

72 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

AKTUELLES THEMA

Nicht das Falsche fordern! Jungen- und Männergesundheit

EDITORIAL » Dies ist nach mehr als 10 Jahren die zweite Ausgabe unserer Zeitschrift, in der wir die Gesundheit von Männern und Jungen in den Mittelpunkt stellen. Aber während damals die geschlechtspezifisch sehr unterschiedliche Akzeptanz von Gesundheitsförderungsangeboten noch kaum hinterfragt wurde, hat sich mittlerweile ein Diskurs etabliert, der männliche Gesundheitsverhaltensweisen sehr einseitig skandalisiert und so tut, als seien gesundheitsbezogene Entscheidungen rein zweckrational von quasi geschlechtslosen Wesen immer gleich zu treffen. Natürlich kann die gesündere Wahl, vom gesunden Frühstück, über langsam gefahrene Wege zum Arbeitsplatz sowie Entspannung in der Mittagspause und regelmäßigem, nicht risikoorientiertem Sport nach Feierabend, die vernünftiger Wahl auch von Männern sein. Aber wo und wie steht ein Mann unter diesen Umständen dann seinen Mann? Der ganze wohlmeinende defizit- und risikoorientierte Diskurs zu Männergesundheit übersieht, dass er möglicherweise auch dazu beiträgt, zu definieren, was wirklich männlich ist und damit Orientierungen stiftet, die konträr zu seiner Intention sein könnten.

In dieser Ausgabe wollen wir das Thema deshalb etwas gegen den Strich bürsten und einseitige Diskursstrategien genauso diskutieren wie mögliche neue Ansätze zur Förderung der Gesundheit von Jungen und Männern. Ansätze, die Geschlechtsstereotype nicht wiederholen, sondern aufzeigen, wie effektive Strategien mit den Zielgruppen erarbeitet werden und natürlich auch von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen abhängen können. Irland und Australien sind die ersten Staaten, die eine Männergesundheitspolitik entwickeln, die diesen Namen auch verdient. Auch dies werden wir in diesem Heft vorstellen. Darüber hinaus finden Sie Praxisbeispiele auf kommunaler Ebene und jede Menge Möglichkeiten, das Thema auf unterschiedliche Arten zu vertiefen.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten „Soziale Beziehungen und Gesundheit“ (Redaktionsschluss 07.11.2011) und „Wie viel Wissen ist gesund?“ (Redaktionsschluss 10.02.2012). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen!



Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT Nicht das Falsche fordern und thematisieren! Gesundheitsförderung für Männer und Jungen effektiv gestalten **02** Männergesundheit – ein Thema für die Gesundheitsberichterstattung **03** Gender und Diversity: Wie weiter in der Gesundheitsversorgung? **04** Doing Gender with Drugs! **06** Gewalthandeln und Gewalterleiden von Männern in Deutschland – Ergebnisse der Sonderauswertung der Männerstudie 2009 **07** Neue Väter – alte Probleme? **08** Jungengesundheit – Entwicklungslinien und Herausforderungen **10** Männergesundheitspolitik in Irland und Australien **11** Geschlechterspezifische Hospiz- und Palliativkultur **12** Belastungserleben pflegender Männer **13** Bürgerschaftliches Engagement von Männern **15** Männerinteressen und Gleichstellungspolitik: Zwei Seiten einer Medaille **16** Männergesundheit in der lokalen Gesundheitsförderung?! **17** Subjektive Gesundheit und Bedarfe von Männern im mittleren Lebensalter – eine Studie des Runden Tisches Männergesundheit in Bremen **18** Modellprojekt AjuMA – Ausbildung junger Männer mit Migrationshintergrund in der Altenpflegehilfe **19** Aktionstag Ernährung „Frisch und aktiv durch den Tag“ **20** Nicht nur fünftes Rad am Wagen – Väter im Kreißsaal **21** Geburtsvorbereitung – Männersache? **22** Jungenarbeit und Gesundheit **23** Wilde Jungs in der Grundschule: Wutausbrüche und das BeSt-Modell **24** Landkreisweite Versorgung – Kooperation und Beratung unter einem Dach **25** Bücher, Medien **26** Termine LVG & AFS **29** Impressum **31** Termine **32**



THOMAS ALTGELD

Nicht das Falsche fordern und thematisieren! Gesundheitsförderung für Männer und Jungen effektiv gestalten

Das Bundesministerium mit den Frauen im Ministeriumstiel setzt sich in letzter Zeit verstärkt auch für die Belange von Jungen und Männern ein. 2011 wurde auf Initiative des Ministeriums erstmals ein „Boys' Day“ parallel zum bereits seit Jahren durchgeführten „Girls' Day“ organisiert, über den Jungen Anregungen für ihre Berufswahl bekommen und neue Erfahrungen machen können.

Diese neue, nicht unumstrittene Form der Gleichstellungspolitik mit umgekehrten Vorzeichen scheinen Jungen auch bitter nötig zu haben, wenn man die Bilder vom vermeintlich starken Geschlecht in den Medien betrachtet. Dieses scheint in vielerlei Hinsicht zum „problematischeren“ Geschlecht mutiert zu sein. Fast schon egal, ob es um Bildung, Kriminalität, Drogenkonsum, Gewaltbereitschaft, Computersucht, Übergewicht oder Suizid geht, immer schneiden Männer und Jungen deutlich schlechter ab als ihre weiblichen Altersgenossinnen. Jungen bereiten dem Bildungs- und Gesundheitssystem offensichtlich größere Schwierigkeiten oder haben damit die größeren Probleme: Bereits im Übergang vom Kindergarten zur Grundschule erhalten Jungen deshalb deutlich mehr ergotherapeutische und logopädische Unterstützung als Mädchen. Laut Heilmittelbericht 2010 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK erhielt 2009 etwa jeder vierte sechsjährige Junge logopädische Leistungen, jeder achte Ergotherapie. Was hier eine adäquate Versorgung und was nur schiere von aufmerksamen Erzieherinnen befeuete Panik besorgter Eltern vor dem möglichem Bildungsversagen der Söhne ist, müsste dringend besser untersucht werden.

Einseitige Diskursstrategien?

Das medial gestützte Bild „neuer Männlichkeit“ hat eine deutliche Defizitschlagseite. Die gesundheitlichen Verhaltensweisen, in denen Männer schlechter abschneiden als Frauen, werden überdurchschnittlich häufig thematisiert. Der so genannte erste deutsche Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit wurde vorab in der Bildzeitung publiziert, ein ungewöhnlicher Schritt, um wissenschaftliche Erkenntnisse unter Volk zu bringen. Der Aufmacher der Bildzeitung vom 25. Oktober 2010 zu der Serie „Gesundheitsreport Mann“ stand unter den Überschriften Krebs, Alkohol, Übergewicht und Impotenz. Muss ein „Gesundheitsreport Mann“ so aussehen? Sind das wirklich zentrale Aspekte der Männergesundheit? Was ist mit höherer Stress- und Symptomtoleranz, mehr sportlicher Aktivität oder weniger komasaufenden Jungs als Mädchen, die ins Krankenhaus eingeliefert werden?

In fast allen Geschlechter vergleichenden Analysen werden die höhere Risikobereitschaft und das vermeintlich geringere Gesundheitsbewusstsein von Männern diagnostiziert. Bedient nicht gerade dieser Diskurs archetypische Bilder von Männlichkeit? Schafft er damit nicht auch weitere Orientierungen, was „wirklich“ männlich ist? Am Beispiel der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen lässt sich zudem zeigen, dass der kritische Diskurs über die niedrigeren Inanspruchnahmeraten der Männer völlig undifferenziert geführt wird. Männer sind keine „Vorsorgemuffel“. Die Daten des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung zeigen deutlich, dass die Inanspruchnahmeraten der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen mit zunehmenden Lebensalter sinken, während sie bei Männern bis zum 70. Lebensjahr kontinuierlich ansteigen und danach erst leicht abfallen. Zudem nehmen Männer über 75 Jahre dieses Angebot häufiger in Anspruch als gleichaltrige Frauen. Männer ab dem 45. Lebensjahr nehmen den Gesundheits-Check-up häufiger wahr als Frauen. Sind Frauen über 45 deshalb schon „Vorsorgemuffelinnen“ (nicht einmal ein Wort dafür gibt es ...)?

Geschlechtsspezifische Angebote werden kaum forciert

Der ganze risikoorientierte Diskurs leidet auch darunter, dass die Angebotsgestaltung im Präventionssektor (z.B. die Thementauswahl, die Art und der Kontext der Bewerbung) nicht in Bezug zu der Inanspruchnahme gesetzt wird. Die Unter- und Fehlversorgungslagen in diesem Angebotssektor sind nicht nur auf das vermeintlich geringere Gesundheitsbewusstsein von Männern zurückzuführen, sondern auch auf die geschlechtersensible Ausgestaltung der meisten Angebote.

So ist Gender Mainstreaming als Qualitätsanforderung im Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes Bund weder als Grundsatz noch als Qualitätsmerkmal aufgeführt: In den Grundsätzen wird eine Fokussierung auf die Zielgruppen gefordert, „bei denen der Bedarf am größten ist. Indikatoren für spezifische Zielgruppen können dabei neben den geläufigen Sozialindikatoren wie Einkommen, Bildung, Beruf und Wohnungssituation weitere allgemeine soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Familienstand oder spezifische Lebenszyklusphasen, Phasen nach kritischen Lebensereignissen, besondere Belastungen oder Risiken sein. Inhalte und Methodik der Intervention wie auch die Zugangswege sind speziell auf die Zielgruppen abzustellen“. Geschlecht taucht immerhin neben vier benannten „geläufigen Sozialindikatoren“ als ein „weiterer allgemeiner soziodemografischer Faktor“ auf. Abgesehen davon, dass auch die anderen Faktoren in der



Präventionspraxis kaum berücksichtigt werden, verdeutlicht die beiläufige Nennung des Faktors Geschlecht anscheinend dessen geringe Relevanz für die Ausgestaltung und Finanzierung der Angebote. Deshalb zeigen die Präventionsberichte über die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention Jahr für Jahr das gleiche Bild bezüglich der Erreichbarkeit von Männern für Kursangebote nach dem individuellen Ansatz: Männer nehmen diese Angebote nicht nennenswert in Anspruch. Laut Präventionsbericht 2009 wurden Kursangebote nach dem individuellen Ansatz überdurchschnittlich häufig von Frauen in Anspruch genommen. Ihr Anteil lag bei 77%, während der Anteil der männlichen Kurs Teilnehmer bei 23% lag. Die Nichterreichbarkeit von Männern über diese Angebotsstruktur und bei anderen präventiven Angeboten wird offenbar hingenommen wie ein Naturereignis. Insbesondere wird von den Krankenkassen nicht thematisiert, ob die Angebotsstruktur selbst und die vorgegebenen Inhalte (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtprävention) der Grund für niedrige Männerraten in den Kursangeboten sein könnten. Damit leisten diese primärpräventiven Kursangebote, der Intention des Gesetzauftrages entgegenlaufend, wahrscheinlich einen Beitrag zur Vergrößerung oder bestenfalls zur Beibehaltung ungleicher Gesundheitschancen zwischen den Geschlechtern.

Gesundheitsinformationen können geschlechtsneutral kaum effektiv vermittelt werden

Die Sprache und Gestaltung der meisten Gesundheitsinformationen verdeutlicht die Adressierung von hehren, einfachen Botschaften an vermeintlich geschlechtslose Wesen. Eigenverantwortung für Gesundheit und verantwortlicher Umgang mit dem eigenen Körper scheinen nicht von geschlechtsspezifischen Sozialisationen abhängig, sondern irgendwie für jeden Menschen lebbar und möglich zu sein. Diese Gesundheitsbotschaften konkurrieren insbesondere mit einer geschlechtstypischen Sozialisation, in der Männer immer noch lernen, keinen Schmerz zu kennen oder für außenorientiertes Verhalten mehr belohnt zu werden als Frauen. Gesundheitsaufklärung durch klassische leselastige Medien- und Broschürenproduktion entspricht nicht den Lebensgewohnheiten und Bedarfen der Zielgruppen. Die leselastige Materialproduktion in der Gesundheitsaufklärung und -information führt zu einer höheren Akzeptanz bei Mädchen und Frauen, da diese laut PISA-Studien häufiger und besser lesen.

Die zentrale Frage bleibt außerdem, ob nicht gerade die auf den ersten Blick riskanteren gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen von Männern und die Nichtinanspruchnahme von bestimmten Angeboten der Gesundheitsförderung ein wesentlicher Teil ihrer Art „ihren Mann zu stehen“ sind. Das

heißt, wenn sich Männlichkeitskonzepte und Rollenerwartungen sowie die Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention nicht verändern, werden Männer diese Verhaltensweisen kaum aufgeben können, ohne den Verlust ihrer männlichen Identität zu riskieren. Mit der Wahl der richtigen Themen für genau definierte Subzielgruppen und dem stärkeren Anknüpfen an Ressourcen im männlichen Lebensverlauf könnte eine effektive Neuorientierung der Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote eingeleitet werden. Dafür muss vor allem das Fachpersonal im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich für mänderspezifische Gesundheitsproblematiken und Gesundheitsförderungsansätze sensibilisiert und qualifiziert werden. Darüber hinaus spielt die Entwicklung einer jungen- und mänderspezifischen Gesundheitskommunikation eine wesentliche Rolle. Gesundheitsförderungsansätze können nur greifen, wenn die Auswahl der Prioritäten mit den Zielgruppen erfolgt und nicht nur die Minimierung zugeschriebener, epidemiologisch bedeutsamer Risiken im Vordergrund steht.

Literatur beim Verfasser (siehe Impressum)

ANNE STARKER, THOMAS ZIESE

Männergesundheits – ein Thema für die Gesundheitsberichterstattung

Während die Frauengesundheitsforschung und damit auch die Berichterstattung zur Frauengesundheit mittlerweile auf eine lange Geschichte zurückblicken können, hat sich die männerorientierte Gesundheitsberichterstattung in Deutschland lange Zeit weniger gut entwickelt. Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes am Robert Koch-Institut, die in Kooperation mit dem Statistischen Bundesamt kontinuierlich Daten und Informationen zur Gesundheit der Bevölkerung veröffentlicht, stellt das Thema Männergesundheits nun in den Mittelpunkt eines umfassenden Berichtes, der voraussichtlich im ersten Halbjahr 2012 erscheinen wird. Ergänzend zu den geschlechtervergleichenden Berichten der GBE bietet ein solcher Bericht die Möglichkeit, die geschlechtsspezifischen Besonderheiten stärker zu berücksichtigen.

Notwendigkeit einer geschlechterdifferenzierten Darstellung von Gesundheits

Eine geschlechterdifferenzierte Darstellung der Gesundheits von Männern im Vergleich zu der von Frauen ist hierbei nur der Ausgangspunkt der Betrachtungen. Geschlecht ist zwar eine zentrale Kategorie, die Gesundheits und Krankheit beeinflusst, ihr Effekt wird aber auch von anderen Einflüssen überlagert oder verstärkt. Erst durch die Berücksichtigung der Abweichungen und Ähnlichkeiten innerhalb der Gruppe der Männer geraten die Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren für Gesundheits und Krankheit in den Blick. Wichtige Differenzierungsebenen sind hierbei Alter, Bildung, soziale Lage, Lebensform, Erwerbsstatus sowie Migrationsstatus. Einige geschlechterdifferenzierte Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Gesundheitszustand und die Mortalität bei Männern stärker noch als bei Frauen mit sozialen Faktoren, wie Bildungs- und Einkommensstatus verknüpft sind. Ebenso werden in Abhängigkeit vom Lebensalter unterschiedliche Risiko- und Schutzfaktoren wirksam.



Fehlende Datenquellen erschweren die Berichterstattung

Nicht zu allen Themen und Differenzierungsebenen sind geeignete Datenquellen verfügbar, die den Standards für GBE-Datenquellen genügen. So sind für eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung die amtlichen Statistiken, Register- und Routinedaten nicht immer ausreichend, weil sie in vielen Fällen nicht gestatten, die Gesundheit von Männern vor dem Hintergrund ungleicher Lebensbedingungen und Teilhabechancen zu betrachten. Einen erweiterten Zugang eröffnen hier bevölkerungsrepräsentative Studien, wie die vom Robert Koch-Institut durchgeführten Gesundheitssurveys. Neben einem breiten Spektrum gesundheitsrelevanter Themen wie Krankheiten, Beschwerden, subjektive Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität, psychische Störungen und Gesundheitsverhalten, beinhalten sie auch Fragen zur Erwerbsarbeit, Familie, Wohnen und anderen Lebensbereichen. Sie schaffen damit die Voraussetzung für eine die Lebenssituation berücksichtigende Gesundheitsberichterstattung. Qualitative Studien – sofern sie vorliegen – können darüber hinaus mögliche Erklärungszusammenhänge aufdecken.

Bericht zur Männergesundheit des Robert Koch-Instituts

Inhaltlich soll der Bericht in acht Kapiteln umfassend über zahlreiche Aspekte der Männergesundheit in Deutschland informieren. In den einleitenden Kapiteln wird neben der Darstellung der demografischen und sozialen Eckdaten der männlichen Bevölkerung der Frage nachgegangen, was die Gesundheit von Männern beeinflusst. Hier soll sowohl auf biologische Erklärungsansätze eingegangen als auch ein Überblick über sozialwissenschaftliche Theoriekonzepte gegeben werden. Inwieweit die psychosozialen Unterschiede bezüglich Einstellung, Verhalten und Lebensweise für die Geschlechterunterschiede verantwortlich sind, kann nicht abschließend geklärt werden. Ziel ist es vielmehr, einige Grundlagen und Anknüpfungspunkte für die Darstellung und Interpretation der empirischen Daten zur Männergesundheit zu liefern.

Im empirischen Teil des Berichtes wird zunächst ein Überblick über Aspekte des Gesundheitsstatus von Männern gegeben. Hier werden unter anderem differenzierte Daten zur Lebenserwartung, den häufigsten chronischen Erkrankungen, der subjektiven Gesundheit und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dargestellt. Der Bereich der psychischen Erkrankungen und die Spezifik der Krankheitsbilder bei Männern sollen vertiefend dargestellt werden. Ein weiteres Kapitel

richtet den Blick auf das Gesundheitsverhalten von Männern. In diesem Kapitel ist eine soziale Differenzierung der Männer besonders wichtig, da sich das Lebensalter und die sozioökonomische Lage als wesentliche Einflussfaktoren für gesundheitsrelevantes Verhalten erwiesen haben. Die Bedeutung der Arbeitswelt für die Gesundheit von Männern stellt ein Schwerpunktthema des Berichtes dar. Fragen sind hierbei unter anderem, welche Gesundheitschancen und -risiken für Männer in Abhängigkeit von unterschiedlichen Arbeitsumgebungen sowie unterschiedlichen Formen von gesundheitsrelevanten Anforderungen und Belastungen bestehen. Auch die Auswirkungen von Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit auf die gesundheitliche Situation von Männern wird thematisiert. Neben der Arbeitswelt spielt die Lebensform beziehungsweise der familiäre Lebenskontext eine zentrale Rolle für das eigene Wohlbefinden und die Gesundheit. Aus diesem Grund werden Forschungsergebnisse zu den Wirkungen von Partnerschaften und Familie auf die Gesundheit von Männern präsentiert. Schließlich werden in dem Bericht Handlungsfelder einer geschlechtersensiblen Prävention und Gesundheitsförderung sowie deren Weiterentwicklungsmöglichkeiten skizziert. Durch die differenzierte Betrachtung der Gesundheit der Männer in Deutschland soll es möglich sein, gesundheitspolitisch relevante Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung zu identifizieren und Mechanismen aufzuzeigen, die zur Gesunderhaltung von Männern beitragen können.

Ziel des Berichtes zur Männergesundheit im Rahmen der GBE des Bundes ist es, eine empirische Grundlage für den öffentlichen Diskurs zu schaffen. Der Bericht möchte dabei nicht nur gesundheitliche Risiken aufzeigen, sondern insbesondere auch die Ressourcen von Männern identifizieren, die dazu beitragen können, ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern.

ANNE STARKER, DR. THOMAS ZIESE, Robert Koch-Institut, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, General-Pape-Straße 62-66, 12101 Berlin, E-Mail: StarkerA@rki.de, ZieselT@rki.de

ELLEN KUHLMANN

Gender und Diversity: Wie weiter in der Gesundheitsversorgung?

Gender ist in der Gesundheitsversorgung schon lange kein Fremdwort mehr. Geschlechterspezifische und gendersensible Versorgungskonzepte sind nicht mehr auf feministische Akteure begrenzt. Gender wird auch nicht mehr zwangsweise mit Frauen gleichgesetzt. Vielmehr hat sich in den letzten Jahren auch die Männergesundheit als Forschungs- und Praxisfeld entwickelt. Und dennoch werfen die Integrationsversuche des Gender-Mainstream der Versorgung gegenwärtig oft mehr Fragen auf als beantwortet werden. Zudem wird der Masterstatus der Gender-Kategorie zunehmend von Diversity Konzepten und Forderungen nach Intersektionalität in Frage gestellt. Dieser Artikel will zur Klärung der Begriffe beitragen und Möglichkeiten sowie Fallstricke der Konzepte aufzeigen.

Die sex-gender Unterscheidung: Immer noch relevant!

Die Unterscheidung zwischen den Begriffen „sex“ als biologische Dimension und „gender“ als soziale Dimension von Geschlecht ist altbekannt und der Nutzen dieser Abgrenzung



kontrovers. Doch die Relevanz dieser Unterscheidung ist aktueller denn je, denn die Politik des Gender-Mainstreaming hat auch zu einer neuerlichen Begriffsverwirrung geführt. So reduziert sich das Vordringen von Gender in den Mainstream häufig auf eine simple statistische Übung: Daten werden nach Frauen und Männern aufgeschlüsselt, ohne die Unterschiede in den Lebensbedingungen und im Versorgungssystem zu berücksichtigen – die Ergebnisse werden dann aber als Genderforschung oder gendersensible Versorgung präsentiert.

Die Auflösung der sex-gender Differenzierung durch einen diffusen, scheinbar omnirelevanten Gender-Begriff ist aus mehreren Gründen äußerst problematisch. So macht sich gegenwärtig, nicht nur in der Medizin, ein auf die biologischen Dimensionen reduziertes Verständnis von Geschlecht durch die Hintertür wieder breit. Sind komplexe soziale Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit erstmal biologistisch reduziert, dann sind medizinische Lösungen nicht mehr weit entfernt. Diese drängen regelmäßig Public Health-Ansätze oder psychosoziale Versorgungsangebote in den Hintergrund und können zum Türöffner für Medikalisierungsprozesse werden. Neben den bekannten Beispielen, wie den Medikamenten zur Potenzsteigerung, sind hier auch Screening Verfahren wie der PSA Test zu nennen. Aus dem Bereich der Frauengesundheit sind solche Prozesse schon seit Jahrzehnten bekannt und werden kritisch diskutiert. Mit der steigenden Bedeutung der Männergesundheitsforschung ist mit ähnlichen Trends zu rechnen.

Es scheint also weiterhin notwendig, auf einer Trennung zwischen den biologischen und den sozialen Dimensionen der Geschlechterkategorie zu insistieren. Nur so lassen sich die Zusammenhänge in der Praxis bestimmen. Zugleich ist nicht von der Hand zu weisen, dass Gesundheit und Krankheit nicht allein durch sex und gender bestimmt werden, und dass eine Fixierung auf genderspezifische Bedarfslagen zu neuen Stereotypisierungen führen kann. Ein Beispiel dafür ist die Annahme, dass Männer seltener als Frauen Hilfsangebote in Anspruch nehmen. Differenzierte Studien konnten hier zeigen, dass dies überwiegend nur für geringfügige Erkrankungen gilt und zu-

dem Alter, ethnisch-kulturelle Aspekte sowie geographische Regionen ebenfalls relevant sind; bei schwerwiegenden medizinischen Problemen, z.B. Krebserkrankungen, verschwindet der Geschlechterunterschied.

Diversity Management

Diversity Management will auf die unterschiedlichen Bedarfslagen hinweisen und war zum Teil hilfreich bei der Entwicklung zielgruppenorientierter Angebote. Das Konzept erweist sich aber als problematisch. So hat die Kategorie Gender keine privilegierte Rolle innerhalb der Diversität von Anforderungen und Bedarfslagen. Diversity Konzepte können sogar zu einer völligen Missachtung eines geschlechterspezifischen Versorgungsbedarfs führen. Das grundlegende Problem ist, dass die Definition von Diversity zur Beliebigkeit und damit anfällig für soziale Machtverhältnisse wird.

Intersektionalität

Intersektionalität ist ein Konzept, das auf die dynamischen Zusammenhänge und die Überschneidungen zwischen unterschiedlichen sozialen Kategorien hinweist. Ein Teil der Debatten stellt auch den Masterstatus der Kategorie Gender in Frage. Mehrheitlich geht es aber darum, die unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit, einschließlich Gender, als flexibel und dynamisch zu erfassen. Theoretisch und methodisch ist das Konzept mit Fragezeichen versehen, da sich die komplexen Dynamiken oft nicht angemessen abbilden lassen.

In der Umsetzung zeigen sich aber interessante Parallelen mit Konzepten der Zielgruppenorientierung aus der Prävention und Gesundheitsförderung. In einigen dieser Angebote wird Gender im Zusammenspiel mit anderen sozialen Kategorien berücksichtigt, die identitätsstiftend sind, aber auch gesundheitliche Ungleichheiten hervorrufen können. Beispiele dafür wären sozial integrative Angebote aus der Alkohol- oder auch Gewaltprävention für Jungen aus bildungsfernen, sozial benachteiligten Familien, etwa in bestimmten Stadtteilen, Sportvereinen oder Schulen.

Gender zielgruppenorientiert berücksichtigen

Es spricht nichts für einen übereilten Abschied von Gender als Masterkategorie, noch bevor diese überhaupt flächendeckend eingeführt ist. Es gibt auch keine Hinweise darauf, dass das Gesundheitssystem „reif“ wäre für einen solchen Schritt. Vielmehr dominieren noch immer ganz überwiegend geschlechterneutrale Versorgungskonzepte und eine Ignoranz gegenüber den sozialen Dimensionen von Geschlecht. Da es kein Patentrezept für gendersensible Gesundheitsversorgung gibt, muss jeweils fallspezifisch geprüft werden, welche Rolle Geschlechterdifferenzen (und hier die biologischen und die sozialen Dimensionen) spielen und in welchem Verhältnis sie zu anderen sozialen Merkmalen stehen. Ein sinnvoller Weg wäre die Entwicklung von Versorgungsangeboten, die genderspezifische Anforderungen zielgruppenorientiert berücksichtigen. Dieses Konzept wäre auch besser gewappnet gegen eine relative Beliebigkeit des Diversity Managements, das keine Hinweise auf sozial verantwortliche Prioritätensetzung für die Entwicklung von Versorgungskonzepten liefert.

Literatur bei der Verfasserin

PD DR. ELLEN KUHLMANN, Department of Social and Policy Sciences, University of Bath, England, E-Mail: e.c.kuhlmann@bath.ac.uk



HEINO STÖVER

Doing Gender with Drugs!

Neueste Zahlen zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland belegen, dass männliche Jugendliche häufiger Alkohol konsumieren und häufiger von Rauschtrinken (binge drinking) berichten als gleichaltrige Mädchen. Trotz Angleichungen im Trinkverhalten konsumieren immer noch mehr Jungen sowie Männer Alkohol und andere Drogen mit riskanteren Konsummustern, öffentlicher und unangepasster, mit größeren sozialen, rechtlichen und ökonomischen Folgen als Mädchen und Frauen. Jungen und Männer sind also von Problemen, die aus Alkohol- und Drogenkonsum resultieren, besonders stark betroffen. Gleichzeitig sind ihre Fähigkeiten, Ressourcen und Aussichten, diese Problematik zu bewältigen, geringer.

Die Fragen, die sich stellen, sind: Was sind die Gründe für dieses unterschiedliche Drogenkonsumverhalten bei männlichen und weiblichen Jugendlichen sowie späteren Erwachsenen? Welche Bedeutung haben Drogen, Rausch und auch Abhängigkeit im Prozess der Konstruktion von Geschlechtsidentität? Doing gender with drugs? Und wie reagiert die Suchtprävention und -behandlung auf diese Herausforderungen? Gibt es eine mänderspezifische Suchtkrankenhilfe?

Drogen in der Identitätsentwicklung von Jungen und Männern

Der Konsum psychotroper Substanzen, v.a. Alkohol, ob gelegentlich oder dauerhaft, moderat oder exzessiv, allein oder in Gruppen, scheint für viele Jungen und Männer ein probates Mittel der Erlebnis-, Gefühls- sowie Zugehörigkeitssteigerung. Die Grenzen des kontrollierten Wachbewusstseins werden im Rausch aufgehoben, Erfahrungen werden intensiver und neue Kollektiverfahrungen werden möglich (z.B. Komasaufen). Zudem werden Gruppenhierarchien gebildet (über standhafte und schwache Trinker), Aktivitäten nur unter Drogeneinfluss durchgeführt und Geschlechterspannungen aktiv(er) gelebt.

Drogen spielen in diesen Prozessen der Konstruktion von Geschlechtsidentitäten als Demonstrationsmittel von Stärke und Macht, als Anti-Stressmittel, als Symbol von Grenzüberschreitung und Gefährlichkeitssuche, als Kommunikations- oder Rückzugsmittel eine herausragende Rolle. Sprachlosig-

keit und hohe Affektkontrolle können überwunden werden. Wir wissen, dass Jungen und Männer Drogen einerseits mit hoher Wirkungsorientierung konsumieren, dass sie aber auch stark auf den Symbol- und Bedeutungsgehalt gegenüber anderen Männern, aber auch Mädchen bzw. Frauen orientiert sind. Insbesondere der Alkoholgebrauch dient bei Männern als Stimulations- und Kompensationsmittel gegenüber Leistungsanspruch und Kampfbereitschaft. Alkoholgebrauch dient als Coping-Strategie traditioneller Männlichkeit: Verdrängen, Abspalten und Abschotten. Dieser Konsum muss im Kontext der Verunsicherung der männlichen Geschlechtsrolle diskutiert werden.

Der verunsicherte Mann

Der Erziehungswissenschaftler Robert Connell behauptet, dass männliche Jugendliche ihre soziale Männlichkeit und ihr männliches Selbstbild vor allem durch die Verachtung von Frauen, aber auch von anderen Männern, nicht jedoch aus der Wertschätzung der Vielfalt der eigenen Männlichkeiten entwickeln. Hieraus resultierend geht es während der Adoleszenzphase dann vor allem darum, widersprüchliche Rollenanforderungen auszuhalten und diese konstruktiv in das eigene Selbstbild und das eigene Lebenskonzept umzusetzen. Aber wie soll welches Mann-Sein gestärkt und entwickelt werden? Worauf sollen sich Empowerment-Strategien beziehen?

Die Männerforscher Reinhard Winter und Gunter Neubauer geben mit ihrem Modell „Balanciertes Junge- und Mannsein“ Antworten auf diese Fragen. Unter anderem streben sie mit ihrem Modell an, Jungen und Männer bei der Entwicklung einer Sensibilität gegenüber den verschiedenen Rollenanforderungen zu unterstützen, indem sie dichotome Seiten des Mann-Seins bewusst machen:

Leistung • Entspannung
 Aktivität • Reflexivität
 Konzentration • Integration
 Präsentation • Selbstbezug
 Konflikt • Schutz
 Stärke • Begrenztheit
 Kulturelle Lösung • Kulturelle Bindung
 Heterosozialer Bezug • Homosozialer Bezug.

Geschlechts- und jungenspezifische Sucht-, Sozial- und Erziehungsarbeit

Alters-, geschlechts- und kulturspezifische Ansätze sind dann erfolgreich in der Prävention und Suchthilfe, wenn sie lebensweltnah und zielgruppenspezifisch gestaltet werden. In einem gesundheitsförderlichen Sinn müssen die Selbstheilungskräfte mobilisiert und unterstützt werden. „Von-Gleich-zu-Gleich-Methoden“ (peer-support) eignen sich dabei in besonderer Weise. Verkrankungsstrategien, die den Drogenkonsumenten zu einem passiven Objekt professioneller Interventionen machen, sind nicht geeignet, männliche Autonomiebestrebungen anzuerkennen und letztlich Betroffenenkompetenz aufzubauen.

Die Frage an Konsumenten nach dem Zusammenhang ihrer Männlichkeitsvorstellung und ihres Drogenkonsumverhaltens öffnet bei vielen von ihnen einen neuen Blick auf den Sinn und die Funktion des Drogenrauschs. Abstinenz als Ziel der Suchtprävention ist für Jugendliche und Jungen in der

Regel kaum realistisch. Daher muss es im Sinne einer Schadensbegrenzung eher darum gehen, sowohl die Chancen als auch die Probleme anzusprechen, die mit dem Drogenkonsum verbunden sind. Die Risikopädagogik hat hier bereits brauchbare Modelle einer Risikobegleitung entwickelt. Damit verbunden ist eine Genussorientierung, die in männlichen Drogenkonsummustern hinter einer Wirkungsorientierung und -optimierung verborgen ist.

Männerspezifische Behandlungsziele

Welche männerspezifischen Ziele sollten in der Behandlung von Drogen- bzw. Alkoholabhängigen formuliert werden? Grundsätzlich geht es um ein Zulassen eigener Schwächen, um eine Versöhnung von idealem und realem Selbstbild und schließlich um ein Infragestellen des vorhandenen kulturspezifischen Männerbildes. Aber noch bleiben viele Fragen offen: Welche Konzepte haben wir, um geschlechtersensible Drogenarbeit mit Migrant*innen zu machen? Wie kommen wir an sozial benachteiligte Jungen sowie ihre Erziehenden und nicht nur an die ohnehin ressourcenstarken Jugendlichen aus der Mittelschicht heran?

Für Elternhaus und Schule ist es von Bedeutung mit den Jungen in Kontakt zu bleiben beziehungsweise zu kommen. Nicht die Verbote der Eltern oder der Bezugspersonen helfen den Jungen weiter, sondern ein „Auf-sie-Zugehen“. Es gilt, Beziehungen nicht nur herzustellen, sondern diese zu halten, zu belasten und klären zu können. Eltern, die Sorge um ihre Söhne haben, sollten genau dieses ihren konsumierenden Jungen mitteilen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HEINO STÖVER, Fachhochschule Frankfurt, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit (Fb4), Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt, Tel.: (0 69) 15 33 28 23, E-Mail: hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

PETER DÖGE

Gewalthandeln und Gewalterleiden von Männern in Deutschland Ergebnisse der Sonderauswertung der Männerstudie 2009

Der Zusammenhang von Männlichkeit und Gewalt bildet von je her einen Schwerpunkt der Männerforschung. Allerdings leidet insbesondere die bundesdeutsche Männerforschung darunter, dass differenzierte Untersuchungen zum Gewalthandeln sowie zum Gewalterleiden von Männern auf einer breiten empirischen Basis – abgesehen von den Daten etwa der polizeilichen Kriminalstatistiken oder den kriminologisch angelegten Arbeiten zum Gewalthandeln junger Männer – bisher eher selten sind. Einen Schritt zur Abhilfe dieser, auch unter dem Aspekt der Gesundheitsvorsorge misslichen Lage, stellt die auf den Daten von 1.470 Männern basierende Sonderauswertung der Männerstudie 2009 zum Gewalthandeln von und gegen Männer in Deutschland dar. Indem sie auf der so genannten Conflict Tactic Scale aufbaut, die konkrete (Gewalt-)Handlungen abfragt und somit eine subjektive Deutung dieser Handlungen als Gewalt oder Nicht-Gewalt vermeidet, erlaubt sie einen genaueren Zugang zum Gewalthandeln und



insbesondere Gewalterleiden von Männern. Da auch die Daten von 970 Frauen in die Analyse mit einbezogen wurden, ermöglicht die Sonderauswertung zudem in Ansätzen einen Vergleich des Gewalthandelns und Gewalterleidens von Frauen und Männern, wobei sich nachfolgend genannte zentrale Ergebnisse zeigen.

Gewalt und Geschlecht

Gewalt ist keineswegs nur Männer-Gewalt, auch Frauen sind gewalttätig. Zwar existiert eine eindeutige geschlechtsspezifische Differenzierung des Gewalthandelns der Geschlechter dahin gehend, dass Männer eher zu schwerer physischer und sexualisierter Gewalt neigen, im Hinblick auf die Ausübung anderer Formen physischer Gewalt (Ohrfeigen, mit einem Gegenstand bewerfen) unterscheiden sich die Geschlechter jedoch kaum: Knapp ein Drittel der Gewalthandlungen der Frauen und Männer fallen in diese Kategorien. Als Opfer erfahren Männer häufiger schwere physische Gewalt als Frauen, diese wiederum häufiger verbalisierte und Kontrollgewalt. Dabei ist zu beachten, dass Männer und Frauen zu etwa gleichen Teilen Gewalthandlungen vom Partner beziehungsweise der Partnerin erfahren: Rund ein Fünftel der benannten Gewalthandlungen stammen von diesen, etwa ein Viertel der Gewalthandlungen richten sich gegen den Partner beziehungsweise die Partnerin. Auch in diesem Bereich der Partnergewalt zeigt sich wieder das schon oben skizzierte geschlechtsspezifische Muster mit dem Schwerpunkt der Männer im Bereich der schweren physischen sowie der sexualisierten Gewalt und einer weitgehenden Symmetrie der Geschlechter bei anderen Formen physischer Gewalt: Jeweils 13% der Nennungen der befragten Frauen und Männer finden sich in diesem Bereich. Bei der Paargewalt scheint es sich dabei überwiegend um situative Konfliktgewalt zu handeln, denn geringe Häufigkeiten bestimmen das Gewalthandeln: etwa die Hälfte der genannten Handlungen findet maximal dreimal im Jahr statt.

Häusliche Gewalt umfasst aber nicht nur Beziehungs-, sondern beinhaltet auch Erziehungsgewalt – und hier findet sich ebenfalls eine weitgehende Symmetrie der Geschlechter: Etwa neun Prozent der befragten Mütter und sieben Prozent der befragten Väter gaben an, Gewalt gegen Sohn oder Tochter



ausgeübt zu haben. Männer neigen auch hier wieder zu schwerer physischer Gewalt, Frauen zu den anderen Formen physischer Gewalt sowie insbesondere zu Kontroll- und verbaler Gewalt. Insgesamt richtet sich das Gewalthandeln der Eltern doppelt so häufig gegen den Sohn als gegen die Tochter.

Männer als Täter und Opfer

Männer, die ihre Lebensumstände und ihre Kindheit negativ einschätzen, neigen im Vergleich zu Männern, die diese als positiv bewerten, eher zu Gewalt. Zudem sind männliche Täter häufiger Pessimisten als männliche Nicht-Täter (18,8% zu 5,1%), verfügen seltener über eine sehr starke Vatererfahrung als männliche Nicht-Täter (67,9% zu 82%) und richten ihr Gewalthandeln eher in den sozialen Nahraum.

Gewaltverstärkend wirkt erwartungsgemäß ein erhöhter Alkoholkonsum – dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen. Ebenso zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Gesundheitsbewusstsein und Gewalthandeln bei den befragten Männern: Keine Gedanken über ihre Gesundheit machen sich 22% der gewaltaktiven, aber nur rund 13% der nicht gewaltaktiven Männer. Die Anzahl der Arztbesuche ist jedoch kein Indikator für das Gesundheitsbewusstsein, denn insbesondere Männer, die Gewalt erleiden, nehmen häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch: 11% der männlichen Opfer im Gegensatz zu 3% der Männer, die keine Gewalt erlitten haben. Dabei besteht bei den männlichen Gewaltopfern eine stark signifikante Korrelation zwischen der Anzahl der Arztbesuche und dem Erleiden schwerer physischer und sexualisierter Gewalt.

Männer werden dann zum Täter, wenn sie Opfer sind. Und in der Tat sind fast 85% aller Täter auch Opfer. Dieser Zusammenhang gilt auch für Frauen, bei denen 82% aller Täterinnen Gewaltopfer sind. Der statistische Zusammenhang ist hier ebenso stark ausgeprägt wie bei den Männern.

Perspektive gewaltpräventiver Männerarbeit

Ausgehend von diesen Befunden lassen sich drei zentrale Ansatzpunkte einer gewaltpräventiven Männerarbeit formulieren:

- Männerarbeit sollte Konfliktkompetenz vermitteln und dazu beitragen, dass Männer ihren Blick auf ihr Leben und ihre Lebensbiografie reflektieren und ggf. zu anderen Einschätzungen kommen können;
- insbesondere männliche Täterarbeit muss einen anderen Blick auf häusliche Gewalt entwickeln und stärker aus einem systemischen Blick Gewaltdynamiken innerhalb von Paarbeziehungen berücksichtigen;
- Männerarbeit sollte Männern insbesondere Raum geben, ihr gesellschaftlich nach wie vor tabuisiertes Opfersein thematisieren und reflektieren zu können.

Die Auflösung von Gewaltkulturen beginnt – wie Mahatma Gandhi betonte – immer im konkreten Alltag jedes und jeder Einzelnen: „Ich kann nicht in einem Tätigkeitsbereich gewaltlos sein und in einem anderen gewaltsam“. Diese Zusammenhänge deutlich zu machen, bleibt eine übergeordnete Aufgabe gewaltpräventiver Männerarbeit.

Die Sonderauswertung der Männerstudie zum Gewalthandeln von und gegen Männer ist Anfang April 2011 unter dem Titel „Männer – die ewigen Gewalttäter?“ im VS Verlag für Sozialwissenschaften erschienen.

Literatur beim Verfasser

DR. PETER DÖGE, „DenkRaumGestaltung“ – Büro für Strategiebildung, Kassel, E-Mail: pd@denkraumgestaltung.de

NICOLE TEMPEL, JANNA STERN

Neue Väter – alte Probleme?

„Vater werden ist nicht schwer, Vater sein hingegen sehr.“ Auch heute noch scheint dieses Zitat von Wilhelm Busch sehr aktuell zu sein. Stand jedoch früher die traditionelle Ernährerrolle im Vordergrund, findet sich heute ein zunehmendes Engagement der Väter auch im familiären Kontext. Die alleinige Verantwortung des Mannes für den Erwerb des Familieneinkommens ist längst obsolet.

Diese Veränderungen gehen mit einer ganz neuen Perspektive in der altbekannten Vereinbarkeitsproblematik von Beruf und Familie einher. Was dieses im Einzelnen – auch für die Gesundheit der Väter bedeutet – soll nachfolgend in den Blick genommen werden.

Wer sind die neuen Väter?

Bei einer theoretischen Betrachtung der aktiven Vaterschaft zeigt sich eine Vielzahl an Typologierungsversuchen, die verdeutlichen, dass es keine einheitliche Definition eines „neuen“ oder „aktiven“ Vaters gibt. Die Grenzen der Typologierungen sind fließend. Welche Bedingungen oder Merkmale ein Vater erfüllen „muss“, um als aktiver Vater bezeichnet zu werden, sind nicht klar zu benennen. Ein Aspekt, der in diesem Zusammenhang jedoch einen Anhaltspunkt liefern kann, ist die Inanspruchnahme der Elternzeit durch Väter, die seit der Einführung des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) mit den sog. Partnermonaten enorm angestiegen ist. Während im Jahre 2001 lediglich 1,5% der Väter Erziehungsurlaub nahmen, bezog laut Angaben des Statistischen Bundesamtes von Juli 2009 bis Dezember 2010 knapp ein Viertel der Väter



Elterngeld. Auffällig ist jedoch, dass Väter bisher überwiegend die erforderlichen zwei Partnermonate nutzen (75,3%). Zehn bis zwölf Monate Elternzeit kamen bisher „nur“ für jeden zehnten Vater in Frage – Frauen nutzen diesen Zeitraum zu 93%.

Befragung von Vätern

Nicht zuletzt aufgrund der steigenden Anzahl von Vätern, die sich in der Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie befinden, untersuchten die Verfasserinnen in einer qualitativen Studie, mit welchen Belastungen und Problemen aktive Väter konfrontiert sind, aber auch über welche Ressourcen sie verfügen. Ziel der Erhebung war es, der Frage nach den gesundheitlichen Auswirkungen einer aktiven Vaterschaft nachzugehen. Hierfür wurden 14 Bremer Väter interviewt, die angaben, eine aktive Vaterschaft zu leben und sich deutlich vom traditionellen Ernährermodell abgrenzten.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Die befragten Väter befanden sich oftmals in einem Spannungsfeld zwischen Beruf und Familie, welches verschiedene, teils sehr konträre Anforderungen und Erwartungen mit sich brachte. So standen sie beispielsweise im Konflikt zu den eigenen hohen Erwartungen, indem sie möglichst paritätisch Familienaufgaben übernehmen und trotzdem der traditionell verwurzelten Rolle als „Familienernährer“ gerecht werden wollten. Ähnliche Erwartungen erfuhren Sie von Seiten der Partnerin, die sowohl Sensibilität und Emotionalität, aber zugleich Durchsetzungsvermögen und Stärke erwartete. Auch im beruflichen Umfeld gaben die Väter zum Teil massive Auseinandersetzungen hinsichtlich der Realisierung ihrer neuen Rolle an, beispielsweise hinsichtlich der Reduzierung der Arbeitszeit. Wurde eine Vereinbarkeit an dieser Stelle ermöglicht, so nahmen die Väter dies als Privileg wahr. Sie betonten in diesem Zusammenhang die zentrale Bedeutung der finanziellen Unabhängigkeit und stellten heraus, dass eine Arbeitszeitreduktion bisher lediglich für finanziell besser gestellte Väter möglich ist. Aber auch strukturelle Rahmenbedingungen, wie ein Mangel an Betreuungseinrichtungen und unflexible Öffnungszeiten, wurden als erschwerende Faktoren für die Realisierung einer aktiven Vaterschaft genannt.

Insgesamt zeigte sich, dass Väter gefordert sind, sich mit vielfältigen Rollenerwartungen und nicht zuletzt auch mit der Definition der eigenen (männlichen) Rolle auseinander zu setzen. Bisher mangelt es hier an klaren männlichen Vorbildern beziehungsweise Orientierungsmustern, was mit Unsicherheiten in der väterlichen Rolle einhergeht.

Welche gesundheitlichen Auswirkungen hat eine aktive Vaterschaft?

Die Interviews verdeutlichten, dass die dargestellten Herausforderungen nicht spurlos an den Vätern vorübergehen. Dabei ist insbesondere der mit einer aktiven Vaterschaft einhergehende Zeitmangel als zentrale Einschränkung anzusehen. Einige Väter sprachen von permanentem Stress, der sich über „unter Druck stehen“, „funktionieren müssen“ sowie Überforderung definiert und sich in Ungeduld und Gefühlen von Wut äußern kann. Für die befragten Männer stellten ihr Beruf und ihr soziales Umfeld Ressourcen dar, die ihnen halfen, sich vor den Auswirkungen des andauernden Stresses zu schützen.

Dennoch zeigten sich im untersuchten Sample zum Teil negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, sozialer Rückzug und sogar erkennbare Anfangszeichen von Burnout. Körperlich äußerten die Väter stressbedingte sowie aus dem Schlafmangel resultierende Auswirkungen wie Unkonzentriertheit, Kopf- und Magenschmerzen, denen mit Funktionalismus/Pragmatismus bzw. Medikamenteneinnahme begegnet wurde. Die wohl stärkste Veränderung bezüglich des Gesundheitsverhaltens war die Reduktion der körperlichen Aktivität. Um Beruf und Familie zu vereinbaren, nannten die Männer neben organisatorischen Strategien, wie einer punktuellen Zeitplanung, auch ein klares Ziehen von Grenzen und das Verändern von belastenden Situationen, wie konfliktlösende Gespräche oder sogar das Einreichen der Kündigung. In einigen Fällen wurden auch ein erhöhtes Alkohol- und Tabakkonsumverhalten als Strategie im Umgang mit den Belastungen herangezogen.

Trotz der dargestellten negativen gesundheitlichen Auswirkungen ist das Vatersein aber vor allem auch gesundheitsförderlich. Kinder werden als sinnstiftend erlebt. Sie ermöglichen den Vätern eine Veränderung ihrer Sichtweise und eine intensivere Wahrnehmung ihres Lebens. Die Vaterschaft nimmt darüber hinaus einen protektiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten sowie auf die Sensibilität gegenüber Gesundheitsthemen.

Fazit

Abschließend lässt sich festhalten, dass Väter in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf vor der Herausforderung stehen, sich selbst von alten Rollenbildern und -erwartungen zu lösen. Dies stellt eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar, die sich voraussichtlich noch über einige Jahre erstrecken wird, bis das Bild beziehungsweise die Rolle des „neuen Vaters“ klarer verankert ist.

Literatur bei den Verfasserinnen

JANNA STERN, E-Mail: janna.stern@gmail.com

NICOLE TEMPEL, Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.,

Horner Straße 70, 28203 Bremen, Tel.: (04 21) 361 184 94,

E-Mail: info@lvgb.de



REINHARD WINTER

Jungengesundheit – Entwicklungslinien und Herausforderungen

Jungen werden in Gesundheitsdiskursen neuerdings als „Problemgruppe“ bezeichnet. Dass die gesundheitliche Lage von Jungen in vielen Bereichen bedenklich ist, müsste eigentlich seit dem Erscheinen des Buches „Kleine Helden in Not“ als hinreichend bekannt gelten. Meist belegt der Geschlechtervergleich: Jungen sind im Durchschnitt weniger, teils sehr viel weniger gesund als Mädchen.

Dennoch ist Jungen- (und Männer-) Gesundheit in der fachlichen Wahrnehmung nach wie vor erstaunlich vernachlässigt. Dies belegt die Mai-Ausgabe des Bundesgesundheitsblatts aus 2011, in dem geschlechterbezogene Zugänge zum Thema Adipositas bei Kindern fast durchgängig ignoriert werden und Jungen als besonders Betroffene unerwähnt bleiben. Solche Fehlritte sind nicht belanglos, denn sie verweisen auf eine vorherrschende genderbezogene Inkompetenz auch in der Forschung und zementieren mangelhafte Qualität.

Geschlechterbezüge in der Kinder- und Jugendgesundheit

Bislang hießen Geschlechterbezüge in der Kinder- und Jugendgesundheit meistens, die Perspektive stillschweigend auf Mädchengesundheit zu richten. Bestimmte Einzelthemen, die Jungen betreffen, z.B. Übergewicht, Erkrankungen im Bereich der Geschlechtsorgane, Suizid, finden – auch medizinisch – eine zu geringe Aufmerksamkeit. Unfälle von Jungen und auch Depressionen (und in der Folge die hohen Suizidraten) tauchen nicht als Präventionsthemen auf. Der differenzierte Blick auf Jungen offenbart, dass sich Jungen unterscheiden, dass z.B. besonders Jungen mit geringem sozialen Status im Gesundheitsverhalten z.B. beim Medienkonsum als problematisch auffallen. Ein geringer sozialer Status und ein Migrationshintergrund verringern zudem die ohnehin schwierigen Zu-

gänge zur gesundheitlichen Versorgung und Beratung. Bislang spielen solche Belege der Notwendigkeit, Jungengesundheit als Genderthema zu analysieren sowie Jungengesundheit geschlechtsbezogen zu thematisieren, fachlich und politisch kaum eine Rolle.

Jungen in der Gesundheitsförderung und -forschung

In der Debatte zum Thema Jungengesundheit sind zudem charakteristische Defizite oder Denkfehler aufgetreten, in der sich auch die geschlechterbezogene Gesundheitsförderung und -forschung verfangen hat. So zielen Diskussionen um Männlichkeit und Gesundheit meistens auf die Herstellung von Geschlechterdifferenz ab und unterschlagen die Bereiche, in denen Jungen und Mädchen sich gleichen. Innerhalb der Jungenpopulation wird hingegen nicht differenziert. Es werden die Bandbreiten im Jungesein unterdrückt und bipolare Bilder von Geschlechtlichkeit konstruiert. Zudem wird Männlichkeit einseitig pathogenetisch thematisiert und gilt generell als gesundheitsgefährdend. Statistische Phänomene, wie die gegenüber Mädchen und Frauen höhere Mortalität oder Morbidität, werden dabei monokausal auf Männlichkeit zurückgeführt, wobei traditionelle Männlichkeitsbilder als Referenz herangezogen werden. Dadurch wird verdeckt, dass Bilder von Männlichkeit die Gesundheit von Jungen unterstützen und fördern können, dass sie auch „gesund“ und an präventive Ideen anschlussfähig sind. Schließlich werden strukturelle Faktoren unterschlagen: etwa die Notwendigkeit, dass Jungen auf vorhandene Männlichkeitskonstrukte zurückgreifen müssen, Defizite im Bildungsangebot, Verpflichtung auf Berufsarbeit sowie institutionelle Bedingungen.

Drei Dimensionen von Jungengesundheit

Sollen diese Defizite behoben werden, besteht die Herausforderung darin, Jungengesundheit mit einer hohen fachlichen Qualität zu erfassen und das Thema dabei weder zu dramatisieren, noch es zu unterschlagen oder zu bagatellisieren. Dies versuchen wir ansatzweise in einem Handbuch, das derzeit erstellt wird, wobei ein interessantes Panoptikum der Jungengesundheit erkennbar wird: Neben der spezifischen Jungenmedizin kommen auch die Gesundheitsversorgung von Jungen, die soziale, mentale und psychische Jungengesundheit oder Risikoverhalten in den Blick. Jungengesundheit wird im epidemiologischen Zusammenhang gesehen, Aggression und Gewalt werden genauso wie Gesundheitsbildung in Bezug zur Jungengesundheit gesetzt.

Erst ein fachlich tieferes Einlassen lässt die besondere genderbezogene Qualität in Bezug auf Jungengesundheit in einer dreidimensionalen Sichtweise erkennbar werden:

» *„Spezielle Jungengesundheit“* meint die biologische und medizinische Perspektive auf Jungengesundheit, also das was bei Mädchen nicht vorkommt: Das sind insbesondere Erkrankungen oder Fehlbildungen des männlichen Urogenitalbereichs (z.B. Hoden, Penis, Prostata). Zudem können spezifische psychische Konstellationen als Aspekte der speziellen Jungengesundheit gelten, etwa die Ablösung des Jungen von der Mutter.

» *„Relative Jungengesundheit“* bezieht sich auf den Vergleich zwischen Jungen und Mädchen und wird besonders dort interessant, wo es in Statistiken oder qualitativen Erhebun-

gen Unterschiede gibt. Hier bezieht sich die Sichtweise vorwiegend auf das statistische Geschlecht, auf als „typisch“ konstruiertes Verhalten oder auf entsprechende, auch qualitativ erhobene Daten und dem statistischen Geschlecht zugeordnete Themen.

» „Allgemeine Jungengesundheit“ schließlich versteht Jungen als heterogene Gesamtpopulation und betrachtet sie in ihren Differenzierungen: Etwa vor dem Hintergrund von Männlichkeitsbildern, die Jungen vermittelt werden, vor Schicht- oder national-ethnischen Unterschieden, aber auch vor körperlich korrespondierenden Impulsen, wie dem Einfluss des Testosterons.

Diese drei Dimensionen der Jungengesundheit sind je nach Sachverhalt oder Thema unterschiedlich relevant. Beim Risikoverhalten etwa spielt die spezielle Jungengesundheit eine nachgeordnete Rolle. Die relative Sichtweise verweist auf teils erhebliche Geschlechtsunterschiede und schärft den Blick für die Problemwahrnehmung. Erst die Perspektive der allgemeinen Jungengesundheit trägt dazu bei, das Thema genderbezogen zu erschließen und für Gesundheitsbildung zu öffnen.

Literatur beim Verfasser

REINHARD WINTER, Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen, Ringstraße 7, 72070 Tübingen, Tel.: (0 70 71) 94 43 13, E-Mail: reinhard.winter@sowit.de

MARTIN SCHUMACHER

Männergesundheitspolitik in Irland und Australien

Gender Mainstreaming ist in der Gesundheitspolitik sozialstaatlich ausgerichteter Länder fest etabliert. Dessen Niederschlag auf das Feld der Männergesundheit ist jedoch von Land zu Land unterschiedlich. Mit Australien und Irland haben mittlerweile zwei Staaten politische Strategien für eine Männergesundheitspolitik auf nationaler Ebene entwickelt:

Irland: National Mens Health Policy 2008-2013

In der irischen Gesundheitspolitik wurde Männergesundheit bereits 2001 im Rahmen der damaligen Fortschreibung der National Health Strategy als Handlungsfeld identifiziert. Nach einem mehrjährigen Forschungs- und Konsultationsprozess entwickelte das Department of Health and Children die Strategie „National Men’s Health Policy 2008-2013. Working with men in Ireland to achieve optimum health & wellbeing“.

Die National Men’s Health Policy 2008-2013 ist interdisziplinär und ressortübergreifend angelegt. Sie basiert auf den Handlungszielen:

- Adopting a gender-mainstreaming approach
- Adopting a social determinants approach
- Adopting a community development approach
- Adopting a health promotion, preventative approach
- Adopting an intersectoral and interdepartmental approach
- Tackling men’s health from a strengths perspective
- Supporting men to become more active agents and advocates for their own health



Zur Umsetzung dieser Ziele wurde ein Rahmenkonzept entwickelt, das konkrete Maßnahmen wie die Entwicklung gesundheitsfördernder Settings, Verankerung von Gender-Kompetenz im Gesundheits- und Sozialwesen oder die Entwicklung von zielgruppenspezifischen Instrumenten der Gesundheitsförderung umfasst. Dabei wurde besonderes Augenmerk auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Männer gerichtet, da diese von einem schlechteren Gesundheitszustand und höheren Sterblichkeitsraten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung betroffen sind.

Die Policy wird durch einen Lenkungsausschuss (Steering Committee) koordiniert und durch eine Forschungsgruppe (Men’s Health Research Group) wissenschaftlich begleitet. Die finanzielle Ausstattung ist nicht näher quantifiziert, sie setzt sich aus den verschiedenen Etats der mitwirkenden Akteure zusammen. Die Strategie soll sowohl auf staatlich legislativer und exekutiver Ebene als auch zivilgesellschaftlich implementiert werden.

Im Jahr 2010 wurde ein erster Fortschrittsbericht veröffentlicht. Zu den bis dahin erreichten Resultaten zählen unter anderem die Gründung eines Hochschulkompetenzzentrums für Männergesundheit, Entwicklung von Fortbildungscurricula für Fachkräfte, Evaluation kommunaler Aktivitäten im Feld Männergesundheit, Mitwirkung an Fachveranstaltungen wie der International Men’s Health Week und der Health Promotion Summer School on Men’s Health sowie Publikationen, Vorträge und Gespräche zur Sensibilisierung von Multiplikatoren.

Australien: National Male Health Policy

Die National Male Health Policy Australiens wurde ab 2007 von der australischen Regierung ins Leben gerufen. Aufgrund der föderalen Verfassung Australiens stehen dabei die Bundesstaaten und Kommunen als Akteure deutlich im Vordergrund.

Im Rahmen der Einführung wurden landesweit 26 öffentliche Foren durchgeführt, bei denen insgesamt rund 1.300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer verzeichnet wurden.

In diesem Entwicklungsprozess wurden sechs Prioritäten formuliert:

- Optimal health outcomes for males
- Health equity between population groups of males
- Health equity between males at different life stages
- A focus on preventive health for males
- Building a strong evidence base on male health
- Access to health care for males

Für die Umsetzung wurden rund 16,7 Mio. AUD (umgerechnet rund 12 Mio. EUR) bereitgestellt. Die Strategie wird durch das nationale Department of Health and Ageing koordiniert, ein Fachbeirat (Minister's Male Health Reference Group) wurde eingerichtet.

Der größte Einzeletat ist derzeit für eine Längsschnittstudie zur Gesundheit der männlichen Bevölkerung Australiens (Australian Longitudinal Study on Male Health) vorgesehen. Der zweitgrößte Etat steht einem Forschungsprojekt zur gesundheitlichen Situation männlicher Angehöriger indigener Völker (Aborigines und Torres Strait Islander) zur Verfügung. Damit verknüpft ist das Programm „Strong Fathers – Strong Families“, das Väter (und weitere männliche Familienangehörige) der indigenen Bevölkerungsgruppen Australiens in der Wahrnehmung einer aktiven, reflektierten Vaterrolle bestärken soll. Eine bessere familiäre Unterstützung von Müttern vor und nach der Geburt und die Vermittlung eines positiven Rollenvorbilds des Vaters für seine Kinder sind ebenfalls Ziele des Programms.

Weitere Module stellen das Programm Men's Sheds und die DIY Health Toolbox dar. Bei Men's Sheds handelt es sich um ein Netzwerk gemeinnütziger Einrichtungen, die sich primär an nicht oder nicht mehr berufstätige Männer richten. Men's Sheds sind in erster Linie Werkstätten zur Verrichtung handwerklicher Tätigkeiten und zugleich Treffpunkte für Gespräche über „Männerthemen“. Im Hintergrund stehen Fachkräfte bereit, die als Ansprechpartner und Vermittler bei sozialen oder gesundheitsbezogenen Fragen fungieren. Men's Sheds vereinen damit sowohl Aspekte der Selbsthilfe als auch die Funktion einer Clearing-Stelle. Die DIY Health Toolbox stellt ein Paket mit handwerklichen Materialien und gesundheitsbezogenen Medien dar, die den Arbeitskräften in den Men's Sheds zur Verfügung gestellt werden.

Weitere finanzielle Ressourcen sind hauptsächlich für Gesundheitsberichterstattung sowie weitere Materialentwicklungen zur Gesundheitskommunikation eingeplant.

Vorbilder für Deutschland?

Da sich die deutschen Gesundheits- und Sozialsysteme von denen Irlands und Australiens strukturell deutlich unterscheiden, können diese Strategien sicher nicht eins zu eins übertragen werden. Beide Strategien sind insoweit vorbildlich, als ihnen ein zeitgemäßes wie auch positives Männerbild zugrunde liegt und sie von einem umfassenden Gesundheitsbegriff im Sinne der WHO-Gesundheitsdefinition ausgehen. Dies ist für eine moderne Männergesundheitspolitik unentbehrlich.

Literatur beim Verfasser (siehe Impressum)



ELISABETH REITINGER

Geschlechterspezifische Hospiz- und Palliativkultur

In unserer stark an der Gegenwart, dem aktiven Tun, der Gesundheit orientierten Gesellschaft werden Sterben, Tod und Trauer nach wie vor an den Rand gerückt oder sogar aus dem Bewusstsein ausgeblendet. Dennoch sind wir als Menschen alle in unserer begrenzten Endlichkeit gefangen, erleben Schmerz und Leid. Viele Frauen und Männer brauchen gerade in ihrer letzten Lebensphase besondere Betreuung, Begleitung und Pflege.

Hospiz- und Palliativkultur

Hospizbewegung und Palliative Care haben es sich zur Aufgabe gemacht, gesellschaftliche Aufmerksamkeit auf das Leben bis zuletzt zu lenken und in Betreuungs- und Versorgungssituationen von Frauen und Männern, die zu Hause oder in unterschiedlichen Sozial- und Gesundheitsorganisationen gepflegt werden, Unterstützung anzubieten. Cicely Saunders (1918-2005) als zentrale Begründerin der Hospizidee verfolgte ihr Leben lang Fragen, wie eine gute Betreuung und Pflege von Menschen in ihrer letzten Lebensphase aussehen kann. Die unerträglichen Schmerzen, die viele ihrer Patienten und Patientinnen erlitten, ließen sie zunächst als Pflegenden, später auch in der Rolle als Medizinerin, Wege erlernen und erproben, die bessere Hilfen ermöglichten. Die Multidimensionalität des „total pain“-Konzepts ist Grundlage und Basis einer Haltung, die emotionale, spirituelle, körperliche und soziale Bedürfnisse ernst nimmt. Zuhören, fragen und einschätzen lernen, worin Schmerzen und Leiden bestehen, um entsprechend darauf reagieren zu können, sind für das Verhalten in Beziehung zu den Betroffenen zentrale Fähigkeiten.

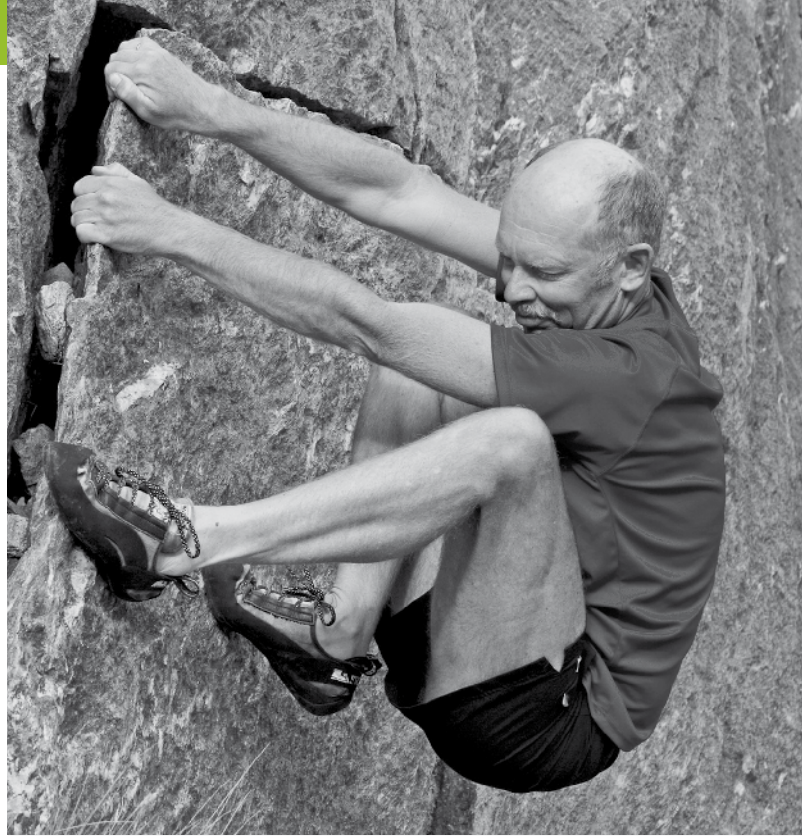
„Radikale Betroffenenorientierung“ als Ausgangshaltung von Palliative Care meint, die andere Person um ihrer Selbstwillen in ihrer Einzigartigkeit anzuerkennen. Von hier aus ist Beziehungsaufnahme möglich. Die gemeinsame Unsicherheit im Nicht-Wissen-Können was kommt, die Helfende mit den Sterbenden verbindet, macht deutlich, dass es keine fertigen Handlungsanweisungen geben kann. Für eine palliative Kultur in Organisationen, wie etwa Altenpflegeheimen, ist es daher von zentraler Bedeutung, dass die Sicht der Betroffenen einbezogen wird. Das bedeutet Hinwendung, Zuhören, Zuwendung und Gespräche. Der ethischen Frage, ob es zumutbar sei, Betroffene in Palliative Care Projekte einzubeziehen, stellt die Gesundheitswissenschaftlerin Katharina Heimerl die Gegenfrage: „Ist es ethisch vertretbar, sie nicht einzubeziehen?“. Eine palliative Kultur in Organisationen kann nur über Partizipation und Entlastung der Mitarbeitenden gelebt werden, was wiederum nur möglich mit der Unterstützung der Leitungskräfte ist. Diese Unterstützung fördert auch die interdisziplinäre Teamarbeit, die immer wieder wesentlich größere Hürden bedeuten als erwartet oder gewünscht. Um sich auf die Perspektive einer anderen Berufsgruppe einzulassen und somit ethische Entscheidungsprozesse zu fördern, ist es notwendig, sich in andere Fachsprachen einzuhören, zu übersetzen und sich dementsprechend Zeit zu geben und zu lassen.

Geschlechterspezifische Aspekte

Unserem geschlechtlichen Sein wird von Kindheit an Bedeutung zugeschrieben. Gender, das „soziale Geschlecht“ als integrierte Kategorie, ist unser Leben lang präsent und wirksam. Mit dem Geschlecht verbundene Erwartungen und die im Laufe des Lebens gemachten Erfahrungen als „Frauen“ und „Männer“ bleiben auch am Lebensende prägend. Die Art und Weise, wie Personen einander begegnen, wird durch die Geschlechterzugehörigkeit mitbestimmt, ob gewollt oder ungewollt.

Das, was Frauen und Männer tun, wird unterschiedlich wahrgenommen. Unterschiedliche Bewertungen und Maßstäbe werden angelegt und es formen sich auch geschlechterspezifische Unterschiede in Lebenswegen, Wünschen und Bedürfnissen heraus. Besonders in Lebenssituationen, in denen Frauen und Männer auf die Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen sind, wie dies am Lebensende häufig der Fall ist, ist es ganz zentral, diese, auch geschlechterspezifischen Unterschiede, wahrzunehmen. Gerade im Begreifen und Verstehen von Geschlechtern in Sorge- und Pflegebeziehungen geht es um das Berühren von Körpern, angenehme und unangenehme sinnliche Wahrnehmungen, Sexualität und Intimität, Schmerzen, Verluste, Einbußen von Mobilität.

So sind beispielsweise auf der Symptomebene bei der Wahrnehmung und Äußerung von Schmerzen Unterschiede zu beobachten, ebenso wie beim Vorkommen bestimmter Erkrankungen, wie etwa Depressionen oder Demenz. Gefühle erhalten sowohl bei Frauen als auch bei Männern besondere Bedeutung. Geschlechterspezifische Aspekte in Bezug auf Bedürfnisse am Lebensende im Pflegeheim können in Hinblick auf die Unterschiede in der Art und Weise, wie Wünsche geäußert werden ebenso beobachtet werden, wie auf Unterschiede in Bezug auf die Fähigkeit, Hilfe anzunehmen. So können Frauen, die Zeit ihres Lebens Expertinnen der Fürsorge waren, Hilfe oft schwer annehmen; Frauen, die ihr Leben lang



gewohnt waren, sich „einzufügen“, hingegen leicht. Männer, die gewohnt waren, Fürsorgeaufgaben an andere zu delegieren, können Hilfe leichter annehmen als Männer, die immer sehr selbständig und autonom gelebt haben.

Auf der Seite der Pflegenden und Betreuenden kann im Kontext von Hospiz und Palliative Care festgestellt werden, dass ein hoher Prozentsatz der Engagierten Frauen sind. Die Themen Sterben, Tod und Trauer werden stark als weibliche Domäne wahrgenommen und gelebt. Dies ist sowohl in unseren Gesellschaften schon lange Zeit Tradition, als auch in anderen Kulturen beobachtbar.

Literatur bei der Verfasserin

ASS. PROF. DR. ELISABETH REITINGER, IFF – Palliative Care und Organisations-Ethik, Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Schottenfeldgasse 29/4, 1070 Wien, Tel.: (+43) 15 22 40 00 - 103, Fax: (+43) 15 22 40 00 - 178, E-Mail: elisabeth.reitinger@aau.at

BIRGIT WOLFF

Belastungserleben pflegender Männer

Die meisten Studien über familiäre Pflegeverhältnisse konzentrieren sich auf Pflegeleistungen von Frauen und begründen diese Auswahl mit der höheren Evidenz eines traditionellen Rollenverständnisses in der Angehörigenpflege. Entsprechend groß ist die Zahl der Untersuchungen über die unterschiedlichen körperlichen und psychischen Belastungen von pflegenden Ehefrauen und (Schwieger-)Töchtern. Insbesondere die Auswirkungen der familial erbrachten Pflegeleistungen auf die jeweilige Hauptpflegeperson wurden dabei untersucht. Studien zur Pflegebelastung von Männern sind dagegen rar. Zudem existieren überwiegend vergleichende Untersuchungen, die männliche mit weiblichen Belastungssituationen kontrastieren. Von bundesweit 2,34 Millionen pflegebedürftigen Menschen mit Leistungen aus dem SGB XI werden 69% zu Hause betreut. In mehr als ein Viertel aller Pflegehaushalte sind Männer die Hauptpflegepersonen.



Unterschiedliche forschungstheoretische Grundannahmen

Unter dem Begriff Pflegebelastung werden alle physischen, psychischen, sozialen und finanziellen Probleme erfasst, die Pflegepersonen im Zusammenhang mit häuslichen Pflegeaufgaben erfahren können. Neben relativ objektiven Veränderungen in den Bereichen Gesundheit, soziale Integration und Berufstätigkeit wird auch das subjektive Belastungserleben pflegender Angehöriger einbezogen. Es gibt jedoch sehr unterschiedliche Konzeptualisierungen und eine Vielfalt an berücksichtigten Dimensionen von Belastungen, die eine Vergleichbarkeit der Studienergebnisse erheblich erschweren beziehungsweise verhindern. Dass verschiedene Pflegepersonen bei vergleichbaren Ausgangssituationen unterschiedliche Grade von Belastung erleben, wird auf der Basis verschiedener forschungstheoretischer Grundannahmen sehr unterschiedlich analysiert und interpretiert. Als Einflussgrößen auf das Belastungserleben gelten der Grad der Pflegebedürftigkeit, das Vorhandensein psychiatrischer oder demenzieller Symptomatik, die Qualität der gegenseitigen Beziehung, das Alter, das Geschlecht, die Umweltbedingungen, der Umfang von formeller und informeller Unterstützung und die Bewältigungsreaktionen der Pflegenden.

Geschlechterunterschiede im Belastungserleben

Wird in Untersuchungen nach dem Merkmal Geschlecht unterschieden, dann geben weibliche Pflegepersonen überwiegend mehr Belastungen an als männliche pflegende Angehörige. Ein Ergebnis der europäischen Vergleichsstudie EUROFAMCARE war, dass bei Frauen mit ähnlicher objektiver Belastung eine höhere subjektive Belastung zu verzeichnen ist als bei Männern. Ein Vergleich des subjektiven Belastungserlebens von Pflegepersonen nach Geschlecht und Verwandtschaftsverhältnis brachte folgendes Ergebnis: Das höchste subjektive Belastungserleben haben (Ehe-)Partnerinnen, gefolgt von (Schwieger-)Töchtern. Insgesamt fühlen sich die (Ehe-)Partner etwas weniger belastet, während (Schwieger-)Söhne das niedrigste subjektive Belastungsniveau aufweisen. Lediglich in Deutschland liegen die Söhne im subjektiven Belastungserleben höher als die Töchter und werden darin nur noch von den (Ehe-)Partnerinnen übertroffen.

Spezifisches Belastungserleben von Männern

(Ehe-)Partner als auch Söhne erleben vielfältige Belastungen. In einzelnen Befunden werden sogar höhere Belastungen bei pflegenden Männern als bei Frauen berichtet. Ehemänner

scheinen gesundheitlich stärker gefährdet zu sein, wenn die Demenz ihrer zu pflegenden Frau fortgeschritten ist. Auch die pflegenden Söhne werden durch das gestörte beziehungsweise auffällige Verhalten der pflegebedürftigen Eltern stärker beeinflusst. Es gibt Hinweise darauf, dass die Qualität und Intensität der frühkindlichen Bindungserfahrung zu den Eltern einen Einfluss auf das spätere emotionale Belastungserleben von Söhnen bei der Pflege haben. Söhne äußerten zudem eine höhere Belastung, die daraus resultiert, dass sie im Vergleich zu Töchtern weniger Helfende in zweiter Reihe haben. Pflegenden Männern scheinen sich bei der aktiven Gestaltung und Pflege sozialer Kontakte schwerer zu tun, können weniger auf kleinräumige Netze zurückgreifen und pflegen in kleineren Haushalten als Frauen. Alleinstehende erleben im Unterschied zu verheirateten Söhnen höhere Belastungen.

Bewältigungsstrategien von Männern

Einzelne Studien weisen auf bemerkenswerte Strategien der Bewältigung des Pflegealltags hin: Gelassenheit, Pragmatismus, ein „just-do-it-Habitus“ und ausgeprägte Problemlösungsstrategien. Ein Teil der Studien stellt ein ausgeprägteres Hinzuziehen von Hilfen fest, welche Männern mehr Distanz und Freiräume ermöglichen. Darin wird ein Indikator für eine andere Organisation der Pflege vermutet, der eine Erklärung für die geringere subjektive Belastung liefern könnte. Andere Studien berichten, dass pflegende Männer trotz deutlich benannter Belastungsempfindungen kaum entlastende Maßnahmen forderten. Pflegenden Männern erscheinen manchmal fast wie Einzelkämpfer, die sich gezielt Hilfe von Dienstleistern holen, jedoch Schwierigkeiten damit haben, Hilfe von anderen anzunehmen.

Eine festgestellte geringere Belastung von Männern in der familialen Pflege resultiert vermutlich auf gender-komparativ ausgerichteten Forschungsstudien, die männliche Belastungen nicht ausreichend erfassen und abbilden können. Möglicherweise gibt es auch männliche Arten zu Pflegen, die belastungsreduzierend wirken. Das Geschlecht erscheint als dominierendes Merkmal zur Qualifizierung von Pflegebelastungen jedoch nicht geeignet.

Zunehmende Ent- oder Belastung?

Obwohl im Pflegeversicherungsgesetz seit 2002 unterstützende und entlastende Leistungsangebote für pflegende Angehörige im Rahmen des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes und Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes eingeführt worden sind, gibt es steigende Belastungsfaktoren in der familialen Pflege. Dazu tragen gesundheitspolitische Reformen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen, wie die Einführung des Fallpauschalensystems (G-DRG) im Krankenhaus, bei. Daneben gibt es eine wachsende Zahl pflegebegründender, chronisch verlaufender Diagnosen, die insbesondere bei älteren Frauen zu längeren Pflegeverläufen führen und die Anforderungen an (Ehe-)Partner und (Schwieger-)Kinder erhöhen. Aufgrund des sozialen Wandels nehmen Probleme der Vereinbarkeit familialer Pflege, Erwerbstätigkeit und anderen Familienaufgaben zu. Einerseits wird eine höhere Pflegebeteiligung von Männern erforderlich, andererseits aufgrund der Vereinbarkeitsproblematik erschwert.

Literatur bei der Verfasserin (siehe Impressum)

HANS HOBELSBERGER

Bürgerschaftliches Engagement von Männern

Ebenso wenig, wie die Männer als homogene Größe existieren, gibt es das bürgerschaftliche Engagement von Männern. Lebensstile, Milieuzugehörigkeit, Ausstattung mit kulturellem, sozialem und materiellem Kapital oder Alter spielen eine wichtige differenzierende Rolle. Die bisherige empirische Engagementforschung gibt darüber kaum Auskunft.

Die empirisch abgesicherte Vergleichsgröße ist das Geschlecht, also Engagement von Männern in Relation zum Engagement von Frauen. Auch wenn die geschlechtsspezifischen Unterschiede des freiwilligen oder bürgerschaftlichen Engagements in vielen Bereichen kaum ins Gewicht fallen und in anderen Bereichen tendenziell geringer werden, gibt es nach wie vor interessante Unterschiede im Engagementprofil von Männern und Frauen.

Die Freiwilligensurveys der vergangenen Jahre zeigen, dass sich Männer etwas häufiger engagieren als Frauen. Dieser Unterschied lässt sich allerdings nicht darauf zurück führen, dass Frauen weniger engagementbereit wären. Vielmehr zeigt sich, dass Engagement von Frauen stärker von den Anforderungen der jeweiligen Lebensphase geprägt ist, während männliches Engagement in Ausmaß und Ausrichtung im Lebenslauf stabiler und vor allem weniger abhängig von der Familienphase ist. In der Phase des Erwerbslebens (25 bis 65 Jahre) changiert die Engagementhäufigkeit der Männer um 40%. In der Berufseinstiegsphase ist sie mit 38% erwartungsgemäß etwas niedriger, da hier häufiger Ortswechsel und verstärkte Konzentration auf den Beruf ehrenamtliches Engagement in den Hintergrund rücken. Die Topwerte der Engagementhäufigkeit verzeichnen die Männer im Alter zwischen 35 und 50 Jahren (35-39 Jahre 45%; 40-44 Jahre 43%; 45-49 Jahre 45%). Die Schlusslichter bilden die jungen Männer (14-19 Jahre) mit 35% und die Männer über 75 Jahre (24%).

Der Vergleich mit den Frauen zeigt, dass die Intensität und die relative Stabilität des männlichen Engagements auch auf dem Rücken der Frauen ausgetragen wird. Der mehr oder weniger freiwilligen traditionellen Arbeitsteilung der Geschlechter im Privaten, in der Gesellschaft und im Beruf setzt auch die Zivilgesellschaft kein Alternativmodell entgegen. So müssen Frauen ihr Engagement mit einem eher knappen Zeitbudget vereinbaren. Empirisch ist das ganz deutlich sichtbar in der „rushhour“ der weiblichen Biographie in den Jahren zwischen 20 und 35, wo berufliches Weiterkommen und Familiengründung, in Konkurrenz zum öffentlichen Engagement treten: Während die 14- bis 19-jährigen jungen Frauen noch zu 37% engagiert sind, sinkt die Quote in den folgenden Jahren auf 28% und bleibt 15 Jahre weitgehend auf diesem Niveau. In den Jahren zwischen 40 und 44 treffen sich Männer und Frauen bei jeweils 43%. Es scheint so, als folge hier das weibliche Engagement den Kindern in den Kindergarten und die Schule, in die Kirchen, wenn die Kinder ihre Initiationssakramente absolvieren oder in die Vereine durch punktuelle Unterstützung des Vereinslebens. Die Männer ziehen sich dazu in geringem Maße aus ihrer öffentlichen Engagementrolle zurück.

Inhaltlich tendiert männliches Engagement dazu, eher praktisch und sachlich zu sein, Frauen sind bei der Arbeit mit Menschen in der Überzahl. Das zeigt sich in den Engagementberei-



chen wie in der Art der Tätigkeit. Allerdings sind die Unterschiede bis auf wenige Felder nicht sehr deutlich und scheinen sich tendenziell zu verringern. Männerdomänen sind Sport und Bewegung, berufliche und politische Interessensvertretung sowie Freiwillige Feuerwehr und Rettungsdienst. Frauen dahingegen sind in den Engagementbereichen Religion und Kirche, Kindergarten und Schule sowie im sozialen Bereich geringfügig stärker vertreten als Männer. Besonders aufgeholt haben Frauen im Bereich der Interessenvertretung und Mitsprache. Bezogen auf die Tätigkeitsart sind Männer im Beratungsbereich, in der Öffentlichkeitsarbeit, in der praktischen Arbeit, bei Verwaltungstätigkeiten, Mittelbeschaffung und vernetzenden Tätigkeiten überdurchschnittlich vertreten. Bei persönlichen Hilfeleistungen sind sie leicht unterdurchschnittlich präsent, haben aber gegenüber den Frauen massiv aufgeholt. Der gravierendste Unterschied betrifft die Leitungstätigkeit. Hier sind deutlich mehr Männer als Frauen ehrenamtlich tätig, auch in den Bereichen, wo Frauen insgesamt stärker vertreten sind.

Männer betonen, wenn sie nach den Anforderungen ihres Engagements gefragt werden, überdurchschnittlich ihre Qualitäten als Manager, wie Organisationstalent, Führungsqualitäten oder Fachwissen, auch wenn sie insgesamt die Fähigkeit mit Menschen umzugehen und die Einsatzbereitschaft als wichtigste Anforderungen qualifizieren. Auch hinsichtlich der Anerkennung von Außen gibt es Unterschiede. So erfahren Männer insgesamt weitaus häufiger Unterstützung von ihren Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern in Form von Freistellung oder flexibler Arbeitszeit, während Frauen wiederum deutlich häufiger Lob und Beförderung aufgrund ihres ehrenamtlichen Engagements erhalten.

Die Ehrenamtsforschung lehrt, dass ein Engagement dann zustande kommt, wenn Passung entsteht, wenn die Erwartungen, Motive und Fähigkeiten der Engagementwilligen sinnvoll in Einklang mit den Tätigkeiten zu bringen sind. Insofern ist der geschlechtsspezifische Blick auf die Engagierten und Engagementbereiten durchaus lohnend. Allerdings – und auch das lehrt die Engagementforschung – ist Passung individuell herzustellen und sind individuelle Tätigkeitsprofile zu gestalten. Dafür müssen Institutionen, die mit Ehrenamtlichen arbeiten, Raum geben und Ressourcen zur Verfügung stellen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HANS HOBELSBERGER, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Leostraße 19, 33098 Paderborn, Tel.: (0 52 51) 12 25 48, E-Mail: h.hobelsberger@katho-nrw.de



MARTIN ROSOWSKI

Männerinteressen und Gleichstellungspolitik: Zwei Seiten einer Medaille

Die moderne Gleichstellungspolitik blickt heute auf eine große Tradition zurück. Unsere Gesellschaft hat sich durch den hartnäckigen politischen Einsatz von Frauen für gleiche Rechte und gesellschaftliche Teilhabe in den vergangenen 150 Jahren grundlegend verändert. Sie mussten sich dabei gegen den Widerstand von Männern aber auch Frauen durchsetzen, erfahren aber immer auch Solidarität und Unterstützung. Zudem haben die internationale Schwul-lesbische und die Queer-Bewegung die Geschlechterdebatte insgesamt angestoßen. Eine emanzipatorische Männerbewegung entwickelte sich dagegen sehr spät und langsam. Erst vor vierzig Jahren fingen Männer an, ebenfalls gesellschaftspolitische Themen für sich zu definieren.

Zur Gründung des Bundesforums Männer – Interessenverband für Jungen, Männer und Väter

Viele Stichworte beschreiben heute das Mann-Sein im 21. Jahrhundert: Aktuelle Leitbilder von Vaterschaft, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, neue Männerrollen und widersprüchliche Erwartungen, das Verhältnis von Männern zu Körper, Sexualität und Gesundheit, Veränderungen in der Berufswelt, Interesse an gleichberechtigten Partnerschaften, faire Entwicklungschancen für Jungen. Mann-Sein definiert sich auf Basis der individuellen Identität sowie der gesellschaftlichen Erwartungen und Bedingungen. Immer mehr Männer vernetzen sich daher, um ihre Anliegen öffentlich zu formulieren und dafür gezielt einzutreten. Für diese Vernetzung steht das Bundesforum Männer – Interessenverband für Jungen, Männer und Väter.

Bereits seit 2008 existiert eine verbindliche Zusammenarbeit bundesweit tätiger Organisationen der Männer-, Jungen- und Väterarbeit in Deutschland. Aus den gemeinsamen Erfahrungen erwuchs die Erkenntnis, dass ohne ein nachhaltiges Netzwerk dieser Arbeitsfelder eine erfolgreiche Vertretung der Interessen von Männern nicht möglich sein wird. Die Gründung des Vereins „BUNDESFORUM MÄNNER – Interessenverband für Jungen, Männer und Väter e. V.“ im November 2010 ist das Ergebnis dieser Kooperation. Mittlerweile gehören dem Bundesforum Männer fast 30 bundesweit agierende Organisationen an, wobei die Zahl der Mitglieder stetig wächst. Zu diesen Organisationen gehören ebenso Einrichtungen, die sich dem

Thema Männergesundheit widmen wie die Männerarbeit in beiden großen Kirchen, Väterverbände, die Dienstleistungsgesellschaft verd.i, das Deutsche Rote Kreuz oder die Bundesarbeitsgemeinschaft für Jungenarbeit. Seit Beginn dieses Jahres betreibt das Bundesforum eine Geschäftsstelle in Berlin.

Aufgaben des Bundesforums Männer

Das Bundesforum setzt sich für eine gemeinsame Gleichstellungspolitik von Frauen und Männern ein. Es geht davon aus, dass gesellschaftliche Veränderungen sowohl für Männer als auch für Frauen notwendig sind, um tatsächlich gleiche Rechte, gleiche Chancen und gleiche Teilhabe zwischen den Geschlechtern zu erreichen. Eine solche Politik kann nur von Frauen und Männern gemeinsam sinnvoll getragen und umgesetzt werden. Um Männer in diesem politischen Gestaltungsprozess aber wirklich mitzunehmen, müssen sie Vertrauen zum Prozess gewinnen. In der gesellschaftlichen Diskussion sind heute zum Teil skeptische Reaktionen von Männern zu beobachten, die nicht so recht an eine Gleichstellungspolitik glauben mögen, die sich wirklich um ihre Interessen und Belange kümmert. Da finden Sie zum einen den emotionalen Reflex solcher traditionellen Männer, die sich durch Frauenförderung in ihrer Rollenidentität bedroht sehen, zum anderen aber auch emanzipatorische Männer, die enttäuscht darüber sind, dass ihre Interessen und Bedürfnisse in der Geschlechterdebatte marginalisiert oder gar ignoriert werden.

Solche Schief lagen kann Gleichstellungspolitik nur dann verhindern, wenn sie eine zweidimensionale Gleichstellungsperspektive konkret werden lässt: Nachhaltige und gerechte Geschlechterpolitik kann immer nur auf die Lebenssituation von Frauen und Männern gerichtet sein. Um geschlechtergerechte und chancengleiche Bedingungen zu schaffen, benötigen wir politische Instrumentarien, die die Spezifika in den Lebensbedingungen analysieren und diese Analyse zur Grundlage weiterer Gestaltung von Lebensverhältnissen macht. In diesem Sinne versteht sich das Bundesforum Männer als engagierter und relevanter Kooperationspartner von Gleichstellungspolitik in Bund und Ländern und zugleich als aktiver Lobbyist für die Interessen von Männern in Deutschland.

Literatur beim Verfasser

MARTIN ROSOWSKI, Geschäftsführer der Männerarbeit der Evangelischen Kirche Deutschland (EKD), Vorsitzender Bundesforum Männer, Inselstraße 6a, 10179 Berlin, Tel.: (0 30) 27 58 11-22, E-Mail: info@bundesforum-maenner.de, www.bundesforum-maenner.de

SANDRA BORN

Männergesundheit in der lokalen Gesundheitsförderung?!

In der Wissenschaft etabliert sich langsam das Thema Männergesundheit. Doch für die Praxis fehlt es noch an differenzierten und kleinräumigen Datengrundlagen, um Rückschlüsse und Empfehlungen zu generieren. Der Lichtenberger Gesundheitsbericht versucht daher, einen ersten Schritt in diese Richtung zu gehen.

Männer haben eine um ca. 5 Jahre kürzere Lebenserwartung gegenüber Frauen. Die Rechtfertigungs- und Erklärungsversuche sind zahlreich. Sicherlich geht es um biologische Faktoren, aber eine noch größere Rolle spielt das individuelle Gesundheitsverhalten. Empirisch belegbar wird dieser Fakt durch die so genannte Klosterstudie von Luy, die Mortalitätsdifferenzen zwischen den Geschlechtern über einen längeren Zeitraum untersuchte. Der Lebensstil bestimmt überwiegend die Lebenserwartung.

Lichtenberger Männergesundheitsbericht 2011

Die gesundheitsbezogenen Herausforderungen des demografischen Wandels und die Tatsache, dass Gesundheit nicht geschlechtsneutral betrachtet werden kann, war für den Bezirk Lichtenberg Anlass, sich mit den vielen Facetten des Themas Männergesundheit auseinanderzusetzen. Und so hat der Lichtenberger Gesundheitsbeirat das Thema Männergesundheit befördert und es auf die bezirkliche Agenda 2010 gestellt.

Statistiken zu den ausgewählten vermeidbaren Todesfällen zeigen eine überproportionale Betroffenheit bei dem männlichen Geschlecht. So verstarb in Lichtenberg im Zeitraum von 2006 bis 2008 ein hoher Anteil an Männern an ischämischen Herzkrankheiten, Hypertonie oder Schlaganfall, die jeweils durch primäre, sekundäre oder tertiäre Präventionsmaßnahmen vermeidbar gewesen wären. Ebenso auffällig sind Daten in punkto Suizid: Die meisten Selbsttötungen traten bei den Berliner Männern zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr auf.

Der Lichtenberger Männergesundheitsbericht 2011 „Man(n), wie geht's? Eine neue Perspektive für die Gesundheitsförderung“ verdeutlicht, dass Gesundheit ein geschlechtsspezifisches Konzept ist. Der Bericht analysiert geschlechtersensible Versorgungslücken und arbeitet Präventionspotentiale heraus, um passende Projekte zu entwickeln. Es braucht lokale gesundheitsfördernde und präventive Ansätze, um ein nachhaltiges Gesundheitsbewusstsein und im besten Fall flächendeckende Veränderung der medizinischen Versorgung zu erreichen.

Geschlechtsspezifische Gesundheit

Daher scheint es zunächst notwendig, die so genannten kleinen geschlechtsspezifischen Lebensstilunterschiede, die große Auswirkungen entfalten können, zu kennen.

Männer und Frauen sind anders krank. Die Frauengesundheitsforschung hat es gezeigt: Frauen haben einen anderen Stoffwechsel als Männer. Sie sind anders gebaut, empfinden

Schmerzen anders und sind auch von anderen Krankheiten als das männliche Geschlecht betroffen. Dieselbe Krankheit zeigt bei Männern völlig andere Symptome als bei Frauen. So werden Depressionen bei Männern häufig nicht als solche erkannt und können somit zur Unter- beziehungsweise Fehlversorgung führen.

Auch definieren Frauen und Männer den Gesundheitsbegriff anders: Während Frauen mit Gesundheit Wohlbefinden und Körpererleben assoziieren, muss bei Männern der eigene Körper „gut funktionieren“. Sie wollen kraftvoll und leistungsstark berufliche wie private Ziele verfolgen. Demgegenüber stehen Ängste, diese Ziele nicht mehr erreichen zu können. Daher neigen Männer zum Verdrängen von Belastungen im körperlichen und im psychischen Bereich, was zu einer Anhäufung von Krankheitssymptomen und schließlich zu einer höheren Sterblichkeit führen kann.

Das gilt auch für das Risikoverhalten allgemein. Männer ernähren sich schlechter. Sie betreiben tendenziell mehr Raubbau mit ihrem Körper. Auch die Zahl der Selbsttötungen ist von der Jugendzeit bis ins hohe Alter erheblich höher. Sie leiden stärker an Krankheiten, die durch Stress verursacht werden. Hinzu kommen Faktoren, die nicht vollständig im Ermessen des Betroffenen liegen und sich auf deren Gesundheit negativ auswirken, wie beispielsweise keine oder zu viel Arbeit.

Darüber hinaus meiden Männer medizinische und psychologische Hilfestellungen. So suchen sie erst bei akuten Beschwerden ärztlichen Rat und nehmen Früherkennungsuntersuchungen zu selten in Anspruch. Zudem sollten sich viele Männer auch ein Beispiel an dem kleinen Männeranteil nehmen, die regelmäßige Check-Ups zur (Krebs-)Früherkennung vornehmen.

Handlungskatalog für die Praxis

Aber der Bericht fokussiert nicht nur Männerkrankheiten. Er greift auch verschiedene Aspekte der Gesundheitserhaltung heraus und versucht, die Gesundheitsressourcen von Männern stärker in den Blick zu nehmen. Aktiv wird der Bericht durch drei inhaltlich angepasste Gesundheitskonferenzen flankiert. Im Februar und Mai 2011 ging es in zwei Gesundheitskonferenzen um die Themenschwerpunkte Sucht & Psyche sowie Jungengesundheit. Im September 2011 folgt das dritte Thema „Wie gesund ist Man(n) im Alter?“. Anschließend werden alle Konferenzen im bezirklichen Gesundheitsbeirat reflektiert und ein Handlungskatalog mit Empfehlungen für die fachliche Alltagspraxis herausgegeben.

Literatur bei der Verfasserin

DR. SANDRA BORN, Bezirksamt Lichtenberg von Berlin,
Abteilung für Familie, Jugend und Gesundheit, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit, Alfred-Kowalke-Straße 24, 10315 Berlin,
Tel.: (0 30) 9 02 96 45 11, Fax.: (0 30) 9 02 96 45 99,
E-Mail: Sandra.Born@lichtenberg.berlin.de



FELICITAS JUNG, GÜNTER TEMPEL, FRAUKE KOPPELIN

Subjektive Gesundheit und Bedarfe von Männern im mittleren Lebensalter – eine Studie des Runden Tisches Männergesundheit in Bremen

2010 wurde von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Bremen der „Runde Tisch Männergesundheit“ ins Leben gerufen, dessen Ziel ist es, Konzepte zur Gesundheitsförderung von Männern im Land Bremen zu entwickeln. Ausschlaggebend dafür war, dass Männer in den sozial benachteiligten Stadtgebieten Bremens eine besonders niedrige Lebenserwartung haben und dass Männer gesundheitsfördernde Angebote deutlich weniger in Anspruch nehmen als Frauen. Als Zielgruppe definiert wurden Männer mit niedrigem Sozialstatus, die mindestens 40 Jahre alt sind. Diese Männer weisen am häufigsten gesundheitliche Belastungen auf und profitieren am wenigsten von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten.

Befragung der Zielgruppe

Um die Präferenzen und Bedürfnisse dieser Gruppe bezüglich ihrer Gesundheit, ihrer Erwartungen an Präventionsangebote sowie an das medizinische Versorgungssystem auszuloten, initiierte der Runde Tisch eine Erhebung mit quantitativen und qualitativen Anteilen. Diesen Auftrag übernahm ein Lehrprojekt des Master-Studiengangs „Public Health“ der Universität Bremen, die Projektleitung lag beim Gesundheitsamt Bremen. Vermittelt über die Beteiligten des Runden Tisches bekamen 130 Männer ab dem 40. Lebensjahr aus den benachteiligten Stadtteilen Tenever und Gröpelingen einen Fragebogen ausgehändigt.

Ergebnisse

Das Bildungsniveau der Teilnehmer an der Befragung gleicht dem Durchschnitt in Bremen (30% mit Fach-/Hochschulreife). Unter den erwerbsfähigen Männern finden sich allerdings weit mehr Arbeitslose (42%) als im Schnitt der Stadtteile und auch weit mehr Migranten (35,9%) als in der Stadt Bremen repräsentiert sind. Fast alle Befragten (96,2%) hielten Gesundheit für „wichtig“ oder „sehr wichtig“, stufen aber ihre Gesundheit mit 42,3% als „schlecht“ oder „weniger gut“ ein. Die Männer gaben relativ differenziert Auskunft darüber, was ihre

Gesundheit erhält (Mehrfachnennungen). Mehr als die Hälfte der Männer (55,4%) gab an, sich zu bewegen oder Sport zu treiben. Ebenfalls war für sie eine gesunde Lebensführung (33,1%) bedeutsam, dazu gehören „Nichtrauchen“, „gesunde Ernährung“ und „kein oder weniger Alkohol trinken“. Relativ häufig wurden außerdem Erholung (26,9%), Wohlbefinden (25,4%) und Arbeit (20%) als gut für die Gesundheit angesehen. Der Wille, den eigenen Lebensstil in der Zukunft gesundheitsbewusster zu gestalten, war allerdings weniger stark ausgeprägt. 32,3% der befragten Männer gaben an, sich mehr bewegen oder mehr Sport treiben zu wollen. 34,6% wollten eine gesündere Lebensführung anstreben.

Für knapp zwei Drittel (60%) der Befragten stellten Vergünstigungen oder kostenlose Angebote der Krankenkassen Anreize dar, um an ihrer Gesundheit etwas zu verändern. Fast die Hälfte (43,1%) würde sich auch durch bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt motiviert fühlen. Die meisten der befragten Männer (71,5%) kannten keine lokalen Angebote zur Gesundheitsförderung. Weniger als die Hälfte derjenigen, die lokale Angebote kennen, nutzten diese aufgrund fehlendem Interesse oder Zeit- und Geldmangel nicht.

Interessant ist, dass die Befragten relativ gut in das medizinische Versorgungssystem eingebunden sind. Fast alle befragten Männer (93,8%) haben einen Hausarzt oder eine Hausärztin, der weit überwiegende Teil (79,2%) eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt. Beide Ärzteguppen wurden relativ häufig konsultiert. In den letzten 12 Monaten hatte die Mehrheit hausärztlichen Rat eingeholt (83,8%) und zwei Drittel (66,9%) suchten eine Zahnarztpraxis auf. Zahnärztinnen und Zahnärzte wurden im Vergleich zu den Hausärztinnen und -ärzten häufiger zur Krankheitsfrüherkennung aufgesucht (64,4% vs. 46%, n=87), Hausärztinnen und Hausärzte dagegen eher aufgrund von Schmerzen oder Krankheitsempfinden (74,3% vs. 36,7%, n=109).

Fazit

Für die befragten Männer ist der Erhalt ihrer Gesundheit wichtig. Ein relativ großer Teil schätzte die eigene Gesundheit eher schlecht ein, gleichzeitig trug jedoch der größere Teil der Männer bereits aktiv zum Erhalt ihrer Gesundheit bei. Präventionsbotschaften sind ihnen offenbar vertraut. Obwohl die Männer weniger Wünsche für weitere Änderungen formulieren, war die Mehrheit der Befragten motiviert, sich stärker für ihre Gesundheit zu engagieren. Anreize für stärkeres Engagement wären kostenlose oder vergünstigte Angebote seitens der Krankenkassen oder eine Verbesserung ihrer Arbeitsmarktchancen.

Die Ergebnisse untermauern die Vermutung, dass für diese häufig sehr ortsgebunden agierende Zielgruppe geeignete Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung fehlen. Existierende Angebote erreichen diese Zielgruppe nicht oder sprechen sie nicht an. Zwar geben die Ergebnisse kaum Auskunft darüber, wie geeignete Angebote konkret beschaffen sein müssen, einige zentrale Merkmale wurden jedoch deutlich: Für diese Zielgruppe sind ortsnahe und preiswerte Angebote wichtig, die nach Möglichkeit in den Bereichen Bewegung/Sport und gesunde Lebensführung verankert sein sollten. Die gute Anbindung an die hausärztliche Versorgung könnte gezielter als bislang zur zielgruppenspezifischen Beratung und Motivation genutzt werden. Stadtteilbezogene Kooperationen zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und gesundheitsfördernden Einrichtungen wären hier sinnvoll.



Insgesamt ist zu bedenken, dass in dieser Zielgruppe Sprachprobleme und Analphabetismus häufiger zu finden sind. Aufklärung und Information sollten daher nicht nur über Flyer oder Broschüren in Schriftsprache erfolgen, sondern muss sich auch auf andere Kommunikationsformen, wie z.B. die direkte verbale Ansprache, stützen.

Literatur bei den AutorInnen

FELICITAS JUNG: Gesundheitsamt Bremen, Horner Straße 60-70, 28203 Bremen,
E-Mail: Felicitas.Jung@Gesundheitsamt.Bremen.de

DR. GÜNTER TEMPEL: Gesundheitsamt Bremen,
Horner Straße 60-70, 28203 Bremen,

E-Mail: Guenter.Tempel@Gesundheitsamt.Bremen.de

PROF. DR. FRAUKE KOPPELIN: Jade Hochschule Oldenburg,
Ofener Straße 16-19, 26121 Oldenburg, Tel.: (04 41) 77 08-37 42,

E-Mail: Frauke.Koppelin@jade-hs.de

Verantwortlich für die Studie: Timo Deiters, B.A.; Hendrik Heitland, B.A.;
Kristina Jann, B.A.; Benjamin Spieß, B.A.; David Wolf, B.A.

SILKE DINIUS

Modellprojekt AjuMA – Ausbildung junger Männer mit Migrationshintergrund in der Altenpflegehilfe

Der gravierende Mangel an Pflegekräften ist allseits bekannt. Auf der anderen Seite gibt es viele junge Männer mit Migrationshintergrund, die händeringend nach einer echten Chance auf dem Ausbildungsmarkt suchen. Der Pflegeberuf versucht seit Jahren den Anteil männlicher Pflegekräfte zu erhöhen. Sprachliches und kulturelles Hintergrundwissen von Pflegekräften wird für die Einrichtungen der Altenpflege zunehmend bedeutsamer. AjuMA versucht, all diese gesellschaftlichen Herausforderungen zusammenzuführen und eine Situation zu schaffen, von der alle Beteiligten profitieren können. Das Projekt wird gefördert durch den Europäischen Sozialfonds und das Hessische Sozialministerium.

Die Auszubildenden

Unter den Jugendlichen mit Hauptschulabschluss sind junge Männer mit Migrationshintergrund überproportional vertreten. Das Hessische Altenpflegegesetz ermöglicht für Hauptschüler die einjährige Ausbildung zum Altenpflegehelfer. Im Anschluss daran besteht die Möglichkeit, für die dreijährige Pflegeausbildung zugelassen zu werden.

Allerdings kommen junge Männer mit Migrationshintergrund offensichtlich nicht auf die Idee, einen Pflegeberuf in Betracht zu ziehen. Bei der Berufswahl liegen die Gesundheitsberufe komplett außerhalb des Fokus. Deshalb hat AjuMA in einer ersten Projektphase große Anstrengungen unternommen, um den Pflegeberuf in Migrantenkreisen, Beratungsstellen, Jugendeinrichtungen und Schulen vorzustellen. Die Reaktionen waren überwiegend positiv. Viele waren überrascht, welche Perspektiven der Beruf bietet, insbesondere im Vergleich zu anderen Berufen, die für Hauptschülerinnen und Hauptschüler zugänglich sind.

Der Verlauf der Ausbildung

Die Auszubildenden bei AjuMA absolvieren eine Ausbildung zum Altenpflegehelfer, die durch das Projekt lediglich flankiert und unterstützt wird. Die Altenpflegeschule bekommt zusätzlich zum Schulgeld einen finanziellen Zuschuss, um die Klassengröße auf 15 Schüler zu verkleinern. Weitergehende Maßnahmen wie Sozialberatung, Deutschunterricht, Einzelcoaching, Nachhilfe und gruppenpädagogische Interventionen werden von AjuMA in enger Kooperation mit der Schule durchgeführt. Die Praxisanleiterinnen und -anleiter der Ausbildungsbetriebe erhalten eine Schulung zum „Lerncoach“; zusätzlich werden regelmäßige Fallbesprechungen angeboten und häufige Praxisbesuche durchgeführt. Alle jungen Männer müssen am Ende des Ausbildungsjahres die regulären Anforderungen erfüllen und die Prüfung beim Regierungspräsidium bestehen.

Halbzeit im ersten Kurs – Erfahrungen

Der erste AjuMA-Kurs startete im Februar 2011 mit 14 Auszubildenden. Derzeit besteht der AjuMA-Kurs noch aus 12 jungen Männern. Alle Auszubildenden haben den Ehrgeiz, im Anschluss an die Ausbildung zum Altenpflegehelfer die dreijährige Pflegeausbildung zu absolvieren. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt sind schon erste Veränderungen bei den Auszubildenden zu erkennen: Nach anfänglichen Problemen mit der Zuverlässigkeit sind die jungen Männer verlässlicher geworden. Die Ausbildungsbetriebe berichten, dass die jungen Männer gutes Potential haben. Die Altenpflegeschulen benötigen im Umgang mit den AjuMA-Kursteilnehmern in der Theorievermittlung eine sehr klare Haltung und auch Strenge, da die jungen Männer zum Teil sehr lebhaft sind und einige zudem Schwierigkeiten mit der Konzentration haben. Der verstärkte Einsatz von aktivierenden Unterrichtsmethoden hat sich für diese Zielgruppe gut bewährt. Auch die Gruppendynamik innerhalb der reinen „Jungs-Klasse“ muss immer wieder in den Fokus gerückt werden.

Interessant ist, dass sich für den zweiten Kurs, der demnächst startet, viele Bewerber anmelden, die „über Freunde“ von der Ausbildung erfahren haben. Wie immer unser Experiment ausgehen wird: Der Beruf des Altenpflege(helfe)rs hat sich bereits jetzt wie in einem Schneeballsystem herumgesprochen. Das allein ist schon bedeutend für eine Branche, die mit anderen Berufsfeldern einen harten Konkurrenzkampf um Auszubildende führen muss.

SILKE DINIUS, Gemeinnützige Offenbacher Ausbildungs- und Beschäftigungsgesellschaft (GOAB), Kaiserstraße 66, 63065 Offenbach, Tel.: (0 69) 98 64 88 21,
E-Mail: dinius@goab.de



ANGELIKA MAASBERG, VERONIKA WEITHE

Aktionstag Ernährung „Frisch und aktiv durch den Tag“

Unter dem Motto „Frisch und aktiv durch den Tag“ führt das Niedersächsische Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz und Landesentwicklung in enger Kooperation mit dem Niedersächsischen Kultusministerium und der LVG & AFS die Aktionstage zur Zwischenverpflegung an niedersächsischen Schulen durch.

Ziel ist es, den Verzehr von Obst und Gemüse bei Schülerinnen und Schülern der Jahrgänge fünf bis acht zu fördern und ein gesundes, kostenfreies Trinkwasserangebot an Schulen zu etablieren. Durch einen praxisbezogenen Umgang finden die Schülerinnen und Schüler einen altersgemäßen Zugang zu dem Thema Obst, Gemüse und Trinkwasser. Sie werden im Sinne des Niedersächsischen Schulgesetzes (§2) und einer Bildung für nachhaltige Entwicklung zunehmend für selbstverantwortliches Handeln sensibilisiert.

Schule als idealer Ort zur wirksamen Weichenstellung

Das Thema gesunde Ernährung steht häufig im Zusammenhang mit Übergewicht und hat sich in der öffentlichen Diskussion zum Dauerbrenner entwickelt. Einerseits ist die Aufmerksamkeit berechtigt: Die Ergebnisse des ersten bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert Koch-Instituts zeigen, dass ein Großteil der Kinder und insbesondere der Jugendlichen zu wenig Obst und Gemüse essen. Demnach werden in allen Altersgruppen die empfohlenen Mengen an Obst und Gemüse deutlich unterschritten. Darüber hinaus leiden immer mehr Kinder und Jugendliche unter starkem Übergewicht (Adipositas).

Andererseits führt diese Aufmerksamkeit dazu, dass sich immer mehr Mädchen und Jungen früher Gedanken um ihr Gewicht machen. Selbst normalgewichtige Kinder im Grundschulalter fühlen sich heute zu dick und entwickeln ein gestörtes Essverhalten. Die Entwicklung von Essstörungen ist angesichts der Übergewichtsdiskussion keineswegs zu vernachlässigen, denn die Gesundheitsschäden und -kosten sind auch hier nicht zu vernachlässigen.

Damit sich weder Essstörungen noch Übergewicht manifestieren können, ist es wichtig und notwendig, schon frühzeitig präventiv anzusetzen. Ein wichtiger Schlüssel dazu ist die Entwicklung eines gesunden Essverhaltens von klein auf. Hierzu kann auch die Schule einen Beitrag leisten. Zum einen werden in dem Setting Schule alle Kinder und Jugendlichen erreicht. Zum anderen ermöglicht die insgesamt zunehmende schulische Aufenthaltsdauer, dass die Verhaltensprävention durch eine attraktive Einbettung des Themas Essen und Trinken in den Unterricht sowie in die Verpflegungsangebote vor Ort mit einer sinnvollen Verhältnisprävention kombiniert werden kann.

Beteiligung der Zielgruppen

Mit Hilfe des Aktionstags „Frisch und aktiv durch den Tag“ haben Schulen die Möglichkeit – mit Unterstützung von Expertinnen und Experten – das Thema Essen und Trinken als Zwischenverpflegung mit Schülerinnen, Schülern, Lehrkräften und Eltern zu thematisieren und somit alle Beteiligten in einen Schulentwicklungsprozess mit einzubeziehen. Die Schulleitung und die Lehrkräfte erhalten an dem Aktionstag in einem Nachmittagsworkshop die Möglichkeit, ein pädagogisches Gesamtkonzept für die Zwischenverpflegung zu skizzieren. Dabei werden notwendige schulinterne Strukturen und hilfreiche Instrumente thematisiert und erste Schritte nach Möglichkeit konkretisiert.

Die Eltern, als Ansprechpersonen für die Gesundheit ihrer Kinder, werden eingeladen, den Prozess entsprechend ihrer Bedürfnisse mitzugestalten, indem sie die Schule mit ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten persönlich unterstützen. Darüber hinaus sind sie eine Zielgruppe für themenspezifische Information und Aufklärung.

Zielgerichtetes Vorgehen

Der Aktionstag kann als Einstieg in das Thema dienen oder dabei unterstützen, die bestehenden Formen der Zwischenverpflegung noch einmal unter die Lupe zu nehmen. Er kann auch dabei helfen, eine Vielzahl von geplanten oder bestehenden Einzelaktionen zum Thema Essen und Trinken zusammenzuführen, um eine Nachhaltigkeit zu erreichen.

Der Aktionstag „Frisch und aktiv durch den Tag“ ist in drei Teilbereiche gegliedert:

- » Vormittag: Handlungsorientierter Unterricht im Bereich Ernährungsbildung zu den Produktgruppen Obst, Gemüse und Trinkwasser.
- » Nachmittag: Lehrerworkshop zu Planungsschritten, Organisationsmöglichkeiten von Zwischenverpflegung, Kommunikation mit den Eltern.
- » Früher Abend: Elternabend mit Fachvortrag und Moderation unter dem Schwerpunkt: Kinder- und Jugendernährung in der Partnerschaft von Schule und Elternhaus.

Das Angebot ist für die Schulen kostenfrei. Die erforderlichen Rahmenbedingungen für den Aktionstag sind von Seiten der Schulleitung zu gewährleisten. Interessierte niedersächsische Schulen können sich noch bis Dezember 2011 unter www.aktionstag-ernaehrung.de für einen Termin bewerben.

Literatur bei der Verfasserinnen (siehe Impressum)



OBAIDA AWAD, KAI J. BÜHLING

Nicht nur fünftes Rad am Wagen – Väter im Kreißsaal

Zum Konzept der familienorientierten Geburt gehört seit 30 Jahren, neben dem Rooming-In, die Begleitung der Gebärenden durch ihren Partner als engste Vertrauensperson. 2004 wurde in der Klinik für Geburtsmedizin der Charité in Berlin untersucht, wie die Kindsväter die Geburt erleben und welche psychischen Auswirkungen dieses Erlebnis haben kann. Mittels eines anonymisierten Fragebogens wurden die persönlichen Erfahrungen der Männer während und nach der Geburt ihres Kindes ermittelt. Im Untersuchungszeitraum von 14 Tagen fanden 163 Geburten in der Klinik statt. Bei 114 Entbindungen waren die Partner der Frauen anwesend. Von diesen Männern nahmen 86 an der Befragung teil.

Ergebnisse

58% der befragten Männer erlebten eine spontane Geburt, 6% eine Vakuumentextraktion und 36% begleiteten ihre Partnerinnen bei einem Kaiserschnitt. Die befragten Männer waren im Durchschnitt 35 Jahre alt. 27% der Kindsväter arbeiteten als Angestellte, 21% als Arbeiter oder Facharbeiter, 20% waren arbeitslos, 15% selbstständig. Ungefähr die Hälfte der Männer gab eine Partnerschaftsdauer von 1-5 Jahren an. Fast gleich viele waren mehr als fünf Jahre mit ihrer Partnerin zusammen, bei 6% dauerte ihre Beziehung weniger als ein Jahr.

Entscheidung für die Geburtsbegleitung

Für 79% der Väter stand von vornherein fest, dass sie die Geburt des Kindes miterleben wollten, dabei hatte sich das Paar in fast 70% der Fälle gemeinsam dazu entschlossen. Etwa ein Fünftel der Männer traf diese Entscheidung allein. Einige wenige begleiteten ihre Partnerin auf deren Wunsch hin oder gaben an, ungeplant bei der Geburt anwesend gewesen zu sein.

Motive und Vorbereitung

Der erhoffte positive Einfluss auf die Frau während der Geburt war ein sehr wichtiger Grund für die Geburtsbegleitung durch die Kindsväter. Weiterhin wurde häufig das Interesse am Geburtsvorgang genannt oder die Hoffnung, so die Beziehung zum Kind festigen zu können.

Nur etwa ein Viertel der Paare hatte gemeinsam einen Geburtsvorbereitungskurs besucht. Drei Viertel der Väter hatte sich jedoch in irgendeiner Weise auf das Erlebnis vorbereitet, sei es durch Gespräche mit der Partnerin oder mittels Büchern und Zeitschriften. Viele suchten Gespräche mit Freunden und Bekannten, aber auch mit Ärztinnen oder Ärzten und Hebammen.

men. Auch die Medien wie Fernsehen und Internet spielten eine Rolle. Fast alle Männer hielten nach der Geburt die Vorbereitungen für ausreichend.

Ängste und Befürchtungen

Vor der Geburt steht die Sorge um das Wohlergehen von Mutter und Kind im Mittelpunkt. Zudem wird befürchtet, dass bei der Geburt Komplikationen auftreten. Eine Reihe von Männern gab Versagensängste an. So fürchteten sie, sich hilflos zu fühlen, in Ohnmacht zu fallen oder das Personal und die Gebärende zu stören. 17% der Väter hatten jedoch keine Befürchtungen.

Hilflos fühlten sich bei der Geburt dann tatsächlich 18% der Männer. Nur jeweils ein Mann wurde ohnmächtig oder verspürte Übelkeit. Die meisten Befürchtungen traten nicht ein. Drei Männer verließen aus eigenem Antrieb den Kreißsaal während der Geburt. Angst vor negativen Auswirkungen des gemeinsamen Geburtserlebens auf die Sexualität war bei den Männern selten.

Geburtserleben

Zur Einschätzung des Geburtserlebens wurde nach dem schönsten und dem schlimmsten Moment gefragt. Für zwei Drittel der befragten Männer war der schönste Moment der Zeitpunkt, als das Kind geboren wurde und zu schreien begann. 9% benannten den Zeitpunkt, das Kind das erste Mal im Arm zu halten, als den schönsten Moment. Einige Männer gaben den Moment an, als sie die Haare während der Geburt sehen konnten oder als sie ihrer Frau in die Augen blickten. Für 30% der Väter war der schlimmste Moment, als ihre Partnerin während der Geburt zu schreien oder weinen begann. Auch das Auftreten von Komplikationen und das Empfinden, Hektik käme auf, wurde als schlimm empfunden. Des Weiteren wurde von den Vätern als schlimmstes Erlebnis benannt, mitzerleben, wie der Damm genäht wird, wie die Fruchtblase springt oder wenn die Presswehen beginnen. 20% der Männer gab jedoch an, keinen schlimmen Moment erlebt zu haben.

Fast alle hatten das Gefühl, ihrer Partnerin behilflich gewesen zu sein. Keiner der befragten Väter bereute, die Geburt miterlebt zu haben. Bei einigen Vätern zeigte sich einige Tage nach der Geburt Erschöpfung, etwa ein Drittel klagte über Müdigkeit, 6% über Stimmungsschwankungen. Ob diese Symptome als Zeichen einer sog. „male post natal depression“ (männliche postnatale Depression) zu werten sind oder deren Ursache in den häufig langen, schlaflosen Wartezeiten und dem sicherlich vorhandenen psychischen Stress für die Väter begründet liegt, bleibt in weiteren Studien genauer zu untersuchen.

Empfehlungen

Das Personal sollte die Partner der Gebärenden in den Geburtsverlauf mit einbeziehen, um möglicherweise auftretende Ängste und Befürchtungen abzubauen. Da die familienorientierte Geburt mit Anwesenheit des Kindsvaters sich immer mehr durchsetzt, sind „Väterkurse“, die zeitgleich mit den Geburtsvorbereitungskursen der Gebärenden stattfinden, ein wichtiges Angebot. Vorzugsweise sollten Männer diese Kurse bedarfsgerecht für Männer anbieten. Dort können Ängste und Befürchtungen thematisiert werden.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

KAI J. BÜHLING, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Frauenklinik, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Tel.: (0 40) 74 10 23 801, E-Mail: KJBuehling@aol.com



AXEL HENGST

Geburtsvorbereitung – Männersache?

„Moderne“ deutsche Männer sind bei der Geburt ihres Kindes heutzutage „selbstverständlich“ dabei. Das gehört zum Bild des „Neuen Vaters“, des fürsorglichen und familienbewussten Partners. Wer lässt sich dieses einmalige Erlebnis entgehen und verweigert der Partnerin die Unterstützung bei der Geburt des gemeinsamen Kindes?

Ganz so dogmatisch erleben Männer ihr Vaterwerden glücklicherweise nicht. In der Tat ist die väterliche Präsenz bei der Geburt in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen. Das Bild ist jedoch differenzierter. Etwa 90% der werdenden Väter in Deutschland begleiten ihre Partnerin in den Kreißsaal. Viele Paare sind da ziemlich schnell im Einvernehmen: Die meisten Frauen wünschen sich die Unterstützung von ihrem Mann, die meisten Männer möchten diese Aufgabe eindeutig übernehmen. Doch es gibt auch Bedenken. Bei Frauen sind das Befürchtungen, sich während der Geburt auch um ihren Liebsten kümmern zu müssen und ein Gefühl von Peinlichkeit bei der Vorstellung, dass ihr Partner sie leidend erlebt oder Intimgrenzen verletzt werden. Bei Männern sind es Zweifel, ob sie dem Ereignis gewachsen sind, wie sie auf Blut und Schleim reagieren werden und wie sie sich während der Geburt ihres Kindes überhaupt nützlich machen können. Diese Fragen sind bislang kaum empirisch untersucht. Für eine Partnerschaft auf Augenhöhe ist es jedoch wichtig, diese Fragen zuzulassen und zu kommunizieren. Für Männer sollte kein Druck entstehen, im Kreißsaal dabei sein zu müssen. Geburtsvorbereitungskurse können für einen entsprechenden Austausch – nicht nur zu den aufgezeigten Fragen – einen hilfreichen Rahmen bieten. Das gelingt in der Regel dann am besten, wenn Männer und Frauen während der Geburtsvorbereitung die Gelegenheit für den Austausch „unter sich“ haben, also unter Männern und unter Frauen.

Geburtsvorbereitung für Männer – aber wie?

Seit mehreren Jahren werden in einer zunehmenden Zahl in Kliniken, Familienbildungsstätten und in Hebammenpraxen Geburtsvorbereitungskurse durchgeführt, die Männer bewusst mit ansprechen und Raum für geschlechtshomogenen Austausch bieten. Dabei waren es nicht die werdenden Väter, die entsprechenden Bedarf anmeldeten. Sie halten sich in den Kursen zurück, sagen das nicht unbedingt jedem Arbeitskollegen und sind auf der Suche nach der eigenen Rolle im Kurs. Es sind seit etwa 15 Jahren Männer und Frauen, die beruflich in dem Arbeitsfeld tätig sind, die die werdenden Väter in den Blick genommen haben: Ärztinnen, Ärzte, Hebammen sowie Pädagoginnen und Pädagogen, die mit Vätern arbeiten. Ihnen ist bewusst geworden, dass Männer für den Prozess der Geburt, die Veränderung vom Liebes- oder Beziehungspaar zur Familie und für das Heranwachsen ihrer Kinder eine eigene Bedeutung haben. Einige Untersuchungen zeigen zudem, dass die gezielte Einbindung von Männern in die Geburtsvorbereitung positive Auswirkungen auf die Verbundenheit, Kommunikation, Unterstützung und Selbstfürsorge in der Partnerschaft haben kann. Gleichwohl übernehmen Männer in Geburtsvorbereitungskursen kaum eine aktive Rolle. Die Erfahrung zeigt, dass eine gezielte Ansprache – am besten durch männliche Fachkräfte und in einer reinen Männergruppe – und der wertschätzende Austausch förderlich sind, damit Männer sich ihrer Fragen rund um Geburt und Familiengründung bewusst werden und sie stellen können.

Die Themen sind dabei vielfältig. Neben formalen Fragen z.B. nach Elternzeitregelungen geht es um die eigene Rolle bei der Geburt – um die Unterstützungsmöglichkeiten der Partnerin sowie um das drohende Gefühl, dabei aktiv selber nichts tun zu können. Männer sollten den Hinweis beherzigen, auch für sich selbst zu sorgen – z.B. etwas zu essen, zu trinken, kurze Auszeiten an der frischen Luft zu nehmen.

In den Gesprächsrunden sprechen die Männer häufiger noch Themen an, die sich auf einen weiten Zeitraum nach der Geburt richten. Es geht um Erziehung, Partnerschaft, Wertevermittlung und um den Umgang mit dem Spannungsfeld Familie–Beruf: Wie nehme ich mir gegenüber beruflichen Anforderungen genügend Zeit für Familie und Kind? Wie werden wir Haushaltsarbeit untereinander aufteilen? Wie gehen wir, die Mutter und ich, mit unterschiedlichen Haltungen über „behüten“ und „loslassen“ um? Das sind typische Themenbereiche, die die Männer ansprechen.

Männer für Männer

Es wächst ein Interesse heran, im Austausch mit anderen Männern unterschiedliche Haltungen und Herangehensweisen an das Vatersein kennen zu lernen. Die Haltung „Jeder nach seiner Fassung“ macht Männer dabei Handlungs- und Verhaltensspielräume bewusst. Die eigene Haltung kann so evtl. akzeptiert und bestärkt werden. Das Kennenlernen anderer „männlicher“ Sichtweisen führt durchaus auch dazu, eigene Meinungen neu zu überdenken. Diese Unterschiedlichkeiten können eine Unterstützung darstellen, um später das eigene Vatersein bewusster wahrzunehmen und herauszubilden.

Zur Planung gezielter Angebote zur Geburtsvorbereitung für Männer können folgenden Aspekte hilfreich sein:

- Ein Angebot für Väter sollte an ein gemeinsames Angebot für das Paar gekoppelt sein. Männer lassen sich über gängige Werbung nur sehr schwer dazu motivieren und sind häufig in der Phase vor der Geburt von einem hohen Maß an Gemeinsamkeit und Verbundenheit mit der Partnerin geleitet.
- Die Männer sollten direkte Ansprache erhalten – also „Liebe Frauen und Männer“ statt „werdende Eltern“ oder ein Einladungsbrief speziell für Männer.
- Manche Krankenkassen übernehmen (ganz oder teilweise) auf Antrag die Kosten für die Teilnahme der Männer am Geburtsvorbereitungskurs. Anders als bei den Frauen ist das keine Pflichtleistung.
- Die Männerrunden sollten nach Möglichkeit von einem männlichen Mitarbeiter durchgeführt werden. Dafür bedarf es u. U. regionaler Netzwerke, um geeignete Männer dafür zu gewinnen. Gleichzeitig stellt sich die Frage nach dem Qualifikations- oder Fortbildungsbedarf der Männer. Hier könnten vor Ort eigene Maßnahmen entwickelt werden, bundesweit sind vereinzelt auch entsprechende Fortbildungsangebote zu finden.

Literatur beim Verfasser

AXEL HENGST, mannigfaltig e.V., Verein und Institut für Jungen- und Männerarbeit, Fröbelstraße 20, 30451 Hannover, Tel.: (05 11) 4 58 21 62, Fax: (05 11) 4 58 21 63, E-Mail: info@mannigfaltig.de, www.mannigfaltig.de

HAKAN ASLAN

Jungenarbeit und Gesundheit

Die starren Geschlechterrollenbilder geraten in Bewegung. So gibt es unter den jungen Männern einen Personenkreis, der eine entspannte Männlichkeit lebt, aber auch eine Gruppe, die mit urban, prekär und postmigrantisch beschrieben werden könnte, deren Leben bestimmt wird vom patriarchal männlichem Habitus. Archetypische Krieger, die sich in Subkulturen formieren, sich martialische Namen geben und denken, so dass Wenige verteidigen zu können, das ihnen geblieben ist. Drogen- und Alkoholmissbrauch sowie ein ungesunder Lebensstil sind alltäglich. Ständig unter Beweisdruck ihrer Kraft und Härte, wissen sie doch, dass sie eigentlich zu den gesellschaftlichen Verlierern gehören. Ihnen fehlen Eigenschaften und Fähigkeiten, um sich auf dem Arbeitsmarkt zu behaupten. Doch am wenigsten haben sie Vertrauen, vor allem gegenüber Erwachsenen.

Beziehungsarbeit und Vertrauen

In der sozialpädagogischen Arbeit mit dieser Gruppe geht es zunächst um Vertrauen. Durch eine lange Zeit des Beziehungsaufbaus, in dem die Fachkraft zeigen muss, ob sie verlässlich und authentisch ist, kann Vertrauen wieder hergestellt werden. Wenn es der vertrauten erwachsenen Person gelingt, eine sichere Zone aufzubauen, in der sich die Jungen frei machen können von Geschlechterrollenerwartungen und deren ständiger Bestätigung, lassen sie sich auch auf Übungen, Spiele



und Gespräche ein, die sie im Milieu-Kontext gar nicht oder anders behandeln würden. Mit dem gewonnenen Vertrauen ist es zudem möglich, die Jungen zur Reflexion zu stimulieren, damit sie ihre Individualität sowie ihre eigenen Bedürfnisse erkennen. Auf Basis dieser Selbst-Sorge kann dann ein Bewusstsein für die eigene Gesundheit geschaffen werden.

Jungenarbeit im TDK-Wasserturm

Die Jungenarbeit des TDK-Wasserturm in Berlin Kreuzberg ist interdisziplinär zu verstehen. Neben der pädagogischen Beziehungsarbeit und Aufklärung über Geschlechterrollen, Ernährung, anabole Steroide, Sportangebote, die statt der Leistung den Spaß betonen, besteht die Arbeit größtenteils darin, die Zielgruppe zur Teilhabe am Bildungssystem zu motivieren. Für die praktische Arbeit mit männlichen Pubertierenden bedeutet das beispielsweise über Verhütung und Geschlechtskrankheiten in ihrer Sprache zu kommunizieren. Durch die haptische Erfahrung von Kondomen, die über eine Gurke oder den Kopf gestülpt werden, können im wahrsten Sinn des Wortes Berührungängste überwunden werden. Gemeinsames Kochen, das mit dem sinnlichen Erfahren verschiedener Gemüsesorten beginnt, rückt die Vielseitigkeit der Ernährungspalette in das Bewusstsein.

Ein weiteres Beispiel ist das Sportangebot Ringen. Für diese Sportart ist es wesentlich, den Anderen durch Beobachten kennenzulernen und seine Grenzen zu achten. Jungen, die neu in die Gruppe kommen, haben zunächst fast immer das Bedürfnis, ihre Kraft zu demonstrieren und verstehen zum Teil den Kern dieser Sportart nicht. Treten diese Jungen gegen vorher instruierte erfahrene Gegner an, verstehen auch die Hartnäckigsten, dass eine gemeinsame Aktivität mehr Spaß und Freude bringt, wenn die Grenzen des Anderen geachtet werden und sie nicht ständig Gefahr laufen, sich gegenseitig zu verletzen.

Gesundheit beginnt im Kopf

Jungenarbeit ist nicht nur die Arbeit am und mit dem Jungen, sondern ebenso der Kampf für gerechtere Partizipationschancen. Junge Männer, die das Gefühl haben, nicht gebraucht zu werden, können keinen gesunden Emotionshaushalt herstellen. Das Gefühl einen Platz in der Gesellschaft gefunden zu haben, kann dem Geist zur Gesundheit verhelfen, der sich dann in einem gesunden Körper seinen Tempel bauen kann.

HAKAN ASLAN, TDK-Wasserturm, Kopischstraße 7, 10965 Berlin-Kreuzberg, Tel.: (0 30) 53 65 76 4, E-Mail: wasserturmkreuzberg@gmx.de



HEIDI PORZIG

Wilde Jungs in der Grundschule: Wutausbrüche und das BeSt-Modell

Als Beratungslehrerin an einer Grundschule beschäftige ich mich seit Jahren mit dem Thema ADHS und sammle dazu reichlich praktische Erfahrungen. Von entsprechenden Störungsbildern sind fast ausschließlich Jungen betroffen. Ich habe sie „Wilde Jungs“ genannt; denn „wild“ klingt für mich auch nach gesunder Energie und Lebendigkeit. So öffnet sich der Blick auf die Stärken dieser Jungen und unterstützt eine ressourcenorientierte Haltung. Mit dieser können vor allem Klassenlehrerinnen und Klassenlehrer zu einem glaubwürdigen Coach werden und Wilde Jungs auf eine hilfreiche Fährte führen. Auf dieser Fährte habe ich drei geradezu unverwüsthliche Wegweiser ausgemacht: Beziehung(Be), Steuerung(St), Stärken(St). Diese Kombination nenne ich BeSt-Modell. Ich werde dieses Modell nun kurz umreißen. Die oft so dramatischen Wutausbrüche Wilder Jungs stehen dabei im Mittelpunkt:

Wegweiser Beziehung

Wilde Jungs brauchen und suchen eine Beziehung zu ihrer Lehrerin bzw. ihrem Lehrer, die eindeutig und klar ist und Orientierung bietet. Sie wollen sich binden an eine erwachsene positive Autorität, die Präsenz zeigen kann, die glaubwürdig und verlässlich bleibt und bei der sie bedingungslose Wertschätzung erfahren. Sie müssen die Stabilität dieser Beziehung spüren: Da ist jemand, der mich ernst nimmt, mein vertrauenswürdiges Coach.

Wegweiser Steuerung

Wilde Jungs können ihre Wutausbrüche oft kaum kontrollieren. Dann brauchen sie den Coach als präsenten Kontrollierenden, der sie von außen sicher steuert und lenkt. Eine solche Außensteuerung kann zur Selbststeuerungsfähigkeit führen, Schritt für Schritt, Spur für Spur:

» **Erste Spur: Distanzieren.** Ungebremste Aggressionen brauchen den Coach als überzeugende Bremshilfe: Er kann Abstand schaffen und damit Distanz zwischen dem Jungen und der Wut auslösenden Situation bringen. Das gelingt

umso besser, je überzeugender und authentischer die Signale sind: „Hier ist Schluss, hier geht's nicht weiter, hier ist die Grenze, die kurze scharfe Bremsspur!“ Notfalls heißt das für den Coach: festhalten, wegschieben o. ä.

» **Zweite Spur: Entspannen.** Im Anschluss brauchen Wilde Jungs genügend Zeit und Raum, um sich zu entspannen. Das geht nicht zwischen Tür und Angel. Diese „zweite Spur“ der Entspannung stellt einen Prozess dar, in dem sich die Wilden Jungs erst einmal beruhigen müssen, um sich wieder neu ausrichten zu können.

» **Dritte Spur: Klären.** Die Klärung ist für einen Wilden Jungen von immenser Bedeutung. Mit einem neuen, klaren Blick kann ein Wilder Junge nun auf sich und seine Gefühle schauen, gemeinsam mit seinem Coach. Entscheidend ist, dass die Voraussetzungen für diese „dritte Spur“ in Ruhe gelegt werden. Sind Mitschüler oder Mitschülerinnen von dem Ausbruch betroffen, sollte zeitnah ein Gespräch zur Konfliktbearbeitung stattfinden. Der Coach ist dabei Gesprächsleiter und braucht Fingerspitzengefühl: Einerseits dürfen Wilde Jungs nicht vom Täter zum Opfer werden, andererseits sind sie den Provokationen besonders häufig ausgesetzt – ein sich teilweise bedingender Kreislauf.

» **Vierte Spur: Eingrenzen.** Wenn Wilde Jungs erkennbare Täter sind, sollten sie die Erfahrung machen, dass sie die Grenzen anderer massiv überschritten haben und deshalb Eingrenzungen erfahren. Ob und wie dann das aggressive Verhalten aufgearbeitet wird, sollte von Fall zu Fall entschieden werden: Gespräche, gestalterische Ausdrucksformen, schlichte Ordnungsdienste. Wichtig ist die Bedeutung dieser Eingrenzungsspur: Sie führt auf die schwierige Fährte der Achtsamkeit für andere.

» **Fünfte Spur: Vorbeugen.** Die Fährte der Achtsamkeit sollten Coach und Wilder Junge gemeinsam und vorbeugend betrachten – vor der nächsten Situation, in der unvorhersehbare Gruppendynamiken Anlass zu rasender Wut sein könnten. Dabei hilft z.B. eine Stoppkarte: „Denke dran, hol erst mal Luft, wenn es in dir brodelte.“ Ein Händedruck, ein paar kurze Worte, immer wieder Kontaktaufnahme: „Na, wie geht es Dir heute?“ können auch dazu gehören. Maßvolle Regelmäßigkeit ist hier gefragt.

Wegweiser Stärken

Gerade Wilde Jungs zeigen oft außergewöhnliche Fähigkeiten und Begabungen. Trotzdem überwiegt in unseren Grundschulen meist der defizitäre Blick. Wilde Jungs nachhaltig auf die Fährte ihrer Ressourcen zu bringen, auf ihre starke Spur, das erfordert ein bedingungsloses „Ja“, kein „Ja, aber“. Wilde Jungs nehmen diesen feinen, aber entscheidenden Unterschied sehr deutlich wahr.

Es ist eine große Herausforderung für Unterrichtende im Schulalltag Möglichkeitsräume für Begabungen und Ressourcen zu schaffen – aber es geht! Je sicherer Wilde Jungs ihre „starke Spur“ verfolgen dürfen, umso leichter wird es sein, die Fährte des BeSt-Modells mit ihnen zu beschreiten.

Literatur bei der Verfasserin

HEIDI PORZIG, Beratungslehrerin, E-Mail: h.porzig@web.de

HENRIETTE EICHNER, LEA AHRENS

Landkreisweite Versorgung – Kooperation und Beratung unter einem Dach

Der Caritasverband im Kreis Wesermarsch e.V. eröffnete ein Seniorenservicebüro als Außenstelle im Familienservicezentrum in Lemwerder. Ziel ist es, die Lebenssituation und -qualität älterer Menschen zu verbessern und deren Unabhängigkeit sowie Eigenständigkeit zu unterstützen.

Informationen und Dienstleistungen aus einer Hand – Die Wichtigkeit der Vernetzung

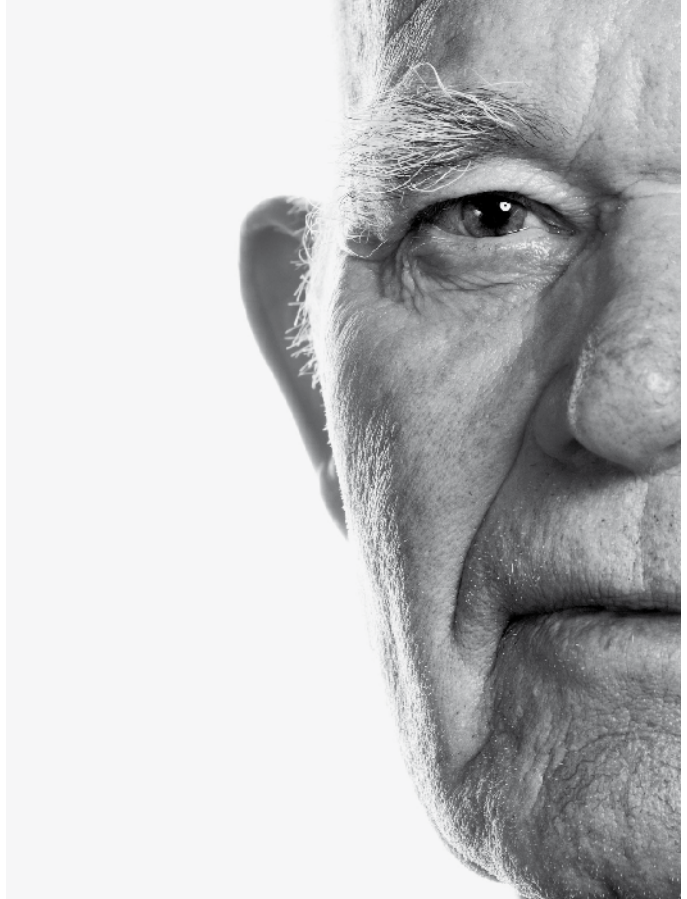
Das Seniorenservicebüro bietet die Weitergabe von Informationen für ratsuchende Seniorinnen und Senioren sowie deren Angehörige an. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Büros helfen bei der Beantwortung von Fragen zur Lebens- und Alltagsbewältigung und informieren über vorhandene Dienstleistungen, präventive Hilfsangebote sowie über Kultur-, Bewegungs- und Bildungsangebote. Daher ist eine Vernetzung mit möglichst vielen Kooperationspartnern von Bedeutung, um eine breite Palette von Informationen weitergeben zu können und um eine koordinierende Managementfunktion zu erhalten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können so an die entsprechenden Stellen ziel- und sachgerecht weiterleiten und vermitteln. Kooperationspartner sind zum Beispiel der Landkreis Wesermarsch, Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Kirchengemeinden, Bildungspartner, Pflegedienste, Altenheime, Sportvereine, Seniorenbeiräte und Wohnungsbaugesellschaften. Zu den weiteren Angeboten des Büros gehören die Wohnberatung und das Programm „DUO“, bei dem ehrenamtliche/freiwillige Seniorenbegleiterinnen und -begleiter ausgebildet und vermittelt werden. Zudem wird das Freiwillige Jahr für Seniorinnen und Senioren (FJS) organisiert und koordiniert.

Eine zentrale Anlaufstelle

Die Hauptstelle des Seniorenservicebüros befindet sich seit einem Jahr im Mehrgenerationenhaus in Nordenham, ebenfalls in Trägerschaft des Caritasverbandes. Dort sind bereits verschiedene Beratungsstellen, wie beispielsweise die psychologische Beratungsstelle für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, die psychosoziale Krebsberatung, die soziale Schuldnerberatung sowie die Schwangerschaftsberatungsstelle angesiedelt. Zudem befinden sich dort weitere Kooperationspartner, wie der Hospizhilfe-Verein Nordenham e.V., das Kriseninterventionsteam und das Refugium Wesermarsch. Mit der Ansiedlung im Mehrgenerationenhaus kann der Zugang zu Seniorinnen und Senioren gewährleistet werden. Da das Seniorenservicebüro jedoch für den gesamten Landkreis zuständig ist, der 822 km² groß ist und ländliche Strukturen aufweist, ist es notwendig, mehrere Außenstellen einzurichten, damit die Versorgung in der Fläche gewährleistet werden kann.

Wohnortnahe Versorgung

Ältere Menschen sind oft immobil, deshalb ist es besonders wichtig, Angebote wohnortnah anzubieten. Die Außenstelle des Seniorenservicebüros in Lemwerder stellt nun auch die Versorgung des südlichen Teils der Wesermarsch sicher und stärkt hiermit die Kooperation mit der Kommune. Im August



2011 wurde das neue Familienservicezentrum, eine rathaus-eigene Immobilie, von Bürgermeister Hans-Joachim Beckmann im Rahmen einer kleinen Feierstunde seiner Bestimmung übergeben. Seit 2007 wirkt in diesem Gebäude auch das Kinder- und Familienservicebüro. Durch die zusätzliche Einbindung des Seniorenservicebüros sowie des Vereins Donum Vitae und der Arbeiterwohlfahrt entsteht eine enge Kooperation und Vernetzung unter einem Dach. Diese Ausrichtung ermöglicht wichtige und sinnvolle Synergieeffekte in der alltäglichen Arbeit und wird auch seitens des Landes Niedersachsen als wichtige Ausrichtung angesehen. Doppelstrukturen werden verhindert, gemeinsame Initiativen leichter ermöglicht und ehrenamtliche bzw. Freiwilligentätigkeit gebündelt. Die Akzeptanz der Kommune und die ganz bewusst getroffene Entscheidung der Politik, verschiedene Dienste und Angebote in einem Haus anzubieten, hat zukunftsweisenden Charakter.

In naher Zukunft wird das Seniorenservicebüro in der Kreisstadt Brake ebenfalls eine Außenstelle einrichten, um neben dem nördlichen und südlichen Teil der Wesermarsch auch den mittleren Teil zu erschließen.

HENRIETTE EICHNER, Caritasverband im Kreis Wesermarsch e.V., Ulmenstraße 1, 26919 Brake, Tel.: (0 44 01) 97 66 -16, E-Mail: eichner@caritas-wesermarsch.de
LEA AHRENS, Beraterin im Seniorenservicebüro,
Caritasverband im Kreis Wesermarsch e.V., Ulmenstraße 1, 26919 Brake



Fachberatung für Kindertageseinrichtungen

Im Zuge der bildungspolitischen Entwicklung und der verschiedenen Bildungspläne der Bundesländer werden mittlerweile hohe Anforderungen an die frühkindliche Betreuung und Ausbildung gestellt. Dies macht sich auch für Fachberatungen in Kindertagesstätten bemerkbar. In dem Buch beschreiben die Autorinnen und Autoren die vielfältigen Aufgabenbereiche der Fachberaterinnen und -berater, wie zum Beispiel beratende und steuernde Funktionen für Träger, Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege, als auch pädagogische Sachbearbeitung. Begleitet werden diese Darstellungen durch die Forderungen, den Stellenwert sowie die Qualität und Wirksamkeit des Leistungsangebots der Fachberatungen sichtbar zu machen, zu sichern und von Seiten der Träger mehr zu unterstützen. Das Buch richtet sich an Fachberatungen der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und kommunalen Anstellungsträger, den Fachhochschulen, Fachschulen für Sozialpädagogik sowie an weitere Trägerverbände. (am)

MARGARITA HENSE (Hrsg.): Fachberatung für Kindertageseinrichtungen. Erfolgchancen erhöhen. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen, 2010, 192 Seiten, ISBN 978-3-525-70127-0, E-Book ISBN 978-3-647-70127-1, 19,90 Euro

What Works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit?

Die Autoren liefern mit diesem Herausgeberband einen interessanten Überblick zum Diskurs um eine evidenzbasierte Soziale Arbeit. Sie kritisieren u. a. deren Passung mit aktuellen neoliberalen Reformbestrebungen personenbezogener Wohlfahrtsproduktion. Dabei wird die „What Works Praxis“ als empirische Forschung zur Wirkung von sozialpädagogischen Handlungsansätzen verstanden. Diese soll von einem Teil von Befürwortern dieses Ansatzes das Fallverstehen als Grundlage professioneller Entscheidungen ersetzen. In internationalen Beiträgen werden verschiedene Ansätze evidenzbasierter Praxis dargestellt sowie ihre immanenten Grenzen aufgezeigt. Das Buch ist in Kapitel zur Professionalität, zur evidenzbasierten Praxis und zur neuen Sozialen Arbeit gegliedert. Es richtet sich an Forschende, Lehrende und Lernende der Sozialen Arbeit sowie an andere Interessierte, die sich mit verschiedenen Standpunkten in diesem schwierigen Handlungsfeld auseinandersetzen möchten. (bw)

HANS-UWE OTTO, ANDREAS POLUTTA, HOLGER ZIEGLER (Hrsg.): What Works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farming Hills, 2010, 268 Seiten, ISBN 978-3-86649-122-9, 28,00 Euro

Gesundes und erfolgreiches Arbeiten im Büro

Im vorliegenden Buch erhalten die Leserinnen und Leser einen detaillierten Überblick über die aktuellen Entwicklungen der Büro- und Wissensarbeit auch hinsichtlich gesundheitlicher Perspektiven. Auf der Grundlage von derzeitigen arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen greifen die Autoren auf ihre praktischen Erfahrungen bei der der Arbeits- und Bürogestaltung am „Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO“ zurück. Neben bekannten verhaltenspräventiven Maßnahmen werden insbesondere Themen zur Veränderung der Arbeitsbedingungen, wie beispielsweise Mitarbeiterführung oder Arbeitsorganisation, beschrieben. Zudem stehen die Gesundheitsprinzipien Entwicklungsfähigkeit, Ausgleichsfähigkeit und Selbstregulation im Mittelpunkt der Betrachtung und werden an zahlreichen praktischen Umsetzungsbeispielen verdeutlicht. Das Buch richtet sich an alle Büroarbeitende und Beratende im Gesundheitsmanagement. (ah)

DIETER SPATH, WILHELM BAUER, MARTIN BRAUN: Gesundes und erfolgreiches Arbeiten im Büro. Erich Schmidt Verlag GmbH & Co KG, Berlin, 2011, 213 Seiten, ISBN 978-3-503-13015-3, 39,80 Euro

Bürgerzentriertes Gesundheitswesen

In der heutigen Zeit wünschen sich Bürgerinnen und Bürger stärker in Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit eingebunden zu werden. Der Sammelband stellt die Bedeutung eines konsumorientierten Gesundheitswesens für den Einzelnen dar und beschreibt ausführlich die dazu gehörenden Technologien. Des Weiteren werden Entwicklungspfade sowie Erfolgsfaktoren von so genannten E-Health-Systemen, aber auch der Rechtsrahmen für ein bürgerzentriertes Gesundheitswesen, besonders in Bezug auf den Datenschutz, dargestellt. (ex)

CHRISTIAN DIERKS, KLAUS-DIETER HENKE, JANINA FRANK, JAN HENSEMANN, HEIKE WILKENS: Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft. Bürgerzentriertes Gesundheitswesen. Nomos Verlagswesen, Baden-Baden, 2011, 76 Seiten, ISBN 978-3-8329-6541-9, 19,00 Euro

Wer gehört dazu? Zugehörigkeit als Voraussetzung für Integration

Da die deutschen Städte inzwischen Einwohnerinnen und Einwohner aus mehr als 100 Nationen beheimaten, ist ein kritischer Umgang mit dem Thema Integration angebracht. Aus diesem Grund setzt sich der vorliegende Band der Bertelsmann Stiftung anhand von 15 Artikeln sehr differenziert mit diesem Thema auseinander. Es wird u. a. die Umsetzung der Racial Equality Directive (RED) in den EU Mitgliedsstaaten beleuchtet und eine kritische Auseinandersetzung mit dem deutschen Staatsangehörigkeitsrecht angestrebt. Des Weiteren werden die Zugänge für Migrantinnen und Migranten zum Arbeitsmarkt betrachtet sowie Diskriminierungsmechanismen. Im Fokus der Artikel stehen die Themen Staatsbürgerschaft, Gleichstellungspolitik und Arbeitsmarkt, anhand derer der Nachholbedarf Deutschlands verdeutlicht wird. (se)

BERTELSMANN STIFTUNG (Hrsg.): Wer gehört dazu? Zugehörigkeit als Voraussetzung für Integration. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2011, 190 Seiten, ISBN 978-3-86793-072-7, 25,00 Euro

Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen

Mit diesem Band ist den Herausgebern ein interessanter Überblick über den aktuellen Stand der Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen im deutsch- und englischsprachigen Raum gelungen. Es werden epidemiologische Datenanalysen, verschiedenste Forschungsstrategien und Versorgungsansätze vorgelegt, als auch Studien zur Prävention und psychosozialen Intervention sowie ethische Überlegungen aus unterschiedlichen Perspektiven. Die verschiedenen Beiträge sind entweder in deutscher oder englischer Sprache veröffentlicht. Zielgruppen sind Lernende und Lehrende, aber auch an Versorgungsfragen Interessierte. (bw)

OLIVIA DIBELIUS, WOLFGANG MAIER (Hrsg.): Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen – Health Services Research for People with Dementia. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2011, 227 Seiten, ISBN 978-3-17-021331-9, 29,90 Euro

Gesunde Kita. Was fördert die Gesundheit von Kindern und ErzieherInnen?

In dem Buch greifen die Autorinnen und Autoren den Ansatz der Gesundheitsförderung für Kitas auf und stellen in diesem Rahmen die Bedeutung der Zusammenarbeit der Akteure in den einzelnen Einrichtungen mit den Trägern heraus. Bei der Fragestellung, was fördert die Gesundheit von Kindern und Erzieherinnen, werden vier Teilbereiche dargestellt: „Die Lebenswelt Kita“ mit einem kurzen Blick auf die Bedürfnisse der Kinder, die Rolle der Eltern und die Belastungen der Erzieherinnen und Erzieher – „Erfahrungen in der Gesunden Kita“ mit den Themen Übergewicht, Bewegungsförderung, Körperwahrnehmung und Entspannung – „Die Kita-Träger“ mit der Idee zur Organisationsentwicklung und dem Qualitätsmanagement und – „Projektbeispiele zur Gesunden Kita“ mit Modellen guter Praxis aus verschiedenen Bundesländern. Das Buch richtet sich in erster Linie an Erzieherinnen und Erzieher in Kitas sowie an Eltern. (am)

DIETER SOMMER, DETLEF KUHN, MAIKE SCHMIDT, ANJA VOLKHAMMER (Hrsg.): Gesunde Kita. Was fördert die Gesundheit von Kindern und ErzieherInnen? Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2011, 150 Seiten, ISBN-13: 978-3-940529-66-4, 19,90 Euro

Biografiearbeit

Die Biografiearbeit stellt für die Autorin eine Schlüsselkompetenz in modernen Gesellschaften dar, in denen Traditionen nicht mehr selbstverständlich sind. In dem Fachbuch werden Begriffsklärungen vorgenommen sowie Traditionslinien und Einsatzfelder von Biografiearbeit in sozialer Arbeit, Pflege, Schule und Erwachsenenbildung aufgezeigt. Systematisch werden im Schwerpunkt Kapitel Traditionen aus der Psychoanalyse, der humanistischen Psychologie, der systemischen Familientherapie, der Biografieforschung und der Oral History als Bildungsansatz dargestellt. Die Zielgruppen des Lehr- und Handbuchs sind Studierende und Praktizierende. (bw)

INGRID MIETHE: Biografiearbeit – Lehr- und Handbuch für Studium und Praxis. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2011, 176 Seiten, ISBN 978-3-7799-2241-4, 16,00 Euro

Schubladen, Schablonen, Schema F – Stereotype als Herausforderung für Gleichstellungspolitik

Hippies, Yuppies, Nerds, Femme Fatale und Lieschen Müller... Wer hat nicht sofort ein Bild vor Augen? Was bedeutet eigentlich „Stereotyp“ und warum halten sich „Schubladen, Schablonen und Schema Fs“ so hartnäckig in unserer Gesellschaft? Einige Antworten liefert dieser Herausgeberband. Die Autorinnen und Autoren geben einen Überblick über aktuelle national und international erforschte Zusammenhänge von Stereotypen und Gleichstellungspolitik. Das breite Themenspektrum der Artikel umfasst Stereotype und ihre Bedeutung sowie Rollenbilder in den Kontexten Beruf, Familie, Medien und Geschlechterforschung. Folge von Stereotypisierung ist oft Ungleichbehandlung. Aus diesem Grund liefert dieses Buch durch die intensive Betrachtung von Stereotypen und ihren Rollen in unserer Gesellschaft wertvolle Hinweise für eine Anti-Diskriminierungspolitik. (st)

SUSANNE BAER, SANDRA SMYKALLA, KARIN HILDEBRANDT (Hrsg.): Schubladen, Schablonen, Schema F – Stereotype als Herausforderung für Gleichstellungspolitik. Gender kompetent Band 5. Beiträge aus dem Gender-Kompetenzzentrum. Kleine-Verlag, München, 2009, 190 Seiten, ISBN-978-3-937461-86-1, 21,80 Euro

Frühkindliche Bildung

Das Buch entstand u. a. im Rahmen einer Fachtagung und setzt sich für das Recht aller Kinder auf Bildung, die Entfaltung ihrer Kompetenzen, auf Beteiligung und auf ihr Wohlbefinden ein. Dabei spannen die Autorinnen und Autoren eine Bogen von der frühkindlichen Pädagogik, den neuen Medien im Kindesalter, der Armut und Bildung in Deutschland, der Spiritualität in frühen Erziehungs- und Bildungsorganisationen, der Bindung als Voraussetzung für Bildung, bis hin zur Bildung von Kindern unter 3 Jahren. Ein wesentliches Kapitel widmet sich den Aufgaben der Träger, der Leitung und des Teams. (am)

GUNTER GEIGER, ANNA SPINDLER (Hrsg.): Frühkindliche Bildung. Von der Notwendigkeit frühkindliche Bildung zum Thema zu machen. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hill, 2010, 238 Seiten, ISBN 978-3-86649-295-0, 24,90 Euro



Handbuch Resilienzförderung

Die Autorinnen und Autoren gehen in diesem Buch der Frage nach, woher Kinder und Jugendliche die Kraft und Stärke nehmen, schwierige Situationen zu bewältigen. Die Fachwelt spricht in diesem Zusammenhang von Resilienz und Resilienzförderung. Die Begriffe sind zwar in aller Munde, aber bisher gibt es kaum Konzepte zur praktischen Umsetzung. In den Beiträgen werden erste Orientierungen zu dem Begriff gegeben und grundsätzliche Chancen und Grenzen reflektiert. Dabei ist das Buch in die drei Bereiche „Internationale Beiträge“, „Grundsatzdiskussion“ und „Resilienzförderung auf verschiedenen Praxisfeldern“ aufgeteilt. Es bietet einen breiten Einblick in die Thematik, lässt aber den Bereich der Übertragbarkeit der Ergebnisse in praxisrelevantes Handeln offen. Das Handbuch ist eine geordnete Zusammenstellung zum Thema Resilienz in der Sozialen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und kann als Nachschlagewerk dienen. (am)

MARGHERITA ZANDER U.A. (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 2011, 238 Seiten ISBN 978-3-531-16998-9, 24,90 Euro

Wirtschaftliche Potenziale des Alters

Der demographische Wandel und dessen Auswirkungen sind zunehmend Thema in Öffentlichkeit und Politik. Neben den gesamtgesellschaftlichen Belastungen bringt eine immer älter werdende Bevölkerung wirtschaftliche Potentiale mit sich. Diese Facetten des Alterns werden in dem Band in zwölf Kapiteln thematisiert. Neben der Betrachtung der Produktivität des Alters aus der gesellschaftlichen Perspektive, stellt die Analyse der verschiedenen Sektoren der Seniorenwirtschaft einen Schwerpunkt des Buches dar. Abschließend werden am Beispiel Japans Möglichkeiten aufgezeigt, wirtschaftliche Potenziale einer alternden Bevölkerung zu nutzen. Das Buch richtet sich an Studierende unterschiedlicher Disziplinen und soll diese anregen, neue Handlungsansätze zu entwickeln, um die Potenziale einer alternenden Bevölkerung zu nutzen. (br)

ROLF G. HEINZE, GERHARD NAEGLER, KATRIN SCHNEIDERS: Wirtschaftliche Potentiale des Alters. Grundriss Gerontologie Band 11, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2011, 283 Seiten, ISBN 978-3-17-020341-9, 29,90 Euro

Ernährung und körperliche Aktivität in Europa – Die Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit von Gesundheitsdaten

Um lebensstilbedingten Erkrankungen vorzubeugen, sind körperliche Aktivität und Ernährung zwei grundlegende Determinanten. Die Datenlage zu Lebensstilfaktoren ist noch lückenhaft. Die Autorin und der Autor liefern mit ihrer Studie einen Beitrag zur Standardisierung nationaler Erhebungen für die europäische Gesundheitsberichterstattung. Übersichtlich analysieren sie die Datenverfügbarkeit und -vergleichbarkeit in 32 europäischen Ländern. Abschließend werden wichtige Empfehlungen für die Standardisierung nationaler Erhebungen in europäischen Ländern gegeben. (st)

GRIT NEUMANN, WILHELM KIRCH: Ernährung und körperliche Aktivität – Die Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit von Gesundheitsdaten. Huber Verlag, Bern, 2011, 141 Seiten, ISBN 978-3-456-94-954-3, 29,95 Euro

Connected? Die wichtigsten Grundlagen von Netzwerkarbeit in sozialen Berufen

Wer den Begriff „Netzwerk“ schon einmal fachlich erklären bzw. definieren wollte, stößt schnell an Grenzen. Denn wenige, die die Begriffe ‚Netzwerk‘ oder auch ‚Netzwerkarbeit‘ wie selbstverständlich verwenden, haben sich mit den wissenschaftlichen Grundlagen aus Sozialwissenschaft, Soziologie und Psychologie auseinandergesetzt. Die vorliegende Arbeit möchte dieses Defizit beseitigen. Der Autor beschreibt die aktuellen Begrifflichkeiten, erklärt ihre Entstehung, geht auf den theoretischen Hintergrund ein und erläutert den Einfluss von Netzwerken auf den beruflichen Alltag eines Sozialarbeiters bzw. einer Sozialarbeiterin. (se)

MARCO KOPPE: Connected? Die wichtigsten Grundlagen von Netzwerken in sozialen Berufen. VDM Verlag, Saarbrücken, 2011, 69190 Seiten, ISBN 978-3-639-34532-2, 49,00 Euro

Geschlechterbeziehungen

Im Rahmen der Geschlechterforschung nehmen Geschlechterbeziehungen eine herausragende Bedeutung ein. Es stellen sich erneut Fragen dazu, ob aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen Geschlechterunterschiede zunehmend verschwinden bzw. wie groß die Bedeutung einer Geschlechterzuordnung in der modernen Gesellschaft ist. Der Autor und die Autorin liefern in diesem Band aktuelles Hintergrundwissen aus der Geschlechterforschung zu den Themenbereichen geschlechterspezifischer Sozialisation, Körper und Gesundheit, Sexualität und Zweierbeziehungen, sowie Familie, abweichendes Verhalten und Gewalt. Der Band stellt interessante Möglichkeiten dar, wie sich die Geschlechterordnung zukünftig weiterentwickeln könnte und regt damit an, längst überholte Perspektiven zu hinterfragen. Zielgruppen des Fachbuches sind Studierende und Lehrende, sowie fachlich interessierte Praktizierende in sozialen und pädagogischen Berufen. (bw)

KARL LENZ, MARINA ADLER: Geschlechterbeziehungen – Einführung in die sozialwissenschaftliche Geschlechterforschung. Band 2. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2011, 280 Seiten, ISBN 978-3-7799-2302-2, 24,00 Euro

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

(Lebens)welten 11. Oktober 2011, Hannover

Wir leben in einer Gesellschaft, die nicht nur immer älter, sondern auch zunehmend bunter wird. Aus diesem Grund rücken die Potenziale sowie Bedürfnisse von Seniorinnen und Senioren mit Zuwanderungsgeschichte zunehmend in den Fokus der Seniorenarbeit. Die Tagung möchte niedersächsischen Kommunen aufzeigen, wie es gelingen kann, ältere Migrantinnen und Migranten in die Seniorenpolitik und -arbeit einzubeziehen. Die Tagung richtet sich an Fachkräfte der kommunalen Senioren- und Migrationsarbeit, der Wohlfahrtsverbände und anderen Institutionen, an Sozialplanerinnen und Sozialplaner, Migrantenorganisationen, Senioren(bei)räte, Seniorenorganisationen, Senioren(service)büros und Interessierte.

„Land in Sicht?!“ – Fachtagung zum 4. Niedersächsischen Aktionstag für seelische Gesundheit 12. Oktober 2011, Cloppenburg

Die Fachtagung zum 4. Nds. Aktionstag für seelische Gesundheit beleuchtet die psychiatrische Versorgung im ländlichen Raum. Der Aktionstag findet u.a. in Zusammenarbeit mit der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen - Bremen, dem Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen, der Medizinischen Hochschule Hannover, dem BKK Landesverband Mitte, der AWO Dialog gGmbH und dem Landkreis Cloppenburg statt.

Pillen für den Geist?! Neuro-Enhancement – Chancen, Risiken und Nebenwirkungen für Einzelne und die Gesellschaft 12. Oktober 2011, Hannover

Der Wunsch nach kognitiver Leistungssteigerung und emotionaler Verbesserung der Stimmung ist kein Phänomen unserer modernen Gesellschaft. Erste Studien belegen, dass vermehrt Menschen bereit sind (und es auch teilweise tun), diese Ziele mit pharmakologischer Hilfe zu erreichen. Der Konsum von Medikamenten durch gesunde Menschen, um sich besser konzentrieren zu können, wacher oder besserer Laune zu sein, wirft viele Fragen auf, die vielfache gesundheitliche, ethische, rechtliche und gesellschaftliche Aspekte beinhalten und sowohl einzelne Personen als auch die gesamte Gesellschaft betreffen.

Sport und Alkohol – geht das nur zusammen? 13. Oktober 2011, Paderborn

Der Thementag des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen problematisiert die enge Verbindung zwischen Sport und Alkohol unter besonderer Berücksichtigung des Hochschulsports. Dabei geht es auch um einen verantwortungsvollen und gesunderhaltenden Umgang mit Alkohol im Setting Hochschule. Der Thementag wird in Kooperation mit der Universität Paderborn, dem Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverband und mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse durchgeführt.

Arbeiten bis 67,70...? Herausforderungen für Gesundheits- und Demographiemangement 1. November 2011, Hannover

Gerade in einer älter werdenden Gesellschaft spielt der Erhalt der Arbeitsfähigkeit eine zentrale Rolle in der Verantwortung von Unternehmen und dem Arbeitsschutz. Der demographische Wandel und seine Auswirkungen sind zentrale Themen unserer Gesellschaft. Welche Chancen und Möglichkeiten bringt diese Veränderung für Betriebe und Unternehmen? Wie können sie auf die Entwicklung konkret eingehen? Die Tagung zielt auf einen Erfahrungsaustausch zwischen Unternehmen sowie auf die Darstellung von Lösungen zur Bewältigung der Herausforderungen des demographischen Wandels. Die Fachtagung richtet sich an Personalverantwortliche, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Sozialversicherung sowie Personen, die sich für dieses Thema interessieren.

Generationen in Bewegung 8. November 2011, Hannover

Bewegung und körperliche Aktivität ist in jedem Alter wichtig. Dementsprechend sollen bewegungsfördernde Angebote für alle Generationen unterstützt werden. Mehrgenerationenhäuser sowie die Stadtteil- und Gemeinwesenarbeit bieten entsprechende Ansatzpunkte. Diese Fachtagung richtet sich an Mitarbeitende in diesem Feld mit dem Ziel, Bewegungsförderung generationenübergreifend zu unterstützen, Transparenz über Angebote und Strukturen auf kommunaler Ebene zu schaffen sowie den Sportbereich, Mehrgenerationenhäuser und andere Akteurinnen und Akteure im Stadtteil zu vernetzen und für das Thema zu gewinnen. Die Veranstaltung wird vom Zentrum für Bewegungsförderung Niedersachsen in Kooperation mit dem Landessportbund Niedersachsen durchgeführt.

Erst die Arbeit, dann die Pflege – Herausforderungen für Betriebe und Beschäftigte bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege 9. November 2011, Hannover

Einerseits stehen immer mehr Erwerbstätige vor der Aufgabe, ihre Arbeit mit häuslicher Pflege von Angehörigen zu verbinden. Andererseits erleben Betriebe einen zunehmenden Mangel an Fachkräften und wollen ihre Produktivität nicht gefährden. Die Landeshauptstadt Hannover will in Zusammenarbeit mit der LVG & AFS für das Thema sensibilisieren, Betriebe und Beschäftigte umfassend informieren und Ansätze zur Bewältigung der Vereinbarkeitsproblematik darstellen.

Gesund aufwachsen in der Kita – Zusammenarbeit mit Eltern stärken. Impulstagung für Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen und der Frühpädagogik 10. November 2011, Frankfurt/Main

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unterstützt Fachkräfte und Kindertageseinrichtungen in der Zusammenarbeit mit Eltern. Ziel des Projektes ist es, ein übertragbares Konzept einschließlich praktischer Handreichungen zur Zusammenarbeit mit Eltern und Familien in Fragen der umfassenden Gesundheitsförderung zu entwickeln. Gemeinsam mit den am Projekt beteiligten Kooperationspartnerinnen und -partnern sowie Kindertageseinrichtungen möchte die BZgA zentrale Ergebnisse aus der Projektarbeit vorstellen. Die Tagung richtet sich insbesondere an Leitungsverantwortliche und pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen, an Fachberater, Fachberaterinnen und an Trägerorganisationen.



12. SOPHIA Fachtagung 11. November 2011, Peine

In diesem Jahr geht es erneut um die Rahmenbedingungen des kindlichen Lernens. Die Vorträge behandeln den anregenden Einfluss von Musik und Rhythmus für die Vermittlung von Wissen und machen darauf aufmerksam, dass herzhaftes Lachen und Fröhlichkeit das Lernen fördern kann. Da manchen Eltern jedoch das Lachen angesichts ihres Schultasche schleppenden Kindes vergeht, widmet sich die Fachtagung u.a. auch diesem Thema. Des Weiteren stehen „Ganzheitlich lernen“, „Naive Theorien – Wie sich Kinder die Welt erklären“, das Thema Dyskalkulie sowie „Frühe Hilfen im Landkreis Peine“ auf dem Programm. Die Fachtagung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte des Jugendgesundheitsdienstes der Gesundheitsämter in Niedersachsen sowie an ihre Assistentinnen.

Aufbau von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten 15. November 2011, Hannover

Diese Fortbildung richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ein niedrigschwelliges Betreuungsangebot aufbauen möchten oder die Koordination eines solchen Dienstes übernehmen sowie an andere Interessierte. Es werden grundlegende Informationen und Kenntnisse zum Auf- und Ausbau, zur Durchführung und zu Fördermöglichkeiten dieser Projekte im Sinne der §§ 45 a-c SGB XI vermittelt.

Polymedikation – Eine Herausforderung für die hausärztliche Praxis 23. November 2011, Hannover

Mit dem Alter steigt die Anzahl der Medikamente, die Patientinnen und Patienten regelmäßig einnehmen. Statistisch gesehen nimmt jeder Mensch ab dem 60. Lebensjahr im Mittel drei rezeptpflichtige und fast ebenso viele apothekenpflichtige Arzneimittel ein. 30% der zwischen 75- und 85-jährigen Patientinnen und Patienten bekommen mehr als acht Arzneimittel verordnet. Besonders bei älteren Menschen mit mehreren, oft auch chronischen Erkrankungen besteht das Problem einer Polymedikation. Die Tagung soll aufzeigen, welche Herausforderungen speziell in der hausärztlichen Praxis bewältigt werden müssen, aber auch, auf welche Hilfeleistungen und Unterstützung Hausärztinnen und -ärzte bei Bedarf zurückgreifen können.

Sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung. Kunstfehler! Und was folgt daraus? 24. November 2011, Hannover

1991 organisierte die Fachgruppe „Frauen in der psychosozialen Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. das erste Hearing „Übergriffe in Therapie und Beratung – Kunstfehler oder Kavaliersdelikt?“. In der Folge schlossen sich die Therapieverbände zum Thema zusammen, Ethikkommissionen in den Verbänden wurden gegründet. Die Fachgruppe nimmt ihr 20-jähriges Engagement in diesem Bereich zum Anlass, eine Bestandsaufnahme zu machen und neue unbequeme Fragen zu stellen: Unter welchen Bedingungen und bei welchem Verhalten von Therapeutinnen und Therapeuten sowie Beratern stellen sich unerwünschte Nebenwirkungen ein? Wie geht es politisch weiter mit dem Thema?

(Frei)-Räume als heimliche Pädagogen. Jahrestagung der Bewegten Schule Niedersachsen 29. November 2011, Hannover

Auf dieser eintägigen Veranstaltung sollen (Frei-)Räume in ihrem Potenzial und in ihrer Relevanz für Kompetenzerwerb und eigenständiges, forschendes Lernen ganzheitlich beleuchtet werden. Eine bessere Aufenthaltsqualität in den Einrichtungen, eine Reduzierung von Unfällen, weniger Vandalismus und eine Abnahme von aggressiven Handlungen sind positive Effekte vermehrter Bewegung in Schule und Kita. Die landesweite Fachtagung richtet sich an verantwortliche Fachkräfte in Kindertagesstätten, Kindergärten, Horten, Grundschulen, weiterführenden Schulen sowie an andere Professionelle aus den Bereichen Erziehung, Gesundheit, Soziales, Bildung und Politik.

XXI. Niedersächsische Suchtkonferenz. Tüchtig und/oder Süchtig? Süchte und Suchtprävention in der Arbeitswelt 30. November 2011, Hannover

Alte und neue Süchte sowie Suchterkrankungen bleiben in der Arbeitswelt nicht einfach außen vor. Zum einem können Suchtprobleme zu Fehlzeiten, Minderleistungen, Produktionsausfällen, Teamkonflikten und einer Verschlechterung des Arbeitsklimas führen, zum anderen können bestimmte Arbeitskonstellationen wie dauernde Über- oder Unterforderung auch das Entstehen von Suchterkrankungen befördern. Die XXI. Niedersächsische Suchtkonferenz wird verschiedene Facetten beleuchten und Handlungsmöglichkeiten für die Praxis in den Betrieben, aber auch für die Suchthilfe und Suchtprävention anbieten. Die Tagung richtet sich an Vorgesetzte, Personalverantwortliche, Arbeitnehmervertretungen, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus der Suchthilfe, des Arbeitsschutzes, der betriebsärztlichen Versorgung, der Gesundheitsversorgung und Fachpersonal aus dem Bereich Gesundheitsmanagement sowie der Sozialversicherungen.

Preisverleihung Niedersächsischer Gesundheitspreis 1. Dezember 2011, Hannover

Erstmals wurde der Niedersächsische Gesundheitspreis 2011 ausgeschrieben. Ziel des Niedersächsischen Gesundheitspreises ist es, Beispiele guter Praxis zu identifizieren, die Vorbildcharakter haben, um zum Nachahmen anzuregen und zugleich die Entwicklung neuer, kreativer Ideen zu fördern. Träger des ersten Niedersächsischen Gesundheitspreises sind das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, die AOK Niedersachsen sowie die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Im Rahmen der Preisverleihung werden in den drei Preiskategorien die besten Projekte ausgezeichnet.

Angehörige(n-Arbeit) in Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten 6. Dezember 2011, Hannover

Für Menschen mit hohem Betreuungsbedarf haben die nächsten Bezugspersonen eine besonders große Bedeutung. Angehörige von Demenzzkranken und Eltern von geistig behinderten Menschen übernehmen vielfältige Aufgaben in der häuslichen Versorgung, sind engmaschig eingebunden und häufig hohen Belastungen ausgesetzt. Während dieser Tagung werden ihre Aufgaben, Rollen und Funktionen sowie die passgenaue Gestaltung von unterstützenden Angeboten von Experten und Expertinnen dargestellt. Die Einladung zur Veranstaltung richtet sich an Leitungskräfte und Koordinatoren und Koordinatorinnen in Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie an beratende Einrichtungen, Pflegestützpunkte und Pflegeberater und -beraterinnen der Pflegekassen.

Altersbilder in der Gesellschaft 6. Dezember 2011, Hannover

Der Sechste Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland befasst sich mit Altersbildern in der Gesellschaft. Im Rahmen der Fachtagung wird der Vorsitzende der Sachverständigenkommission Prof. Dr. Dr. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, die zentralen Ergebnisse vorstellen. Das Thema Altersbilder wird unter verschiedenen Gesichtspunkten zur Diskussion gestellt werden.

3. Niedersächsische Netzwerktagung. Qualitatives Wachstum in Zeiten quantitativer Schrumpfung: Durch Netzwerkbildung mehr erreichen 8. Dezember 2011, Oldenburg

Durch den demografischen Wandel gerät die Auslastung von Infrastruktur immer stärker unter Druck. Kommunen können und sollen keine Vollkasko-Dienstleister sein. Ihr Profil soll vielmehr durch intelligente Koordination von selbst- und fremderbrachten Angeboten gekennzeichnet sein. Ziel muss es sein, den zumeist bunten und facettenreichen Strauß an Angeboten des Marktes und der Zivilgesellschaft für Bürgerinnen und Bürger optimal nutzbar zu machen. Im Rahmen der 3. Niedersächsischen Netzwerktagung sollen diese Herausforderungen schwerpunktmäßig im Rahmen von drei „Megatrends“ beleuchtet werden: Gesundheit, Generationendialog sowie Forschung und Entwicklung. Parallel wird das Thema Wohnen als Querschnittsthema durchgängig präsent sein. Der Verband Wohneigentum Niedersachsen e. V. wird dabei innovative Ideen durch Netzwerkbildung zur Stärkung von Wohnqualität im Quartier aufzeigen.

Netzwerktreffen Kita und Gesundheit Niedersachsen 15. Dezember 2011, Hannover

Das Netzwerk Kita und Gesundheit Niedersachsen lädt die Netzwerkmitglieder ein, an der Sitzung der Organisationsgruppe am 15. Dezember 2010 teilzunehmen. Ziel ist es, den Erfahrungs- und Gedankenaustausch zum Schwerpunkt Kita und Gesundheit in Niedersachsen zu fördern und qualitativ weiter zu entwickeln. Darüber hinaus werden aktuelle Informationen weiter gegeben sowie das neue Thema der Netzwerktagung 2012 gemeinsam diskutiert und festlegt

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

Das Projekt „Weniger ist mehr“ stellt auf der Tagung die Ergebnisse der einjährigen Arbeit vor. Es wurde ein Curriculum für die Rauchfreiberatung für Familienhebammen entwickelt und zur Zeit erprobt. Auf der Tagung werden zudem die Übertragungsmöglichkeiten des Konzeptes auf andere Berufsgruppen ausgelotet. Das Projekt wird von der LVG & AFS in Kooperation mit dem Netzwerk Frauen Aktiv Contra Tabak e. V., dem Hebammenverband Niedersachsen und der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER durchgeführt und vom Bundesgesundheitsministerium gefördert.

VORSCHAU**Digitale Medien – wie unkontrollierter Konsum zur Gesundheitsgefahr für Kinder und Jugendliche wird 08.02.2012, Hannover****Früh übt sich – Bildung und Gesundheit in der Kita 23.02.2012, Hannover****Psychoziale Beratung älterer Menschen und ihrer Angehörigen 08.–10.03.2012, Hofgeismar****Selbsthilfe im Web 2.0 16.–17.03.2012, Hannover****IMPRESSUM**

» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fensckeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: (05 11) 3 50 55 95

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Sven Brandes, Melanie Bremer, Sabine Erven, Sandra Exner, Birte Gebhardt, Anne Hinneburg, Michaela Ludewig, Angelika Maasberg, Sabrina Mende, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Stephanie Schluck, Tania-Aletta Schmidt, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Marcus Wächter, Veronika Weithe, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

» **Beiträge:** Lea Ahrens, Thomas Altgeld, Hakan Aslan, Obaida Awad, Dr. Sandra Born, Kai J. Bühling, Silke Dinius, Dr. Peter Döge, Henriette Eichner, Axel Hengst, Prof. Dr. Hans Hobelsberger, Felicitas Jung, Prof. Dr. Frauke Koppelin, PD Dr. Ellen Kuhlmann, Angelika Maasberg, Heidi Porzig, Ass. Prof. Dr. Elisabeth Reitingner, Martin Rosowski, Martin Schumacher, Anne Starker, Janna Stern, Prof. Dr. Heino Stöver, Dr. Günter Tempel, Nicole Tempel, Reinhard Winter, Birgit Wolff, Dr. Thomas Ziese

» **Redaktionsschluss** Ausgabe Nr. 73: 07.11.2011

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

» **Auflage:** 7.500

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

» **Druck:** Interdruck Berger & Herrmann GmbH

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

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

» **Titelfoto:** © darios44 - Fotolia.com

» **Fotos:** Fotolia.com

© Edyta Pawlowska, godfer, Malena und Philipp K, mema, Monkey Business, Hunta, somenski, Ursula Deja, sil007, Strezhnev Pavel, Robert Kneschke, Christa Eder, Lisa F. Young, Peter Atkins, Yuri Arcurs, ISO K^o - photography, Ivonne Wierink, S.Kobold, BildPix.de, AVAVA, contrastwerkstatt, Nejrion Photo, toolklickit, Gina Sanders, Christian Schwier, moshimochi – fotolia.com

13.10.2011 » Tagung, Jungen und Risiko – Alkohol- und Tabakkonsum, Muskelsucht und Hungerwahn, Oldenburg, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

18.10.2011 » Fachtagung, Europäischer Tag gegen Menschenhandel – „Traumatisierung und Re-Traumatisierung von Menschenhandelsopfern“, Hannover, Kontakt: Zentrale Koordinierungs- und Beratungsstelle für Opfer von Menschenhandel – KOBRA, Postfach 4762, 30047 Hannover, Tel.: (05 11) 7 01 15 17, Fax: (05 11) 7 01 13 69, E-Mail: oezlem.duender-oezdogan@kobra-beratungsstelle.de, www.kobra-beratungsstelle.de

12.11.2011 » PATIENTEN KONGRESS – Informationen von Patienten für Patienten, Magdeburg, Kontakt: Universität Magdeburg, Universitätsplatz 2, 39106 Magdeburg, E-Mail: magdeburg@patientenkongress.net, www.patientenkongress.net

17.11.2011 » Tagung, 5. Hannoverscher Strategietag der Gesundheitswirtschaft, Hannover, Kontakt: SKC Beratungsgesellschaft mbH, Pelikanplatz 21, 30177 Hannover Tel.: (05 11) 6 46 81 40, Fax: (05 11) 64 68 14 18, E-Mail: frank@skc-beratung.de

08.–09.12.2011 » Tagung, Internationales Studierende in Niedersachsen, Integriert & erfolgreich?, Hannover, Kontakt: Leibniz Universität Hannover, Hochschulbüro für Internationales, Wilhelm-Grunwald-Haus, Welfengarten 1, 30167 Hannover, Tel.: (05 11) 7 62 25 48, Fax: (05 11) 7 62 40 90, E-Mail: internationaloffice@uni-hannover.de

13.–14.10.2011 » Bundeskongress, Sozialarbeit im Gesundheitswesen, Ressourcen nutzen – Potentiale entfalten, Münster, Kontakt: DVSG (Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.), Salzufer 6, 10587 Berlin, Tel.: (0 30) 3 94 06 45 40, Fax: (0 30) 3 94 06 45 45, E-Mail: info@dvsg.org, www.dvsg.org

13.–14.10.2011 » Kongress, 10. Europäischer Gesundheitskongress, München, Kontakt: Interplan Congress, Meeting und Event Management AG, Vanessa Lakatos-Troll, Landsberger Str. 155, 80687 München, Tel.: (0 89) 54 82 34 50, Fax: (0 89) 54 82 34 43, E-Mail: info@gesundheitskongress.de, www.wiso-gruppe.de

18.10.2011 » Tagung, Bewegungsförderung in Lebenswelten, Düsseldorf, Kontakt: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW), Ulenbergstr. 127–131, 40225 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 3 10 10, Fax: (02 11) 31 01 11 89, E-Mail: poststelle@liga.nrw.de

18.10.2011 » Fachtag, Aktion Psychisch Kranke e.V., Berlin, Kontakt: Aktion Psychisch Kranke e.V., Oppelner Straße 130, 53119 Bonn, Tel.: (02 28) 67 67 40, Fax: (02 28) 67 67 42, E-Mail: info@apk-ev.de, www.apk-ev.de

02.–03.11.2011 » Kongress, 13. Fachmesse und Kongress des Sozialmarktes, Nürnberg, Kontakt: Besucherbüro, Postfach 11 63, 90586 Schwarzenbruck, Tel.: (0 91 28) 50 26 01, Fax: (0 91 28) 50 26 01, E-Mail: info@consozial.de, www.consozial.de

04.–06.11.2011 » Jahrestagung, Gesichter der Frauengesundheit: Diskussionen und Standpunkte, Berlin, Kontakt: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V., Sigmaringer Straße 1, 10713 Berlin, Tel.: (0 30) 86 39 33 16, Fax: (0 30) 86 39 34 73, E-Mail: buero@akf-info.de

04.11.2011 » Tagung, 12. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen, Berlin, Kontakt: I.O.E. Informatio Omnia Est, Dagmar Shenouda, In der Driesch 46, 53881 Euskirchen, Tel.: (0 22 51) 6 25 99 01, Fax: (0 22 51) 6 25 99 03, E-Mail: info@ioe-wissen.de, www.gesundheitsgespraeche-berlin.de

09.–11.11.2011 » Kongress, „Gesunde Umwelt – Gesunde Bevölkerung“. Risikomanagement im öffentlichen Raum, München, Kontakt: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Ursula Gallersdörfer, Tel.: (0 91 31) 68 08 42 94, Fax: (0 91 31) 68 08 43 38, E-Mail: lgl-ghup-2011@lgl.bayern.de

09.–11.11.2011 » Bundestagung, Allzuständig? Lückenbüßer? Scharnier? Schnittstellen der Hilfen für Menschen in Wohnungsnotstand und Armut zu angrenzenden Hilfesystemen, Leipzig, Kontakt: BAG Wohnungslosenhilfe e.V., Dr. Thomas Specht, Sudbrackstraße 17, 33611 Bielefeld, Tel.: (05 21) 14 39 60, Fax: (05 21) 1 43 96 19, E-Mail: info@bagw.de, www.bagw.de

09.–10.11.2011 » Fachtagung, „Geht nicht... gibt's nicht?!“ – Berufliche Förderung psychisch erkrankter junger Menschen, Kassel, Kontakt: Evangelischer Erziehungsverband e.V., Carola Schaper, Flüggestraße 21, 30161 Hannover, Tel.: (05 11) 39 08 81 11, Fax: (05 11) 39 08 81 16, E-Mail: c.schaper@erev.de, www.erev.de

09.11.2011 » Veranstaltungsreihe, „Sehen ... verstehen ... handeln“ – Kinder und ihre psychisch kranken Eltern im Spannungsfeld zwischen Gefährdung und gelingendem Alltag, Fester Halt – von den Bedürfnissen der Kinder, Elmshorn, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V., Flämische Str. 6–10, 24103 Kiel, Tel.: (04 31) 9 42 94, Fax: (04 31) 9 48 71, E-Mail: gesundheit@lvfsh.de, www.lv-gesundheit-sh.de

14.–16.11.2011 » Konferenz, 51. DHS-Fachkonferenz Sucht, Suchthilfe und Suchtpolitik International – Was haben wir von Europa und Europa von uns?, Hamburg, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Postfach 1369, 59003 Hamm, Tel.: (0 23 81) 9 01 50, Fax: (0 23 81) 9 01 50, E-Mail: koldewei@dhs.de, www.dhs.de

17.–18.11.2011 » Tagung, Dresdner Gespräch Gesundheit und Arbeit 2011: „Wurm sucht Fisch – Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung, bei der die Zielgruppe anbeißt“, Dresden, Kontakt: Initiative Gesundheit und Arbeit, Claudia Goertz, Königsbrücker Landstraße 2, 01109 Dresden, Tel.: (03 51) 4 57 11 16, Fax: (03 51) 4 57 20 11 16, E-Mail: claudia.goertz@dguv.de, www.dguv.de

17.–19.11.2011 » Jahrestagung, Alt werden – aber wie? Ist die Sozialpsychiatrie auf ihre älter werdende Klientel und auf Menschen, die erst im Alter psychisch erkranken, eingestellt?, Ravensburg, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V., Zeltinger Straße 9, 50969 Köln, Tel.: (02 21) 51 10 02, Fax: (02 21) 52 99 03, E-Mail: dgs@netcologne.de, www.psychiatrie.de/dgsp

24.–25.11.2011 » Kongress, 5. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, Berlin, Kontakt: Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, Französische Straße 23, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 7 00 11 76 20, Fax: (0 30) 7 00 11 76 04, E-Mail: kongress@qualitaetskongress-gesundheit.de, www.qualitaetskongress-gesundheit.de

29.–30.11.2011 » Tagung, Wettbewerbsvorteil Gesundheit: „Nur so geht es: Koordiniert und gemeinsam zur Gesundheitskultur“, Köln, Kontakt: BKK Bundesverband, Team Gesundheit Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, Sahara Paas, Rellinghauser Straße 93, 45128 Essen, Tel.: (02 01) 5 65 96 54, Fax: (02 01) 5 65 96 41, E-Mail: paas@teamgesundheit.de, teamgesundheit.de

12.12.2011 » Konferenz, „Altersbilder im Wandel – Internationale Perspektiven für eine zukunftsgerichtete Senioren- und Generationenpolitik“, Berlin, Kontakt: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Dr. Frank Berner, Manfred-von-Richtofen-Straße 2, 12101 Berlin, Tel.: (0 30) 26 07 40 76, Fax: (0 30) 7 85 43 50

05.–08.10.2011 » Konferenz, 14. European Health Forum Gastein, Innovation & Wellbeing – Europas Gesundheit in 2020 und darüber hinaus, Salzburg, Kontakt: Internationales Forum Gastein, Tauernplatz 1, 5630 Bad Hofgastein, Österreich, Tel.: (00 43) 6 43 23 39 32 70, Fax: (00 43) 6 43 23 39 32 71, E-Mail: info@ehfg.org

08.11.2011 » Symposium, 10. Symposium der schweizerischen Gesundheitszusammenarbeit: Gesundheit – ein Menschenrecht, Basel, Kontakt: Medicus Mundi Schweiz, Murbacherstraße 34, 4013 Basel, Schweiz, Tel.: (00 41) 6 13 83 18 10, E-Mail: info@medicusmundi.ch

10.–12.11.2011 » Konferenz, 4. European Public Health Conference 2011, Public Health and Welfare – Welfare development and health, Kopenhagen, Kontakt: National Institute of Public Health, Finn Kamper-Jørgensen, Øster Farimagsgade 5 A, 2nd floor, 1353 Copenhagen, Denmark, Tel.: (00 45) 39 29 77 77, E-Mail: fkj@niph.dk, www.eupha.org/site/upcoming_conference

14.–16.11.2011 » Konferenz, 6th international conference on children's health and the environment, Lodz, Kontakt: Department of Environmental Epidemiology, 8 Teresy St., 91-348 Lodz, Polen, Tel.: (00 48) 4 26 31 45 69, Fax: (00 48) 4 26 31 45 62, E-Mail: inches2011@wp.pl

15.11.2011 » Jahrestagung, Jahrestagung Pro Mente Sana – Arbeit und psychische Gesundheit, Biel, Kontakt: Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana, Hardturmstraße 261, 8005 Zürich, Schweiz, Tel.: (00 41) 4 45 63 86 00, Fax: (00 41) 4 45 63 86 17

16.11.2011 » Tagung, Versorgungsqualität unter SwissDRG – Pflege im Brennpunkt, Aarau, Kontakt: WEG (Weiterbildungszentrum Gesundheitsberufe), Mühlemattstraße 42, 5001 Aarau, Schweiz, Tel.: (00 41) 6 28 37 58 58, E-Mail: info@weg-edu.ch, www.weg-edu.ch

29.–30.11.2011 » Kongress, Patientensicherheit – avant! Fortschritte!? ... im 2. Jahrzehnt des 3. Jahrtausends, Basel, Kontakt: Stiftung für Patientensicherheit, Asylstraße 77, 8032 Zürich, Schweiz, Tel.: (00 41) 4 32 43 76 70 Fax: (00 41) 4 32 43 76 71 E-Mail: info@patientensicherheit.ch

NIEDERSACHSEN

BUNDESWEIT

BUNDESWEIT

INTERNATIONAL