortnahe Hebammenversorgung aufzubauen. Im August 2019 wurde das Thema im Koalitionsvertrag der Landesregierung aufgenommen. Mit Mitteln aus dem Haushalt der Senatorin sollen insgesamt fünf HebammenZentren in Quartieren mit einer starken Unterversorgung entstehen. Das Konzept kann dabei nur umgesetzt werden, wenn die Zentren gleichzeitig auch ein attraktives, neues Arbeitsfeld für Hebammen sind.

Gemeinsam stark: Die Besonderheiten eines Hebammenzentrums

Die HebammenZentren bilden ein niedrigschwelliges, dezentrales Versorgungsangebot im Stadtteil. Die finanziellen Haushaltsmittel des Landes Bremen gehen als Zuwendung an einen Träger. Bisher gibt es für die drei bestehenden HebammenZentren einen Träger: die Hans-Wendt-Stiftung. Sie sorgt für die Infrastruktur vor Ort: die Anstellung einer koordinierenden Person und einer Teamassistentin, die Anmietung von Räumen sowie die Anschaffung der Ausstattung. Die Angebote für die Frauen und Familien erbringen freiberufliche Hebammen. Nur diese können Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen. Der Vorteil der HebammenZentren ist, dass den Hebammen ein Großteil der administrativen Tätigkeiten von der Koordinatorin und der Teamassistentin abgenommen werden. Damit gewinnt die Hebamme Zeit für ihre originäre Tätigkeit. Die Hebammen eines Zentrums arbeiten als Team zusammen. Das teamorientierte Arbeiten ist ein wesentliches Merkmal: Die Versorgung wird geteilt. Die Schwangere hat dadurch zwar nicht mehr nur eine Ansprechperson, aber der Vorteil ist, dass die Vertretung in Abwesenheit gesichert ist. Durch die Koordinatorin wird ein Dienstplan erstellt, mit geregelten freien Wochenenden und Urlauben. Die Hebammen arbeiten nach einem gemeinsamen Qualitätsstandard und sprechen dadurch eine gemeinsame Sprache gegenüber den Betreuten. Sie dokumentieren digital, nutzen eine gemeinsame Software. Die Hebammen der Zentren sind alle Gesellschafter:innen einer Partnerschaftsgesellschaft – die rechtliche Voraussetzung der Tätigkeit im Hebammenzentrum. Im Haftungsfall ist nur durch diese Rechtsform eine klare Trennung der Verantwortlichkeiten möglich. Die Hebammen verpflichten sich auch damit, ihre gesamte freiberufliche Arbeit im Hebammenzentrum zu leisten. Eine Anstellung in einer Klinik nebenbei ist möglich.

Baustein zum Aufbau einer gesunden Präventionskette

Das Angebot umfasst alle Hebammenleistungen, außer die der Betreuung bei der Geburt. Im Einzelnen sind dies kostenlose Schwangerschaftstests, Schwangerenbetreuung und -vorsorge, Sprechstunde, Wochenbettbetreuung und Kursangebote. Weiterhin gibt es eine offene Sprechstunde für alle Familien, die keine Hebammenbetreuung gefunden haben und auch nicht regulär durch das Hebammenzentrum betreut werden können. Die ersten drei Wochen nach der Geburt ist die Hebamme aufsuchend bei den Familien zu Hause. Die weitere Betreuung findet dann wieder im Hebammenzentrum statt. Die verringerte aufsuchende Tätigkeit, die kürzeren Wegezeiten durch die Versorgung von Familien innerhalb eines Quartiers und die niedrigere Arbeitsbelastung der Hebammen, die aufgrund der besseren Regeneration

durch geregelte freie Tage möglich ist, schafft mehr zeitliche Kapazitäten und ermöglicht mehr Betreuungen. Das Hebammenzentrum sieht sich als ein Baustein zum Aufbau einer gelungenen Präventionskette. Die Hebammen arbeiten eng mit den Akteur:innen im Stadtteil rund um die Geburt zusammen und binden Frauen und Familien in das bestehende Netzwerk ein.

Blick in die Zukunft

Die HebammenZentren stoßen auf eine hohe Nachfrage seitens der Familien und die verfügbaren Plätze sind rasch ausgebucht. In den drei schon bestehenden HebammenZentren werden die Kapazitäten der Betreuungen weiter ausgebaut. Außerdem wird an zusätzlichen Angeboten gearbeitet, die sich am Bedarf der Zielgruppe orientieren. Zwei weitere HebammenZentren sind in Bremerhaven und im Bremer Süden geplant.

Literatur bei den Verfasserinnen

ANNETTE REISENWEBER, Referentin bei der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, Faulenstraße 9/15, 28195 Bremen, E-Mail: annette.reisenweber@gesundheit.bremen.de

HEIKE SCHIFFLING, Koordinatorin im Hebammenzentrum West, Lindenhofstraße 43 A, 28237 Bremen, E-Mail: hschiffling@hwst.de, Internet: www.hebammenzentrum-bremen.de

ANIKA CORDES

Gesundheitslots:innen – ein Mehrwert für ALLE

In der GesundRegion Wümme-Wieste-Niederung, die naturräumlich durch die Flüsse Wümme und Wieste verbunden ist und zwischen Bremen und Hamburg liegt, haben sich die Samtgemeinden Sottrum und Fintel, die Gemeinden Scheeßel und Gyhum, der Flecken Ottersberg und die Stadt Rotenburg (Wümme) im Jahr 2007 zusammengeschlossen. Ziel der GesundRegion ist es, die Lebensqualität der Bürger:innen in der Region zu sichern und zu verbessern. Einen besonderen Stellenwert nimmt dabei das Thema Gesundheit ein. Mit dem Ziel Gesundheitsförderung und Prävention im ländlichen Raum zu stärken, wurde 2018 das Projekt »Gesunde Dörfer« entwickelt. Ziel des Vorhabens ist es, mit Hilfe von ehrenamtlichen Gesundheitslots:innen über bestehende Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention zu informieren. Zu Beginn des Jahres 2022 schulte die LVG & AFS im Rahmen eines neu entwickelten Curriculums die ersten ehrenamtlichen Gesundheitslots:innen. Mittels vier Modulen wurde an drei Wochenenden ein Überblick über die Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention, das Gesundheitssystem sowie das Thema Ehrenamt gegeben. Vorhandene Strukturen und Angebote in der GesundRegion wurden nähergebracht und gemeinsam weiter erarbeitet. Übungen zur Rollenfindung, gewaltfreien Kommunikation sowie Techniken und Fragestellungen zur Durchführung von Beratungssequenzen fanden ebenso ausreichend Platz. Nach Abschluss aller Module starteten die ehrenamtlichen Gesundheitslots:innen am 01.07.2022 in ihren Kommunen. Die Techniker Krankenkasse fördert das Projekt und steht in regelmäßigem Austausch mit der Koordinierungsstelle der »Gesunden Dörfer«, die sich um das Projektmanagement kümmert und sich kontinuierlich mit den Gesundheitslots:innen abstimmt.

Vielfältige Erfahrungen

Zu Beginn des Projektes stand, neben der gemeinsamen Team- und Rollenfindung aller Beteiligten, die Öffentlichkeitsarbeit im Vordergrund, um das Projekt und das Angebot der Gesundheitslots:innen bei den Bürger:innen und Akteur:innen in der Region bekannt zu machen. Hierbei wurden Darstellungsmöglichkeiten, wie Zeitungsartikel, Besuche bei Seniorennachmittagen, Ratssitzungen, Begegnungsstätten, Vereins-sitzungen, Besuche beim Deutschen Roten Kreuz, Sozialverband Deutschland, Praxen, Pflegediensten oder auch die Beteiligung an Märkten und Festen vor Ort genutzt. Es stellte sich heraus, dass vor allem die persönliche Vorstellung durch die Gesundheitslots:innen von großer Bedeutung ist, um Vertrauen und Nähe zu schaffen.

Die Gesundheitslots:innen erreichen vielfältige Anfragen. So konnten sie zum Beispiel bei der Vermittlung zu Fachärzt:innen und Physiotherapeut:innen unterstützen oder auch Betroffene von spezifischen Erkrankungen sowie deren Angehörige beraten und bei der Suche nach Unterstützungsangeboten und Versorgungsmöglichkeiten behilflich sein. Die Beratung und Vermittlung sind hierbei sehr individuell: von einem kurzen Telefonat bis hin zu einem oder mehreren persönlichen Gesprächen im häuslichen, vertraulichen Umfeld der betroffenen Person. Das »dörfliche Leben« bietet eine breite Vielfalt an Angeboten, welche vielen Bürger:innen nicht ausreichend bekannt ist. Diese Angebotsvielfalt wird durch die Gesundheitslots:innen sichtbar. Weiterhin können sie aber auch Bedarfe und Lücken erkennen. In diesem Fall ist die Vernetzung mit den Akteur:innen vor Ort, zum Beispiel zur Bedarfsermittlung und Entwicklung weiterer Angebote im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, ebenfalls von zentraler Bedeutung. Durch die Gewinnung von mehreren Gesundheitslots:innen mit unterschiedlicher Expertise und Erfahrung, zeigen sich verschiedene, erweiternde Blickwinkel auf. Neben dem Austausch mit den Bürger:innen, Institutionen und Akteur:innen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, empfinden die Gesundheitslots:innen auch den internen Austausch als sehr bereichernd und unterstützend.

Fazit und Ausblick

Nach zwei Jahren ist durch das Projekt »Gesunde Dörfer« ein deutlicher Mehrwert für die GesundRegion erkennbar: Die Gesundheitslots:innen sind auf einem guten Weg, die Kompetenzen der Bürger:innen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken, auf bestehende Angebote aufmerksam zu machen und eine stärkere Vernetzung der Akteur:innen herzustellen. Ein Vorteil ist, dass die Gesundheitslots:innen in der Region leben, sodass sie dadurch nahbar und auf Augenhöhe erreichbar sind. Somit ist zwischen den Bürger:innen und dem professionellen, sehr komplexen Gesundheitssystem eine Brücke mit einem leichten Zugang entstanden. Dieser vielversprechende Ansatz sollte kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Literatur bei der Verfasserin

ANKA CORDES, Samtgemeinde Fintel, Berliner Straße 3, 27389 Lauenbrück,

E-Mail-Adresse: koordination@gesundedoerfer.de,

Internet: www.gesundedoerfer.de

CHARLOTTE SCHMITZ

Pilotprojekt für mehr Partizipation: Menschen in Erwerbslosigkeit als Partner:innen für Gesundheitsförderung

In Lüchow-Dannenberg wird seit einigen Jahren gemeinsam an der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen in Erwerbslosigkeit gearbeitet. Engagiert sind das Jobcenter Lüchow-Dannenberg, Bildungsträger des Jobcenters, der Landkreis Lüchow-Dannenberg, die Kreisjugendpflege, die AOK Niedersachsen und die LVG & AFS. Zusammen wurden im Rahmen des Programms »teamw()rk für Gesundheit und Arbeit« bereits gute Angebote wie Bewegungs- oder Resilienz-kurse umgesetzt. Die Vertreter:innen der Programm-Steuerungsgruppe in Lüchow-Dannenberg initiierten bisher anhand ihrer Expertise und der Ergebnisse von punktuellen Fokusgruppen gesundheitsförderliche Maßnahmen für Erwerbslose. Nun sollen Menschen in Erwerbslosigkeit stärker in Programmentscheidungen einbezogen werden und ihre Anliegen selbst einbringen können. Dafür wurde am Standort Lüchow-Dannenberg eine Erwerbslosenvertretung in die Steuerungsgruppe integriert. Es ist ein bundesweit einmaliges Pilotprojekt, indem Erwerbslose bei Entscheidungen über Gesundheitsförderung und Prävention gleiche Entscheidungskompetenzen erlangen wie die anderen Steuerungsgruppenmitglieder. Es konnten zwei erwerbslose Personen gewonnen werden, die aus verschiedenen Lebenssituationen kommen und unterschiedlichen Alters und Geschlechts sind. Das einjährige Pilotprojekt wird evaluiert und soll bei Erfolg ver-stetigt werden. Weitere Standorte sollen für dieses Konzept gewonnen werden.

Hintergrund

Das bundesweite Programm »teamw()rk für Gesundheit und Arbeit« hat das Ziel, die Gesundheit erwerbsloser Menschen nachhaltig und systematisch zu fördern. Hierfür sollen zusammen mit den Jobcentern, Agenturen für Arbeit, Krankenkassen und Kommunen vor Ort gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen und Angebote geschaffen werden. Grundsteine des Programms sind das Schaffen niedrigschwelliger Zugänge zu gesundheitsförderlichen Angeboten und die bedarfsgerechte Ergänzung bestehender Angebote. Die LVG & AFS unterstützt die teilnehmenden Standorte in Bremen und Niedersachsen prozessbegleitend. Auf lokaler Ebene besteht an jedem Projektstandort ein Steuerungsgremium. Diesem gehören Vertreter:innen des Jobcenters, der Krankenkassen, kommunaler Einrichtungen, der LVG & AFS und weitere relevante Akteur:innen vor Ort an. Um die Angebote möglichst bedarfsorientiert und wirkungsvoll gestalten zu können, ist die Partizipation von Menschen in Erwerbslosigkeit wichtig. Hierfür braucht es die direkte Beteiligung von Erwerbslosen in den lokalen Steuerungsgruppen. Auf diesem Weg können sie die Schaffung von Angeboten unmittelbar mitgestalten.

Partizipation

Das teamw()rk-Programm leistet einen Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit und orientiert sich an den zwölf Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbands Gesundheitliche Chancengleichheit. Das beschriebene

ne Kriterium Partizipation bedeutet, dass die Zielgruppe in allen Phasen der Gesundheitsförderung – von der Bedarfserhebung, Planung, Umsetzung bis zur Bewertung – einbezogen wird. Erst wenn die Zielgruppe mitbestimmen kann und Entscheidungskompetenzen erhält, kann von tatsächlicher Partizipation gesprochen werden. Im Programm teamw()rk ist das Steuerungsgremium der Ort, an dem alle Phasen der Gesundheitsförderung vollzogen werden und dessen Mitglieder gleichermaßen Entscheidungskompetenzen besitzen. Dementsprechend werden Erwerbslose als Mitglieder der Steuerungsgruppe mit gleichwertigen Entscheidungskompetenzen etabliert.

Positive Effekte der Partizipation für Erwerbslose und die Steuerungsgruppe

Die Etablierung einer Erwerbslosenselbstvertretung bringt viele Vorteile mit sich: Es wird ein Zugang zur Dialoggruppe geschaffen, um Ideen und Vorstellungen zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen einzubringen. Die erwerbslosen Personen werden zudem befähigt, etwas für sich und ihre Dialoggruppe zu ändern. Durch die Chance, eigene Strategien zu entwickeln und zu erarbeiten, wird Autonomie gewonnen. Persönliche und die Dialoggruppe betreffende Verhältnisse werden als gestaltbar und der eigene Einfluss als relevant erlebt. Zudem werden die Selbstwirksamkeit und das Selbstbewusstsein gestärkt. Dies kann sich, dem psychosozialen Ansatz folgend, positiv auf die Gesundheit von Erwerbslosen niederschlagen. Außerdem werden Erwerbslose als Expertinnen ihres eigenen Alltags angesehen. Sie können durch ein differenziertes Verständnis ihrer Lebenslage und durch gesammelte Erfahrungen die Bedarfe und Bedürfnisse der Dialoggruppe analysieren und formulieren. Maßnahmen können dadurch noch besser an den bestehenden Bedarfen ausgerichtet werden. Zudem lassen sie sich leichter verbreiten und nachhaltiger gestalten. Gelebte und erlebte Partizipation erweitert den Spielraum für gesundheitsförderliche Entscheidungen. Durch die Zusammenarbeit mit Erwerbslosen können Synergieeffekte entstehen, welche innovative Ansätze und Ideen hervorbringen.

Literatur bei Verfasserin, Anschrift siehe Impressum

ANETTE S. DEBERTIN

Vertrauliche Spurensicherung und Beweisdokumentation – Das Netzwerk ProBeweis in Niedersachsen

Was können Betroffene von häuslicher oder sexueller Gewalt tun, die sich unsicher sind, ob sie Anzeige erstatten wollen? Die Hemmschwelle für Betroffene, in diesen Fällen die Polizei zu involvieren, ist erfahrungsgemäß sehr hoch und das Dunkelfeld entsprechend groß. Das Netzwerk ProBeweis bietet eine vertrauliche und für die Betroffenen kostenlose Spurensicherung ohne Einbezug der Ermittlungsbehörden an.

Die Strukturen vom Netzwerk ProBeweis

Koordiniert durch das Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) gibt es niedersachsenweit aktuell 46 Untersuchungsstellen an verschiedenen Part-

nerkliniken vom Netzwerk ProBeweis. In den Partnerkliniken sind vorrangig die Abteilungen Gynäkologie und Chirurgie zuständig – auch in den Notaufnahmen. Die dort tätigen Ärztinnen nehmen regelmäßig an rechtsmedizinischen Schulungen des Netzwerks ProBeweis teil, in denen es unter anderem um den Umgang mit Gewaltbetroffenen sowie um adäquate Beweisdokumentation und Spurensicherung geht. Die Kliniken werden zudem mit Boxen, den sogenannten »Untersuchungskits«, ausgestattet, in denen alle für die Beweissicherung relevanten Materialien vorhanden sind. Neben einem ausführlichen Dokumentationsbogen enthalten die Kits zum Beispiel verschiedene Abstrichtupfer und Asservatentüten. Zudem werden den Kliniken vom Netzwerk ProBeweis Fotoapparate zur Verfügung gestellt. Betroffene können sich selbstständig an eine der Untersuchungsstellen wenden – dies sollte möglichst zeitnah nach der erlebten Gewalt erfolgen, bevor die Befunde nicht mehr nachweisbar sind. Nach der erfolgten Untersuchung werden die Beweismittel an das Institut für Rechtsmedizin der MHH versandt, wo sie zugriffssicher für mindestens drei Jahre aufbewahrt werden und die schriftlichen Dokumentationen werden für 30 Jahre aufgehoben. Wenn sich Betroffene zu einer Anzeige bei der Polizei entschließen, können sie das Netzwerk ProBeweis von der Schweigepflicht entbinden. Die Polizei kann die gesicherten Beweise dann anfordern und ein rechtsmedizinisches Gutachten zur Einordnung der Befunde beauftragen.

Das Netzwerk ProBeweis als Kassenleistung

Das Angebot vom Netzwerk ProBeweis – unter der Leitung von Frau Professorin Dr. med. Anette S. Debertin – wird seit 2012 durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung gefördert. Seit dem 01.01.2024 ist Niedersachsen das erste Bundesland, indem die vertrauliche Spurensicherung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen vom Netzwerk ProBeweis umgesetzt wird. Hierzu wurde ein neues, anonymisiertes Abrechnungsverfahren etabliert. Die Betroffenen benötigen weiterhin keine Krankenkassenkarte für die Untersuchung und die Krankenkassen erfahren nicht, wer sich zur Untersuchung vorgestellt hat.

Die Bedeutung vom Netzwerk ProBeweis für Betroffene

Mit den Strukturen vom Netzwerk ProBeweis konnte eine Lücke in der Gewaltopferversorgung geschlossen werden. Die vertrauliche Beweissicherung verschafft Betroffenen Zeit, sich für eine Anzeige zu entscheiden und kann das Dunkelfeld nachhaltig erhellen. Im Rahmen der Untersuchungen werden Betroffene nicht nur in der Wahrnehmung ihrer Selbstwirksamkeit, sondern bei Bedarf auch in der Kontaktaufnahme zum Hilfesystem unterstützt.

Weitere Informationen unter: www.probeweis.de

Literatur bei der Verfasserin

Prof. Dr. med. Anette S. Debertin, Netzwerk ProBeweis, Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Rechtsmedizin, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, E-Mail: probeweis@mh-hannover.de

Bücher, Medien

Sind Menschen in Grundsicherung arm?

In komprimierter Form diskutiert der Autor die Frage, ob Mindestsicherungsbeziehende grundsätzlich arm seien. Dazu hinterfragt er gängige Konzepte der Armutsmessung im Kontext ihres normativen Ursprungs und stellt Bezüge zu aktuellen sozialpolitischen Instrumenten wie dem »Bürgergeld« her. Die Betrachtung 42 qualitativer Interviews mit Leistungsbeziehenden aus dem Jahr 2018 soll Einblick in ihre Selbstsicht geben. Grundsätzliche Fragen im Hinblick auf Methodik und Interpretation ihrer eigenen sozialen Verortung bleiben bei der Ableitung von vier »typischen Sichtweisen« leider unbeantwortet. Das Buch kann als Denkanstoß für Lesende mit Vorkenntnissen rund um das Thema Armut verstanden werden. (ck)

HERBERT JACOBS (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.): Sind Menschen in der Grundsicherung arm? Eine Analyse ihrer sozialen (Selbst-)Verortung. Verlag des Deutschen Vereins. Lambertus, Berlin, 2023, ISBN 978-3-7841-3599-1, 9,00 Euro

Geburt mit Abschied

Die Hebamme, Krankenschwester, Praxisanleiterin und Heilpraktikerin Christine Maek legt anschaulich dar, wie Expert:innen Frauen und Familien mit frühverstorbenen Kindern, von der Diagnose über die Trauerbewältigung bis hin zu Folgeschwangerschaften, einfühlsam begleiten können, ohne den professionellen Abstand zu verlieren. Für Hebammen gibt es praxisnahe Tipps für eine sichere und professionelle Betreuung unter Berücksichtigung der zu beachtenden Besonderheiten in Kreißsaal, Wochenbett oder Rückbildungsgymnastikkurs. Auch rechtliche Ansprüche bezüglich Arbeitsrecht und Mutterschutz sowie typische Fragen der Eltern und Geschwister werden thematisiert. Zudem enthält das Buch hilfreiche Adressen für Eltern und Geschwister von Sternenkindern. (SdW)

CHRISTINE MAEK: Geburt mit Abschied. Elternberatung und -betreuung nach frühem Kindsverlust. Mabuse, Frankfurt, 2023, 146 Seiten, ISBN 9783863216665, pdf-Format, 19,99 Euro

Settingbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der digitalen Transformation

Welche Entwicklungen in der settingbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention werden durch Digitalisierung geprägt? In drei Teilen beleuchtet der Sammelband aus der Perspektive der Wissenschaft, der Praxis und aus Perspektive politisch-gestaltender Akteur:innen, welche Bedeutung, Chancen und Herausforderungen digitalisierte Settings und Lebenswelten haben und welche Veränderungen aufgrund der dynamischen Entwicklungen noch zu erwarten sind. Der gut strukturierte Sammelband richtet sich an alle Interessierten, die umfassende Einblicke in aktuelle und zukünftige Entwicklungen der digitalen Gesundheitsförderung und Prävention bekommen möchten. Spannend für die, die digitale Transformation aktiv verfolgen und gestalten wollen. (sob)

CHRISTOPH DOCKWEILER, ANNA LENA STARK, JOANNA ALBRECHT (Hrsg.): Settingbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der digitalen Transformation, Transdisziplinäre Perspektiven. 1. Auflage, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2023, 362 Seiten, ISBN 978-3-8487-7388-6, 84,00 Euro

Allokation im Gesundheitswesen. Lösungsstrategien für eine gerechte Verteilung

Die begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen stoßen zunehmend an ihre Grenzen und machen Diskussionen über die gerechte Verteilung dieser notwendig. Der Autor beleuchtet in dem Buch neben Aspekten der Gesundheitsökonomie- auch Patient:innen-Beispiele, Gedankenexperimente und strukturierte Essays. Somit regt er Reflektionen, Innovationen und Neustrukturierungen nicht nur für die Lehre, sondern auch für alle tätigen Akteur:innen an, um so an Veränderungsprozessen mitzuwirken. (Io)

THOMAS STOCKHAUSEN: Allokation im Gesundheitswesen. Lösungsstrategien für eine gerechte Verteilung. UVK Verlag, Tübingen, 2023, 190 Seiten, ISBN 978-3-8385-6009-0, 26,99 Euro

Von Wunschkindern und Glücksboten

Mit ihrem von Marta Abad Blay liebevoll illustrierten Buch möchte die Lebens- und Sozialberaterin Julia König Eltern dabei unterstützen, mit ihrem durch Ei- und/oder Samenspende entstandenen Kind offen über seine besondere Form der Entstehung zu sprechen. Nach einer kindgerechten Aufklärung zur natürlichen Zeugung thematisiert das Buch den Kummer, wenn sich auf diese Weise keine Schwangerschaft einstellen will und zeigt Wege auf, wie Paare mit Hilfe von »Glücksboten« auf unterschiedliche Weise doch Eltern werden können. Die Verwendung von Fachbegriffen wie Embryo oder Mikroskop erfordert beim Vorlesen gelegentlich erklärende Worte. Am Ende findet sich Platz für eigene (Ultraschall-)Bilder. (SdW).

JULIA KÖNIG: Von Wunschkindern und Glücksboten. Zur Aufklärung von Kindern, die mit Hilfe von Eizellspende, Samenspende oder Doppelspende entstanden sind. 1. Auflage. FamART, Mörfelden (Österreich), 2023, 29 Seiten, ISBN 978-3-9505-3820-5, Paperback 29,50 Euro.

Digitalisierung und Gesundheit

Der Sammelband beleuchtet das Thema Digitalisierung und Gesundheit aus multidisziplinärer Perspektive. Neben einer theoretischen Einordnung, die Aspekte der Ethik und Sozialtheorie behandelt, werden Anwendungsbeispiele und Herausforderungen in Bezug auf die Nutzung von Künstlicher Intelligenz in der medizinischen Diagnostik sowie digitale Technologien in der Pflege beschrieben. Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, welche Folgewirkungen für unsere Gesundheit die zunehmende Digitalisierung mit sich bringen kann. Dabei wird insbesondere auf digitalen Stress und Internetnutzungsstörungen eingegangen. (irl)

ALEXANDRA MANZEI-GORSKY, CORNELIUS SCHUBERT, JULIA VON HAYEK (Hrsg.): Digitalisierung und Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2022, 398 Seiten, ISBN 978-3-7489-2293-3, 30,00 Euro

Diversityorientiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement

Wie das betriebliche Gesundheitsmanagement mit der Diversität im Betrieb verknüpft werden kann, stellt Gudrun Fallner aufschlussreich dar. Zunächst wird die gesundheitliche Lage verschiedener Gruppen, die Rolle der Herkunft, Behinderung und chronischer Erkrankungen im Arbeitsleben beschrieben. Dabei werden die begrifflichen, theoretischen, empirischen und rechtlichen Grundlagen beleuchtet. Ein praxisbezogener Leitfaden rundet das Buch in Form eines integrativen 10-Schritte-Konzepts entlang verschiedener Vielfaltskategorien ab. Es liefert so einen guten Einstieg in das Thema und ermöglicht eine nachhaltige Umsetzung. (cid)

GU DRUN FALLNER: Diversityorientiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement. Integration von Gesundheit und Vielfalt in Arbeits- und Organisationskontexten. Beltz Juventa, Weinheim, 2023, 252 Seiten, ISBN 978-3-7799-7532-8, 31,99 Euro

Gesundheitsförderung im Studium – Konzepte und Kompetenzen für Gesundheits- und Pflegeberufe

In dem hochschuldidaktischen Sammelband werden interdisziplinäre gesundheitswissenschaftliche Orientierungen, Ansätze und Konzepte theoretisch aufbereitet und durch einen Transfer in die Handlungsfelder der Gesundheits- und Pflegeberufe komplettiert. Dabei fließen sowohl gesundheitspsychologische als auch sozialwissenschaftliche und ökonomische Perspektiven zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention ein. Der Sammelband richtet sich an Lehrende und Studierende der Studiengänge für Gesundheits- und Pflegeberufe und liefert wertvolle Impulse für die Entwicklung der Gesundheitskompetenz Studierender im Setting Hochschule. (anp)

MATHIAS BONSE-ROHMANN, HEIKO BURCHERT, KATRIN SCHULZE, BRITTA WULFHORST (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Studium. Konzepte und Kompetenzen für Gesundheits- und Pflegeberufe.

Wbv media, Bielefeld, 2019, 544 Seiten, ISBN 978-3-8252-6024-8, 59,00 Euro

Teamentwicklung für mehr Erfolg und Zufriedenheit

Ein gutes Betriebsklima und Zufriedenheit am Arbeitsplatz sind von zentraler Bedeutung in der Arbeitswelt. Sie tragen zur Bindung an das Unternehmen, zur mentalen Gesundheit und zur Produktivität bei. Immer mehr Unternehmen beschäftigen sich daher mit der Frage, wie sie diese im Arbeitsalltag fördern können. Laut den Autoren, Ben Furmann und Tapani Ahola, liegt der Schlüssel zum Erfolg im Miteinander. Sie stellen in ihrem Buch acht Faktoren für erfolgreiche Zusammenarbeit vor, welche sich seit Jahren in der Praxis bewährt haben. Jeder Faktor wird praxisnah und lösungsorientiert dargestellt und um spezifische Anregungen für Diskussionen im Team ergänzt. Somit ist das Buch nicht nur für betriebliche Akteure geeignet, sondern auch für Teams, die ihr Betriebsklima positiv verändern wollen. (mat)

BEN, FURMANN, TAPANI AHOLA: Twin Star – Lösungen vom anderen Stern. Teamentwicklung für mehr Erfolg und Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Carl-Auer Verlag GmbH, Heidelberg, 2023, 95, 978-3-8497-8443-0 (ePub), 18,99 Euro

So heilt man heute

Ob Diabetes, Krebs oder Demenz: Ein- und dieselbe Krankheit kann sich auf Frauen und Männer verblüffend unterschiedlich auswirken. Unser Körper tickt nicht unisex – das erfordert die Berücksichtigung geschlechterspezifischer Besonderheiten in der medizinischen Behandlung. Der Autor verbindet in diesem Buch fundiertes Wissen und langjährige praktische Erfahrung zu einem Ratgeber. Die häufigsten Volkskrankheiten werden aus Sicht neuester Erkenntnisse der Gendermedizin dargestellt und leicht verständlich erklärt, um eine individuellere und gerechtere Behandlung zu ermöglichen. Ergänzend verweist er auf seine als Podcast hörbare »Gesprächsrunde Gendermedizin«, die weitere Informationen und Fragemöglichkeiten bietet und über alle gängigen Social-Media-Portale abrufbar ist. (jd)

BURKHARD SIEVERS: So heilt man heute: Die häufigsten Volkskrankheiten geschlechtsspezifisch besser behandeln. Edel Verlagsgruppe GmbH, München, 2023, 199 Seiten, ISBN 978-3-96584-303-5, 24,99 Euro

Soziale Nachhaltigkeit in der (Post)Migrationsgesellschaft

Wie kann die Transformation zu einer nachhaltigen und gerechten (Post)Migrationsgesellschaft aussehen? In 13 Beiträgen vereint der Band unterschiedliche Forschungserkenntnisse und gibt Antworten darauf, welchen Beitrag Soziale Arbeit im Kontext globaler Migrationsbewegung leisten kann und was es auf der Ebene für institutionelle Transformationen braucht. Im Fokus stehen dabei subjektive und partizipative Perspektiven. (mab)

MONIKA ALISCH, MANUELA WESTPHAL (Hrsg.): Soziale Nachhaltigkeit in der (Post)Migrationsgesellschaft. Verlag Barbara Budrich, Opladen Berlin Toronto, 2023, 249 Seiten, ISBN 978-3-8474-2745-2, 29,90 Euro

Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche

Der Themenschwerpunkt der VTKiJu soll Menschen im Bereich der Psychotherapie und Beratung, das Arbeitsfeld der Gesundheitsförderung näherbringen. Der erste Artikel führt in die Gesundheitsförderung ein. Der zweite beschreibt, wie Kindertageseinrichtungen Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern in ihrer frühen Entwicklungsphase positiv gestalten können. In dem Artikel »Mit psychischer Gesundheit Bildungsprozesse gestalten – Eine schulpädagogische Perspektive« wird das Setting Schule aus schulpädagogischer Sicht dargestellt. In »Kindzentriert und in gemeinsamer Verantwortung – Warum Präventionsketten wichtig und wirkungsvoll sind« wird der Strategie der Präventionsketten zur Armutsprävention als integrierte kommunale Gesundheitsstrategien nachgegangen. Der letzte Artikel stellt das Bremer Projekt »Regionale Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen« vor. (Jk)

UTE SONNTAG, FRANK NESTMANN, THORSTEN PADBERG (Hrsg.): Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. In: Verhaltenstherapie mit Kindern & Jugendlichen (VTKiJu), 20. Jahrgang 2024, Heft 1. dgvt-Verlag, Tübingen, 2024, 100 Seiten, ISSN 1861-1923, 6,00 Euro

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

7. Landespflegekonferenz Niedersachsen 2024 – Von KI bis Quartier – Pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit stärken

21. August 2024, Hannover

Die pflegerische Versorgung in den kommenden Jahren sicherzustellen, stellt eine der größten Herausforderungen dar. Im Zentrum der diesjährigen Landespflegekonferenz stehen unterschiedliche Zukunftsansätze, die aufzeigen, wie Pflege vor Ort gestaltet und bewältigt werden kann: Welche pflegepräventiven Maßnahmen bedarf es in Stadt und Land? Wie gelingt es in Dörfern und Quartieren, innovative Wohn- und Pflegeformen zu etablieren? Und welche Möglichkeiten bieten neue Technologien wie KI und Robotik, um Pflegekräfte sowie pflegende An- und Zugehörige zu entlasten? Neben pflegewissenschaftlichen Impulsen werden in fünf Foren verschiedene Praxisbeispiele vorgestellt, die Lösungsansätze für die ambulante Versorgung diskutieren.

Good Practice-Galerie: Literalität und Gesundheit

22. August 2024, digital

Die Fähigkeit, lesen und schreiben zu können, gehört zu den grundlegenden Kompetenzen und ist wichtig für die Teilnahme am beruflichen und gesellschaftlichen Leben. Wer Schwierigkeiten hierbei hat, dem fällt es ungleich schwerer, Kompetenzen für die eigene Gesunderhaltung bzw. -förderung zu erwerben. Welche Fähigkeiten braucht es, Gesundheitsinformationen zu finden und anzuwenden? Wie werden in der Grundbildung diese entsprechenden Kompetenzen gestärkt? Welche Barrieren müssen abgebaut werden? Und welche Synergieeffekte ergeben sich in einer frühzeitigen Vernetzung zwischen Grundbildung und Gesundheitskommunikation? Mit diesem Format möchte die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen mit Akteur:innen aus Gesundheitsförderung, Bildung, sozialer Arbeit, Kita, Schule, kommunale Verwaltung und weiteren Interessierten in den Austausch kommen, was in der Praxis getan werden kann, um Menschen mit geringer Literalität den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern.

Einsamkeit und Angst im Beratungskontext – Welche Wege führen aus dem Abseits?

22. August 2024, digital

Soziale Angst zwingt Betroffene auf unterschiedlichen Ebenen ins Abseits: die Teilhabe am sozialen Leben und am Arbeitsleben sind eingeschränkt und diese Einschränkungen wirken u. a. als Treiber für das Entstehen von Einsamkeit. Einsamkeit ist gesundheitsgefährdend und wirkt wiederum verstärkend auf diese Teilhabe einschränkungen. Wie lässt sich dieser Kreislauf durchbrechen? Wie können Beratende zwischen Introversion, Schüchternheit und sozialer Angst unterscheiden? Wer lebt nur zurückgezogen und wer ist schon einsam? Wie können in der Beratung Risikofaktoren erkannt und hilfreiche Interventionen für Betroffene initiiert werden? Neben hilfreichen Antworten auf diese und andere Fragen wird den Teilnehmenden der Fortbildung Raum zur Reflexion von eigenen Fallbeispielen gegeben.

Digitalisierung und ihre Anwendungen in der Psychotherapie Modul 1: Einsatz digitaler Anwendungen

06. & 07. September 2024, digital

Welche Auswirkungen hat die Digitalisierung für die psychotherapeutische Versorgung und die Erwartungen und Einstellungen von Patient:innen? Wie können digitale Anwendungen in der Behandlung sinnvoll eingesetzt werden? Und welche rechtlichen Rahmenbedingungen sind zu beachten? In dieser Schulungsreihe erhalten Sie Grundlagenwissen zu aktuellen Entwicklungen der Digitalisierung, ihren Chancen, Risiken und den Möglichkeiten ihrer Anwendungen in der Psychotherapie. Die Schulung richtet sich an psychologische Psychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen.

Gemeinsam stark: Eltern werden in herausfordernden Lebenslagen

10. September 2024, digital

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen und das Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt Niedersachsen bieten in Kooperation mit der Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen eine Veranstaltung zu Themenfeldern rund um das Elternwerden in schwierigen Lebenslagen. Gerade für Eltern mit niedriger Gesundheitskompetenz oder geringem Bildungsstand sind niedrigschwellige Zugänge entscheidend, damit es gelingt, den Weg zu den Angeboten des Hilfe- und Gesundheitssystems zu ebnen. Nach einem Impulsvortrag von Prof. Dr. Jutta Allmendinger, Präsidentin des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung, werden in fünf Foren die Aspekte Armut, Flucht, psychische Gesundheit, Behinderung und Wohnungslosigkeit im Kontext des Elternwerdens in den Blick genommen, um fachliche Impulse zu geben, Praxisbeispiele aufzuzeigen und die Akteure zu vernetzen.

Lernwerkstatt Gesundheit im Quartier

11. September 2024, Göttingen

Damit sozialraumorientierte Gesundheitsförderung gelingt, müssen lokale Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten, Wohnqualität und Wohnumfeld, berücksichtigt werden. Gesundheit sollte als Querschnittsthema auch in anderen Bereichen der Daseinsvorsorge mitgedacht und systematisch verankert werden. Im Rahmen städtebaulicher Programme ist die Gesundheitsförderung – abhängig von der Projektidee – oftmals ein Nebeneffekt, steht jedoch nicht immer im Fokus. Innerhalb der Lernwerkstatt erfahren Sie alles zum Programm »Gesundheit im Quartier« – von der Antragsstellung, den Fördervoraussetzungen sowie der konkreten Umsetzung. Sie haben die Möglichkeit, sich darüber auszutauschen, welche Unterstützungen Sie in Ihrem Quartier brauchen, um Gesundheitsförderung und Quartiersentwicklung noch stärker als bisher in den Fokus Ihrer Quartiersaktivitäten zu rücken und zu verankern. Erfahrungsberichte und Umsetzungsbeispiele bereits geförderter Projekte bieten Ihnen Anregungen für Ihre eigene Praxis. Außerdem sollen Sie in Kleingruppen eigene Ideen für Gesundheitsförderungsprojekte in Ihrem Quartier entwickeln.

Selbstevaluation Schritt für Schritt

18. September 2024, Hannover

Die Frage »Was hat mein Projekt gebracht« ist für alle interessant, die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und darüber hinaus entwickeln und anbieten. Mit dem Workshop „Selbstevaluation Schritt für Schritt“ möchten wir Sie in die Lage versetzen, eigenständig kleine Evaluationsstudien durchzuführen. Der Workshop beinhaltet Qualitätsdimensionen in der Praxis, die Formulierung von Projektzielen und Evaluationsfragen sowie das Entwerfen einfacher Evaluationskonzepte. Bei ausreichendem Interesse wird optional ein Folgetermin zur Analyse, Interpretation und Präsentation von Daten angeboten.

14. Netzwerktreffen Nord der Sozialpsychiatrischen Dienste

18. September 2024, Hamburg

Die psychiatrische Therapie- und Versorgungslandschaft ist in den letzten Jahren gewachsen. Partizipation Betroffener, Peerbegleitung in der Therapie und Versorgung, personenzentrierte Hilfe- und Therapigestaltung und Hometreatment werden zunehmend Bestandteil psychiatrischer Arbeit. Die besonderen Arbeitsbedingungen der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi), wie Kriseninterventionen in Akutsituationen, aufsuchende Beratung und Begleitung und aktive Kontaktaufnahme zu Menschen mit psychischen Störungen, aber auch die Gestaltung von Gremienarbeit, stellen bei der Umsetzung dieser Konzepte Herausforderungen dar. Im Rahmen des 14. Netzwerktreffens sollen insbesondere die Gestaltung der Peer-Beteiligung in Gremien- und Fallarbeit und die Umsetzung des Open Dialogues in der Arbeit des SpDi sowohl konzeptionell wie auch in der praktischen Arbeit vorgestellt und diskutiert werden.

» Die Veranstaltung richtet sich an Mitarbeitende im Bereich SpDi und Interessierte. Sie ist auch für Nicht-Mitglieder des Netzwerks geöffnet.

kogeki Jahrestagung: Kita, Klima und Gesundheit – Wir bewahren einen kühlen Kopf!

19. September 2024, Hannover

Klimatische Veränderungen, wie steigende Durchschnittstemperaturen, Hitzewellen und Extremwetterereignisse, führen schon jetzt zu einer deutlichen Zunahme verschiedener Erkrankungen, wie beispielsweise Herz-Kreislauf- und allergischen Erkrankungen oder auch psychischen Belastungen. Besonders Kinder sind von den Auswirkungen auf die Gesundheit betroffen. Grund dafür ist, dass das Herzkreislaufsystem, das Immunsystem und die Wärmeregulation des Körpers im Kindesalter noch nicht vollständig entwickelt sind. Auf der Tagung am 19. September werden die Zusammenhänge zwischen klimatischen Veränderungen und der Gesundheit im Setting Kita erklärt. In anschließenden Workshops, werden unter anderem die Themen klimagesunde Ernährung, Hitze- und UV-Schutz sowie die psychische Gesundheit vertiefend aufgegriffen. Darüber hinaus können sich alle Teilnehmenden bei einem Markt der Möglichkeiten austauschen und sich über Maßnahmen, Angebote und Projekte informieren.

» Die Fachtagung richtet sich an Kita-Leitungen, pädagogische Fachkräfte sowie weitere Interessierte.



Alltag und Autismus – (k)ein Problem?!

28. September 2024, Walsrode

Als Mensch aus dem autistischen Spektrum gesund und selbstbestimmt zu leben – wie kann es gelingen? Diese Fragen stellt für viele Autist:innen und ihre An- und Zugehörigen eine große Herausforderung dar. Sie erleben einen Alltag mit zahlreichen Stolpersteinen und Barrieren, die es stets aufs Neue zu meistern gilt. Aus Anlass seines 20-jährigen Bestehens lädt einzigartig-eigenartig e. V. – Verein zur Förderung und Integration von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aus dem autistischen Spektrum und angrenzender Gebiete – in Kooperation mit der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen zu einer Bestandsaufnahme zur Lebenssituation von Menschen aus dem autistischen Spektrum ein. In Beiträgen aus Forschung und Praxis werden aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie vorgestellt, wobei auf die psychische Gesundheit ein besonderer Fokus gelegt werden soll. Des Weiteren wird diskutiert, wie Teilhabe(-förderung) in Bildung und Beruf gelingt und welche Ressourcen dafür benötigt werden. Auch Fragen der Alltags- und Beziehungsgestaltung werden aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet.

VORSCHAU

Politische Konzeption von Hebammenkreißsälen in Niedersachsen – Strategien zur flächendeckenden Implementierung

01. Oktober 2024, online



impulse bestellen

Wenn Sie die impulse regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie die Zeitschrift bitte unter Angabe der Bezugsart (per E-Mail als PDF oder per Post als Druckexemplar) unter folgender E-Mail-Adresse: impulse@gesundheit-nds-hb.de.

Bitte beachten Sie hierfür auch unbedingt den Kasten »In eigener Sache« auf Seite 13.

FORTBILDUNGSPROGRAMME



Das Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas (»kogeki«) unterstützt Kindertageseinrichtungen darin, Gesundheitsförderung als ein ganzheitliches Konzept zu verstehen und in den Arbeitsalltag zu integrieren. Die Angebote richten sich an pädagogische Fachkräfte, Fachberatungen, Träger:innen und weitere fachlich Interessierte.

Psychische Gesundheit in der Kita – Gibt es auch Sonnenschutz für die Seele?
04. & 05. September 2024, Hannover

Kogeki Jahrestagung – Kita, Klima und Gesundheit
19. September 2024, Hannover

Klimawandel in der Kita – Kindgerecht auf den Punkt gebracht!
29. Oktober 2024, Hannover

Kinderyoga, 7. November 2024, Hannover

Das ist auch unsere Welt. Klimawandel kindgerecht erklären und Kinder an Ideen zum Klimawandel beteiligen
27. November 2024, digital

Weitere Informationen: www.kogeki.de



Fortbildung für Beschäftigte sowie Führungskräfte aus der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, Betreuung und Beratung

Fit für die Expertenstandards des DNQP im Kontext zum Strukturmodell
03. Juli 2024, digital

Fortbildung zum/zur Demenzbeauftragten
05. August 2024 - 12. Dezember 2024, Hannover/digital

Mimikresonanz® – Gefühle sehen und Menschen verstehen
08. August 2024, digital

New Work im Gesundheitswesen – Wege zur modernen Arbeitswelt
20. August 2024, digital

Planung und Aufbau von Betreuungsgruppen in der Tagespflege
22. August 2024, digital

Digitalisierung im Krankenhaus – ein Grundlagenseminar
26. August 2024, digital

Auffrischkurs – Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI
27. August 2024, digital

Betreuungsangebote für Pflegebedürftige – Gruppenbetreuung kreativ gestalten
28. August 2024, Hannover

Expertenstandard »Kontinenzförderung in der Pflege« des DNQP in der 2. Aktualisierung
02. September 2024, digital

Bindungskraft: Strategien zur nachhaltigen Bindung von Pflegepersonal
03. September 2024, digital

Trauerbegleitung in der Pflege und sozialen Einrichtungen
05. September 2024, Hannover

Beratungswissen in der Pflege – Das Update 2024
09. September 2024, digital

Beratungswissen in der Pflege – 2-tägige Grundlagen
17. & 18. September 2024, Hannover

Tagespflege: Belegung erhöhen
19. September 2024, digital

Klimaschutz und -anpassung in der Pflege und sozialen Einrichtungen
24. September 2024, digital

Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Abs. 1 SGB XI 30-stündige Qualifizierung
25. September 2024, 26. September 2024, 30. September 2024, 01. Oktober 2024, digital/Hannover

Ambulante Pflege erfolgreich steuern
26. September 2024, digital

Weitere Informationen: www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/carealisieren/



Eltern-Programm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern.

Schatzsuche – Basis:

Weiterbildungsdurchgang in Niedersachsen in sechs Modulen
21. Oktober 2024 bis 03. Dezember 2024

Weiterbildungsdurchgang in Bremen in sechs Modulen
28. Oktober 2024 bis 10. Dezember 2024

Die Weiterbildung, zu den Themen Resilienz, kindliche Entwicklung und Zusammenarbeit mit Eltern, qualifiziert Fachkräfte aus Kitas und Grundschulen zu Schatzsuche-Referent:innen.

Weitere Informationen: www.schatzsuche-kita.de

TERMINE NIEDERSACHSEN, BREMEN

» 15.08.2024: Fachtag »Väter heute – Wünsche, Angebote, Perspektiven«, Hannover, Kontakt:

Landeskoordination wellcome Niedersachsen,
Tel.: (0511)16 40 56 1,
E-Mail: niedersachsen@wellcome-online.de,
Internet: www.kath-fabi-hannover.de

» 15.08.2024: 1. Fachtagung Seniorenernährung

»Tischlein deck dich«, Hannover, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung Sektion Niedersachsen,
Tel.: (0511) 54 41 03 84,
E-Mail: anmeldung@dge-niedersachsen.de,
Internet: www.dge-niedersachsen.de

» 11.09.2024: KI und ChatGPT: Herausforderungen für Entwicklung und Therapie von Kindern und Jugendlichen, Livestream,

Kontakt: VolkswagenStiftung, Tel.: (0511) 83 81 0,
E-Mail: info@volkswagenstiftung.de,
Internet: www.volkswagenstiftung.de

» 27.09.2024: Interprofessioneller Fachtag Sprachgesundheit im Kindesalter, Bremen,

Kontakt: Hochschule Bremen Fachbereich Logopädie,
Tel.: (0421) 59 05 0,
E-Mail: sprachgesundheit@hs-bremen.de,
Internet: www.hs-bremen.de

» 09.–11.10.2024: Alle an Bord? Die inklusive Kinder- und Jugendhilfe auf Kurs, Hannover,

Kontakt: Deutscher Verein für öffentliche und soziale Fürsorge e. V., Tel: (030) 62 98 06 05,
E-Mail: Baerbel.Winter@deutscher-verein.de,
Internet: www.deutscher-verein.de

TERMINE BUNDESWEIT

» 02.–03.07.2024: Unsere Unberührbaren.

Zur Situation psychisch erkrankter und in Obdachlosigkeit lebender Menschen, Schwerte,

Kontakt: Institut für Kirche und Gesellschaft,
Tel.: (0230) 47 55 34 6,
E-Mail: sarah.wittfeld@kircheundgesellschaft.de,
Internet: www.kircheundgesellschaft.de

» 10.07.2024: Gesundheit und Demokratie: Wie können Gesundheit und Demokratie vor Ort gefördert werden?, Online, Kontakt: Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.,

Tel.: (069) 713 76 7813, E-Mail: anna.kleine@hage.de,
Internet: www.hage.de

» 15.08.2024: Resilienz als Superkraft in unsicheren Zeiten?!, Neudietendorf, Kontakt:

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V., E-Mail: info@agethur.de,
Internet: www.agethur.de/veranstaltungen

» 29.08.2024: Fachtagung »Gesund altern in der Kommune – Nachbarschaft neu denken«,

Frankfurt am Main, Kontakt: Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE),
Tel.: (069) 71 37 67 83 5, E-Mail: silke.styber@hage.de,
Internet: www.hage.de

» 02.09.2024: 23. Statuskonferenz. Prävention und Gesundheitsförderung: gemeinsam weiterentwickeln und gestalten., Online, Kontakt:

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg), Tel.: (0228) 9 87 270,
E-Mail: info@bvpraevention.de,
Internet: www.bvpraevention.de

» 08.–13.09.2024: Gesundheit – gemeinsam denken, forschen, handeln, Dresden,

Kontakt: Verschiedene Fachgesellschaften,
Tel.: (0351) 458 24 37,
E-Mail: info@gesundheit-gemeinsam.de,
Internet: www.gesundheit-gemeinsam.de

» 14.09.2024: Fachtagung »Gemeinsam stark: vielfältige Zugänge zur Bewegung«, Frankfurt am Main, Kontakt: Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAGE),

Tel.: (069) 71 37 67 84 7, E-Mail: beatrice.frank@hage.de,
Internet: www.hage.de

» 19.09.2024: Fachtagung präventive Hausbesuche, Leipzig, Kontakt: Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.,

Tel.: (0351) 50 19 36 55, E-Mail: dehner@slfg.de,
Internet: www.p-sachsen.de

» 19.09.2024: Pakt für Prävention »Gemeinsam die psychosoziale Gesundheit in Hamburg stärken!«, Hamburg, Kontakt: Sozialbehörde Hamburg /

Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Tel.: (040) 288 03 64-20,
E-Mail: claudia.duwe@hag-gesundheit.de,
Internet: www.hag-gesundheit.de/veranstaltungen

» 26.–27.09.2024: Schutz im Netz – sexualisierter Gewalt im Internet begegnen,

Kontakt: Kindernothilfe e.V.,
Tel.: (0203) 77 89 29 0,
E-Mail: schulungen@kindernothilfe.de,
Internet: www.kindernothilfe.de

» 01.10.2024: Nachhaltigkeit in der Senioren- verpflegung – Wie soll das gehen?, Online, Kontakt:

Vernetzungsstelle Seniorenernährung in Thüringen,
Tel.: (03641) 94 97 61,
E-Mail: seniorenverpflegung@dge-th.de,
Internet: www.seniorenernaehrung-th.de

» 07.–08.10.2024: Menschen mit Behinderungen und Fluchterfahrungen, Erkner, Kontakt: Deutscher

Verein für öffentliche und soziale Fürsorge e. V.,
Tel: (030) 62 98 04 19,
E-Mail: Petra.Prums@deutscher-verein.de,
Internet: www.deutscher-verein.de

10.–11.10.2024: DVSG-Kongress »Lebenswelt und Transformation: Wie sich Teilhabe verändert«,

Erfurt, Kontakt: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG),
Tel.: (030) 39 40 64 54 0,
E-Mail: info@dvsg.org, Internet: www.dvsg.org

TERMINE INTERNATIONAL

» 19.–21.09.2024: »Nachhaltige Primärversorgung: Wesentliche Aspekte, Herausforderungen und Chancen für die Zukunft!«,

Graz (Österreich), Kontakt: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung Medizinische Universität Graz,
E-Mail: info@pv-kongress.at,
Internet: www.pv-kongress.at

» 24.10.2024: Gesundheitskompetenz durch zwischenmenschliche Beziehung und Digitalisierung – Synergien und Spannungsfelder,

Salzburg (Österreich), Kontakt: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz,
Tel.: (+43) 01 89 50 400 750,
E-Mail: oepgk@goeg.at, Internet: www.oepgk.at