

92 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

Ich? Einfach? Unveränderlich? Identität und Gesundheit(sverhalten)



EDITORIAL » Die lustige Frage »Wer bin ich und wenn ja, wie viele?« lässt sich auch auf Identitätskonzepte und die Bedeutsamkeit von Identitätsentwicklung für die Gesundheit und Gesundheitsförderung fast schon als Leitfrage anwenden. Schon der Eröffnungartikel verortet die zentralen Schnittmengen von Identitätsarbeit und Gesundheitsförderung in der Kohärenzgewinnung, d. h. der Antwort auf die Frage des israelischen Gesundheitsforschers Antonovsky, was den Menschen gesund erhält: Das Gefühl von innerem Zusammenhalt, von Verstehbarkeit, Planbarkeit und Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens. Aber genau diese drei Aspekte driften in postmodernen und »globalisierten« Zeiten immer weiter auseinander. Deshalb beleuchten die Beiträge dieses Heftes auch die Wandelbarkeit des Identitätsbegriffes, seine Stellung in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung und viele Einzelaspekte von Identitätsgewinnung. Dabei werden sowohl unterschiedliche Lebensphasen, kulturelle Hintergründe, sexuelle Orientierungen, aber auch die Bedeutung von Arbeit, der Einfluss von Gewalterfahrungen oder des Internets auf die Identitätsbildung in diesem Heft gründlicher beleuchtet. Ein Beitrag beschäftigt sich mit dem vergleichsweise modernen Phänomen, den Körper als Medium und Objekt der Identitätsgewinnung anzusehen und hinterfragt, ob das (noch) gesund ist. Sehr klar wird in allen Beiträgen, dass der Identitätsbegriff große Potenziale für jedwede Form von gesundheitsbezogener Arbeit bildet und deshalb sowohl theoretisch als auch praktisch enger mit dieser verknüpft werden sollte. In diesem Heft finden sie darüber hinaus den dritten Teil der Sonderseiten zum 30jährigen Jubiläum der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation sowie Informationen zu neuen Fördermöglichkeiten für Pflegeangebote im ländlichen Raum und den Aufbau kommunaler Präventionsketten in Niedersachsen. Wir berichten auch über den Landespflegebericht und die Ergebnisse des Bundeswettbewerbs »Gesund älter werden in der Kommune«. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Natur – Bildung – Gesundheit« (Redaktionsschluss 24.10.2016) und »Gender und Gesundheit« (Redaktionsschluss 03.02.2017). Auch für die neuen Ausgaben der **impulse** für Gesundheitsförderung sind Sie herzlich eingeladen, sich daran mit Feedback zu dieser Ausgabe, Artikeln sowie Anregungen und Informationen zu beteiligen.

AUS DEM INHALT

Identität in bewegten Zeiten	02
Identität und Gesundheit: Perspektiven	03
Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen	05
Identitätsentwicklung in der Jugend	06
Identitätsentwicklung und kognitive Beeinträchtigung	07
Gender und sexuelle (-Vielfalt und) Identität	08
Flucht und interkulturelle Identität	09
Gewalt – und die Folgen auf den einzelnen Menschen	10
Die Bedeutung von Arbeit und deren Einfluss auf Identität	12
Der Körper als Objekt und Medium der Identitätsgewinnung	13
Internet, Identität und Gesundheit	14
Der ÖGD und die Ottawa-Charta	16
Förderprogramm »Stärkung der ambulanten Pflege«	18
Projektstart »Präventionsketten in Niedersachsen«	18
Bundeswettbewerb »Gesund älter werden in der Kommune«	19
Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden	20
Kommunale Suchtprävention und Gesundheitsförderung	21
Niedersächsischer Landespflegebericht 2015	22
Gesundheitsregionen Niedersachsen	23
Neue Impulse für die Zukunft – Altenhilfeplan Langenhagen	24
Special Olympics Deutschland	25
Erlebnis Ohr – Hörregion Hannover	25
Impressum	26
Bücher, Medien	27
Termine LVG & AFS	30
Termine	32

Mit herzlichen Grüßen!

Thomas Altgeld und Team



HEINER KEUPP

Identität in bewegten Zeiten

Warum ist die Beschäftigung mit dem Thema Identität wichtig geworden?

Identität ist in aller Munde und gerade in Zeiten gesellschaftlicher Umbrüche scheint kaum ein Text ohne Bezug zur Identitätsthematik auszukommen. Das gilt für die individuelle Ebene, wenn Biografien oder Wohlbefinden thematisiert werden und es gilt für die kollektive Ebene, wenn es um Gemeinschaftserleben oder das Gefühl der Bedrohung durch fremde Kulturen geht. Sogar eine Gruppierung im rechtsradikalen Spektrum nennt sich »identitäre Bewegung« und macht einen Begriff zum Markenzeichen, der noch vor einigen Jahrzehnten allenfalls in Fachdiskussionen vertraut war. Diese europaweite Organisation verspricht ihren Anhängerinnen und Anhängern eine Welt, in der stabile Identitäten möglich sind, die von allen kulturellen Vermischungen »gereinigt« werden. Identität wird hier zum Synonym für eine Krise alltäglicher Selbstverständlichkeit, für Ängste, die damit verbunden sind und für Lösungsversprechen. Diese bedienen eine regressive Sehnsucht nach Rückkehr zu einer vertrauten und Sicherheit garantierenden Lebenswelt. Genau das führt zu einer Thematisierung von individuellen und kollektiven Verortungen und das ist die Identitätsbaustelle. »Identität kann nur als Problem existieren, sie war von Geburt an ein »Problem«, wurde als Problem geboren. (...) Man denkt an Identität, wenn man nicht sicher ist, wohin man gehört. (...) »Identität« ist ein Name für den gesuchten Fluchtweg aus dieser Unsicherheit. Identität kann als innere Selbstthematisierung des Subjekts verstanden werden, das sich Antworten auf folgende Fragen zu geben versucht: »Wer bin ich? Was will ich, was kann ich sein? Wo ist mein Platz in der Gesellschaft?«.

Bis in die Gegenwart hinein gab es kulturell vorgezeichnete Lebensmodelle und sie haben den Menschen Grundrisse für ihre eigenen Lebensentwürfe und Selbstthematisierungen geliefert. Das Hineinwachsen in die Gesellschaft bedeutete, sich in diesem vorgegebenen Identitätsgehäuse einzurichten.

Die aktuelle Identitätsforschung hat Konjunktur erhalten, weil die traditionellen Grundrisse der Identitätsgehäuse ihre Passform für die Lebensbewältigung zunehmend verlieren. In spätmodernen Gesellschaften erhalten Menschen immer mehr die Möglichkeit, sich selbst zu konstruieren. Aber Architektin und Baumeister der eigenen Lebensgehäuse zu werden, ist nicht nur Kür, sondern zunehmend Pflicht in einer grundlegend veränderten Gesellschaft. Es hat sich ein tiefgreifender Wandel von geschlossenen und verbindlichen, zu offenen und zu gestaltenden sozialen Systemen vollzogen. Nur noch in Restbeständen existieren Lebenswelten mit geschlossener weltanschaulich-religiöser Sinnggebung, klaren Autoritätsverhältnissen und Pflichtkatalogen. Die Möglichkeitsräume haben sich in einer pluralistischen Gesellschaft explosiv erweitert. In diesem Prozess stecken enorme Chancen und Freiheiten, aber auch zunehmende Gefühle des Kontrollverlustes und wachsende Risiken des Misslingens. Die qualitativen Veränderungen in der Erfahrung von Alltagswelten und im Selbstverständnis der Subjekte könnte man so zusammenfassen: Nichts ist mehr selbstverständlich so wie es ist, es könnte auch anders sein. Was ich tue und wofür ich mich entscheide, erfolgt im Bewusstsein, dass es auch anders sein könnte und dass es meine Entscheidung ist, es so zu tun. Identitätsarbeit hat als Bedingung und als Ziel die Schaffung von Lebenskohärenz. In früheren gesellschaftlichen Epochen war die Bereitschaft zur Übernahme vorgefertigter Identitätspakete das zentrale Kriterium für Lebensbewältigung. Heute kommt es auf die individuelle Passungs- und Identitätsarbeit an, also auf die Fähigkeit zur Selbstorganisation, zum »Selbsttätigwerden« oder zur »Selbsteinbettung«. In Projekten bürgerschaftlichen Engagements wird diese Fähigkeit gebraucht und zugleich gefördert. Das Gelingen dieser Identitätsarbeit bemisst sich für das Subjekt von innen an dem Kriterium der Authentizität und von außen am Kriterium der Anerkennung. Im Zentrum der Anforderungen für eine gelingende Lebensbewältigung stehen also die Fähigkeiten zur Selbstorganisation, zur Verknüpfung von Ansprüchen auf ein gutes und authentisches Leben mit den gegebenen Ressourcen und letztlich die innere Selbstschöpfung von Lebenssinn. Das alles findet natürlich in einem mehr oder weniger förderlichen soziokulturellen Rahmen statt, der aber die individuelle Konstruktion dieser inneren Gestalt nie ganz abnehmen kann. Es gibt gesellschaftliche Phasen, in denen die individuelle Lebensführung in einen stabilen kulturellen Rahmen »eingebettet« wird, der Sicherheit, Klarheit, aber auch hohe soziale Kontrolle vermittelt. Es gibt auch Perioden der »Entbettung«, in denen die individuelle Lebensführung wenige kulturelle Korsettstangen nutzen kann oder von ihnen eingezwängt wird und eigene Optionen und Lösungswege gesucht werden müssen. Gerade in einer Phase gesellschaftlicher Modernisierung, wie wir sie gegenwärtig erleben, ist eine selbstbestimmte »Politik der Lebensführung« unabdingbar.

Identitätsarbeit als Patchworking

Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Identitätsbildung verändern sich die Bilder, die für ein gelungenes Leben oder erfolgreiche Identitätsbildung herangezogen werden. Menschen hätten die festen Behausungen oder auch Gefängnisse verlassen: Sie seien »Vagabunden«, »Nomaden« oder »Flaneure«. Die Fixierung an Ort und Zeit wird immer weniger. Es ist die Rede von der »Chamäleone-

Identität«. Es wird die Metapher des »Videobandes« bemüht: »leicht zu löschen und wiederverwendbar«. Mit welchen Bildern oder Metaphern können wir den Prozess der Identitätsbildung in der Spätmoderne zum Ausdruck bringen? Schon eigene Alltagserfahrungen stützen die Vermutung, dass von den einzelnen Personen eine hohe Eigenleistung bei diesem Prozess der konstruktiven Selbstverortung zu erbringen ist. Sie müssen Erfahrungsfragmente in einen für sie sinnhaften Zusammenhang bringen. Diese individuelle Verknüpfungsbearbeitung kann man als »Identitätsarbeit« bezeichnen und ihre Typik kann man mit der Metapher vom »Patchwork« anschaulich ausdrücken. Mit ihr soll die Aufmerksamkeit auf die aktive und oft sehr kreative Eigenleistung der Subjekte bei der Arbeit an ihrer Identität gerichtet werden. In ihren Identitätsmustern fertigen Menschen aus den Erfahrungsmaterialien ihres Alltags patchworkartige Gebilde und diese sind Resultat der schöpferischen Möglichkeiten der Subjekte.

Was hat Gesundheitsförderung mit Identitätsarbeit zu tun?

In einem Forschungsprozess hat eher ein Zufallsbefund die Aufmerksamkeit auf eine sinnvolle Verknüpfung von Gesundheits- und Identitätsforschung gelenkt. Bei dieser Längsschnittstudie zur Identitätsentwicklung von jungen Erwachsenen in der spätmodernen Gesellschaft, lief neben anderen Erhebungsinstrumenten auch ein Fragebogen zu belastenden Lebensereignissen mit, der auch gesundheitliche Belastungen enthielt. Überraschenderweise gaben sehr viele der Befragten an, im abgelaufenen Jahr sehr viele gesundheitliche Probleme gehabt zu haben. Das führte in einer nachfolgenden Studie zur Gesundheit von Jugendlichen dazu, dass genauer erfasst wurde, in welcher Weise Bedingungen, die für eine gelingende Identitätsentwicklung relevant sind, zugleich auch gesundheitsförderlich wirken. Es wurde immer klarer, dass Identitätsarbeit und Gesundheitsförderung einen zentralen gemeinsamen Schnittbereich haben, der entscheidend durch die Kohärenzgewinnung bestimmt ist. Im Modell der Salutogenese wurde ein überzeugender Erklärungsansatz hierfür gefunden. Er stellt die Brücke dar, die zwischen Gesundheitsförderung und alltäglicher Identitätsarbeit vermittelt.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HEINER KEUPP, Ringhofferstraße 34, 85716 Unterschleißheim,
Tel.: (0 89) 310 21 56, E-Mail: heinerkeupp@psy.lmu.de

TONI FALTERMAIER

Identität und Gesundheit: Perspektiven auf vernachlässigte Zusammenhänge

Wie nehme ich meinen Körper wahr und wie präsentiere ich ihn öffentlich? Welche Bedeutung hat Gesundheit in meinem Leben? Wann entscheide ich mich, bewusst mehr für meine Gesundheit zu tun? Wie gehe ich mit Lebenskrisen und Belastungen um? Diese Fragen betreffen sowohl die eigene Identität, also wie wir uns selbst sehen, als auch direkt und indirekt unsere Gesundheit. Dennoch ist der Zusammenhang zwischen Identität und Gesundheit kein Thema der Gesundheitswissenschaften und wird in der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung kaum berücksichtigt.

Das Identitätskonzept in den Wissenschaften

Das Identitätskonzept hat eine lange sozialwissenschaftliche Tradition und ist vielfach als zentrales theoretisches Konstrukt in der Psychologie bezeichnet worden. Trotzdem hat es, aufgrund von Unsicherheiten in der Definition, der Komplexität des Konstrukts und der schwierigen validen Erfassung des Konstrukts in empirischen Studien, keine große Karriere in der Psychologie gemacht. Dennoch sind Wissenschaftler wie Mead, Erikson oder Marcia als Experten der Identitätsforschung sehr bekannt geworden und werden auch in neueren Ansätzen der Identitätsforschung – wie in der Gruppe um Keupp – immer wieder als Fundament aufgegriffen. Vereinfacht gesagt, meint Identität die Innensicht einer Person, also wie wir uns selbst wahrnehmen, im Gegensatz zur Persönlichkeit, welche die Einzigartigkeit einer Person in ihren zentralen Merkmalen aus der Außenperspektive beschreibt.

Identität lässt sich auf verschiedenen Dimensionen beschreiben: Auf einer kognitiven Ebene ist Identität als das Bild von sich selbst oder Selbstkonzept zu verstehen. Auf der emotionalen Ebene sind damit Bewertungen und Gefühle sich selbst gegenüber verbunden, die im Begriff des Selbstwertgefühls zum Ausdruck kommen. Auf der motivationalen Ebene ist dann die Identität sehr nah am Konzept der Kontrollüberzeugungen, also wie weit ich mir einen Einfluss auf mein Leben, auf Ereignisse oder auf andere Personen zuschreibe. Schließlich ist auch eine soziale Ebene von Identität zu berücksichtigen, denn für mein Selbstbild ist sehr bedeutsam, wie mich andere wahrnehmen und welche Erwartungen sie an mich haben. Identität steht also immer auch in einem gesellschaftlichen Rahmen, der soziologisch in den sozialen Rollen gefasst wird, also den gesellschaftlichen Erwartungen an Individuen. Die Entwicklung einer Identität ist nicht auf eine Lebensphase wie die Jugend beschränkt, wie vor allem Erikson noch angenommen hat. Hier wird aber die Basis für die Identität als Erwachsener gelegt. Die Identität entwickelt sich auch bei Erwachsenen weiter, wesentlich wird sie durch die Veränderungen und Übergänge im Leben vorangetrieben.

Identität und Gesundheit – Welche Rolle spielt nun die Identität in den für die Gesundheit relevanten Prozessen?

In den Gesundheitswissenschaften wurde eine Vielzahl von theoretischen Modellen und Forschungsrichtungen entwickelt, um die Ursachen von Krankheiten und die Bedingungen von Gesundheit zu beschreiben. Die Salutogenese in der Tradition von Antonovsky ist dabei wohl die bekannteste Theorie zur Erklärung von Gesundheit. Die Identität und das Selbstwertgefühl werden hier einmal explizit als Widerstandsressource genannt, aber auch das Kohärenzgefühl, die als zentrale und vermittelnde Kraft in diesem Prozessmodell von Gesundheit postuliert wird, kann im Kontext von Identität gesehen werden. Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl verstehen, was in ihrem Leben abläuft, sie haben eine Zuversicht, auch schwierige Situationen meistern zu können und sie haben vor allem das Gefühl, dass das Leben für sie einen Sinn hat, für den es sich lohnt, sich anzustrengen. Das lässt sie erfolgreicher mit Belastungen umgehen und hält auf diese Weise Menschen gesund. Hinter diesem Gefühl der Kohärenz steht zweifellos auch ein Gefühl zu wissen, wer man ist und welche Fähigkeiten man hat, wie man sich so weit entwickelt hat und welche Ziele man für seine Zukunft hat, also die Identität. Für die Ent-



wicklung der Identität sind vor allem jene Phasen entscheidend, in denen sich körperliche, psychische und soziale Bedingungen im Leben stark ändern; das sind vor allem Übergangsphasen, die normativ für die meisten Menschen gelten: die Jugendphase, die Schritte der schulischen und beruflichen Ausbildung, der Eintritt in den Beruf, die Gründung einer Familie und der Übergang in den beruflichen Ruhestand. Aber auch abrupte unerwartete Änderungen, die mit non-normativen Lebensereignissen verbunden sind, können die Identität wesentlich verändern; gerade weil sie oft emotional sehr belastend sind. Weil sie Menschen zur aktiven Auseinandersetzung zwingen, tragen sie oft dazu bei, auch die Sicht auf sich selbst zu verändern. Solche kritischen Ereignisse sind zum Beispiel Trennungen, Verluste von nahen Bezugspersonen, Krankheiten, berufliche Misserfolge, aber auch positive Ereignisse wie eine berufliche Beförderung oder eine neue Beziehung. Gerade weil sich die Betroffenen an neue Bedingungen anpassen und Belastungen bewältigen müssen, lernen sie, verändern sie sich und entwickeln dabei auch ihre Identität. Noch direkter ist der Bezug der Identität zu Gesundheit, wenn sich die Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit verändern. Die Vorstellungen, die Laien von Gesundheit haben, entwickeln sich in Abhängigkeit von der eigenen Sozialisation (zum Beispiel in der Familie) und von Erfahrungen im Leben (mit der Gesundheit, dem Körper, mit Krankheiten). Wir haben im Alltag ein erfahrungsbezogenes Wissen und Konzepte von Gesundheit erworben, die nicht unbedingt den medial verbreiteten Botschaften entsprechen müssen, aber sie lenken unsere alltäglichen gesundheitsbezogenen Handlungen. Welche Bedeutung die Gesundheit für Menschen hat, wie sie wahrgenommen wird, welche positiven und negativen Einflüsse auf Gesundheit sie bei sich als wirksam glauben, das hat auch mit ihrem Selbstbild zu tun. Welchen praktischen Stellenwert die Teilidentität Gesundheit für eine Person hat, hängt auch mit der Gesamtausrichtung ihrer Identität zusammen. Wer den Beruf oder die Jugendlichkeit als dominantes Konzept seiner Identität sieht, der wird Gesundheit vielleicht wenig Raum in seinem Leben einräumen. Wer jedoch dazu diskrepante Erfahrungen macht, zum Beispiel älter zu werden, sich beruflich zu überfordern, eine schwere Krank-

heit zu erleiden, für den kann sich eine Sensibilisierung für seine Gesundheit ergeben, die auch eine Entwicklung und einen Umbau der Identität zur Folge hat. Die Vorstellungen von Gesundheit werden nur dann handlungsrelevant, wenn der eigenen Gesundheit mehr Priorität eingeräumt wird. Gesundheit ist ein Phänomen, das sich eine Person auch durch Selbstreflexion erschließen kann. Dafür muss es aber Anlässe geben. Gesundheit ist auch mit Erfahrungen der eigenen Grenzen verbunden. Erfahrungen des Alterns, von Beschwerden und Krankheit, aber auch die erlebte Verantwortung für die eigene Familie können Reflexionsprozesse auslösen, die auch in einem Umbau der Identität münden und der Gesundheit einen höheren Stellenwert geben. Eine gesunde Lebensweise muss langfristig etabliert werden, wenn sie wirksam werden soll; das heißt eine oder mehrere Gesundheitsverhaltensweisen, wie gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung oder der Verzicht auf Suchtmittel, müssen regelmäßig und kontinuierlich verfolgt werden. Zu einer derartig langfristigen Motivation für Gesundheit werden Menschen mehr Chancen haben, wenn ihre Identität darauf ausgerichtet ist.

Wie praktisch ist das Identitätskonzept? – Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung

Natürlich können Professionelle in der Praxis präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen anbieten, ohne das Identitätskonzept zu verwenden; sie tun das ständig. Aber die Wahrnehmung der Identität von Adressatinnen und Adressaten kann dabei helfen, partizipativ und nachhaltig zu arbeiten. Das beginnt schon bei den Professionellen selbst: Wer sich selbst und die eigene Gesundheit nicht kennt, wird in der Rolle als Multiplikator oder Multiplikatorin nicht überzeugend sein. Partizipation setzt auch voraus, die Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit in seiner Zielgruppe zu kennen und sie dort abzuholen, wo sie stehen. Dazu ist es wichtig, die Lebenswelten der Zielgruppen zu kennen. Dazu gehören auch ihre sozialen Identitäten, die geprägt sind von der Lebensphase, dem Alter, dem Geschlecht, dem sozialen Status, dem Beruf, der Familie und Partnerschaft oder dem sozialen Netzwerk. Ob sich Menschen dazu entscheiden, gesünder zu leben und ein spezifisches Gesundheitsverhalten langfristig im Alltag zu etablieren, ist nicht nur – wie uns die Modelle des Gesundheitsverhaltens nahelegen – von einzelnen Kognitionen (zum Beispiel Risikowahrnehmung, Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen) abhängig, sondern auch von ihrer Identität und dem Stellenwert von Gesundheit darin. Wer seiner Gesundheit in seinem Identitätskonzept mehr Raum gibt, der wird sich nicht nur kurzfristig und in Abhängigkeit von modischen Trends um seine Gesundheit kümmern, sondern sie zum festen Teil seines Lebensstils machen.

In biographischen Übergängen müssen sich Menschen nicht nur an neue Lebenslagen anpassen und Belastungen bewältigen, sie sind dann in ihren Identitäten oft auch verunsichert; diese Labilisierung der Identität macht sie offener für neue Erfahrungen und Themen, auch für gesundheitliche. Es ist daher für die Auswahl von Adressatinnen und Adressaten der Gesundheitsförderung sinnvoll, diese Prozesse der Identitätsentwicklung in Übergangsphasen zu nutzen und dabei auch auf die Reflexion der eigenen Gesundheit zu setzen. Hier zeigt sich allerdings auch, dass partizipative Praxen der Gesundheitsförderung nicht normativ gesetzt werden können, sondern dem Subjekt den Raum für eigene Entwicklungen geben

muss; Identität lässt sich nicht verordnen, sondern sie muss von jeder Person selbst erarbeitet werden. Stabile Identitäten sind auch eine Ressource in der Bewältigung von Lebensbelastungen, die aber immer wieder erarbeitet werden muss. Die Identität stellt sich somit als ein wichtiger subjektiver Hintergrund und Rahmen für gesundheitliche Entscheidungen dar, sie ist das Ergebnis von Reflexionsprozessen im Laufe des Lebens, daher auch ein praktisches Thema für die Gesundheitsförderung.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. TONI FALTERMAIER, Europa-Universität Flensburg, Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung, Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg, E-Mail: faltermaier@uni-flensburg.de

HOLGER ZIEGLER

Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen

»Das bin ich«. Dies macht den Kern von (personaler) Identität aus. Ob man oder irgendjemand dies in vollständig reflektierter Zugänglichkeit, Gewissheit und Persistenz über sich sagen kann, sei ebenso dahingestellt, wie die Frage, ob diese Person tatsächlich zu beneiden wäre. Im elementaren Sinn ist es eine Tatsache, dass sich Menschen entwickeln und im Verlauf dieser Entwicklung das ausbilden, was man »Identität« nennen kann. Dies ist ein mehr oder weniger unvermeidlicher Effekt praktischer Lebensführung. Die Frage, ob sich Menschen dabei über sich irren (sich zum Beispiel für Napoleon halten) ist zunächst von sekundärer Relevanz. Nur kurz angerissen sei das Problem eines Identitätsverlusts beziehungsweise von Entfremdung in der Form, sich mit sich selbst nicht mehr identifizieren zu können, aber auch eine Debatte darüber, ob ein Ausbruch aus einer heteronom festgelegten Identität einen emanzipatorischen Gewinn darstellt. Fraglos ist Entfremdung ein zentrales Problem, und fraglos ist eine heteronome Identitätsfestlegung ein zentraler Moment von Entfremdung und deren Überwindung ein zentraler Freiheitsgewinn. Nur sind auch Entfremdung und Identitätsverlust vor allem Qualitätsfragen. Im engeren Sinne gar keine Identität zu haben, ist auch gedankenexperimentell nur schwer vorstellbar.

Identität und Gesundheit

Wenn es sich um Fragen von Identität und Entwicklung handelt, geht es in der Regel um irgendwie gedeihliche Qualitäten von Entwicklungen und Identitäten oder breiter formuliert, um Fragen einer – zunächst wie auch immer – guten Lebensführung. Mit anderen Worten geht es um normative beziehungsweise Wertfragen. Interessant ist nun die Frage, wer bestimmt was eine gute Lebensführung ist? Sofern man sich anmaßt, dies für Dritte definieren zu können, scheint »Gesundheit« ein starkes Argument zu sein. Unterstellt man, dass Selbstbeziehungen und Kompetenzen Elemente von »Identität« sind, stellt sich die Frage, ob Identität und Gesundheit in einem Zusammenhang stehen, nicht. Dies gilt unabhängig davon, dass sogenannte dissoziative Identitätsstörungen bereits selbst zu den DSM und ICD klassifizierten Krankheiten

gehören. Dass die Frage, welche Beziehung und welche Achtsamkeit ich gegenüber mir selbst aufbaue, zumindest auf mittlere Sicht für meine gesundheitlichen Zustände relevant ist, ist bereits intuitiv so evident, dass Studien, die genau dies belegen, in der Nähe zur Feststellung des Selbstverständlichen sind. Auch dass zum Beispiel jene Kompetenzen, die gegenwärtig als »Gesundheitskompetenz« beschrieben werden, Aussichten auf bestimmte gesundheitliche Zustände beeinflussen, liegt auf der Hand. Nun lässt sich ohne viel Mühe argumentieren, dass Gesundheit oder zumindest gesundheitliches Wohlbefinden allemal besser ist, als unter gesundheitlichen Einschränkungen zu leiden. Die Sache scheint relativ klar: Wünschenswerte Formen von Identität und Entwicklung sind solche, die zu einer gesunden und in diesem Sinne guten Lebensführung beitragen. Entsprechend gilt es, diese zu erzeugen. Da man (auch aus Effizienzgründen) mittlerweile einsieht, dass man die am besten nicht über Zwang und Verbote, sondern durch geschickte Anstüßer und sonstige Motivationshilfen erzeugt, kann man auch den Paternalismusvorwurf von sich weisen. Man spricht von »Nudging« oder noch besser von »Empowerment«. Allerdings ist Paternalismus nicht nur eine Frage von weichen oder harten Methoden oder plumpen oder geschickten Techniken.

Gelungene Identitätsentwicklung

Das Problem besteht darin, dass bestimmte Outcomes, und zwar Outcomes solcher Art, die nicht von den Menschen selbst, sondern von Dritten (selbstverständlich solchen mit »wissenschaftlicher Expertise«) als das entscheidende Kriterium festgemacht werden, über die Güte von Lebensführungen beziehungsweise Identitätsentwicklungen entscheiden. Demgegenüber steht die überzeugende Begründung, dass eine gelungene Identitätsentwicklung, die ist, mit der ich mich identifizieren kann und, dass mein gutes Leben zunächst eben fundamental mein Leben ist. Versuche der Objektivierung und Festlegung durch Dritte, was Ziele und Inhalte meiner Lebensführung sind, können mich zwar erfolgreich manipulieren und vielleicht bin ich mit den Ergebnissen der Manipulation sogar einverstanden, aber sie dienen ganz sicher nicht einer gelungenen Identitätsentwicklung. Im Gegenteil übergehen sie zentrale Aspekte dessen, was eine gelungene Identitätsentwicklung objektiv ausmacht, nämlich die Aspekte der Selbstachtung und Würde. Diese besteht darin, Praktiken und Zustände zu realisieren, mit denen ich mich selbst identifizieren kann, Kontrolle über mich selbst auszuüben und in der Lage zu sein, meine Talente, Fähigkeiten und Kräfte zu entwickeln und diese kompetent sowie angemessen einzusetzen, um meinen eigenen (revidierbaren) Lebensentwurf, meinem eigenen Urteilsvermögen gemäß, zu bestimmen und effektiv zu verfolgen.

Die Befähigungsperspektive

Dass Entwürfe Dritter zu vermeintlich oder tatsächlich »objektiv« besseren Outcomes führen würden, interessiert mich vernünftigerweise so lange nicht, wie es nicht um »Outcomes« geht, die meinem Entwurf entsprechen. Die Befähigungsperspektive betont genau dies. Es geht darum, Individuen effektiv zu befähigen, das heißt personal, sozial und ökonomisch in die Lage zu versetzen, jene Praktiken und Zustände zu realisieren, die es ihnen erlauben, individuelle Lebensziele zu entwickeln und effektiv zu verfolgen. Hierzu gehört fundamental auch die Befähigung dazu, die eigenen Präferenzen, Wünsche

und Erwartungen zu äußern und ihnen Gewicht zu verleihen, statt sich lediglich von außen heran getragenen Vorgaben und Zumutungen zu unterwerfen. Der Unterschied der Befähigungsperspektive zu einer »effektiven« Beeinflussung von Identitätsentwicklungen besteht darin, dass sich die Effektivität nicht danach bemisst, ob ich bestimmte Zustände erreiche oder Handlungen vollziehe, sondern wie groß Autonomie und Handlungsspielraum sind, Lebensentwürfe zu entwickeln und zu verwirklichen, die ich begründet wertschätze.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HOLGER ZIEGLER, AG 8 Soziale Arbeit, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Universität Bielefeld, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, E-Mail: hziegler@uni-bielefeld.de

RENATE HÖFER, FLORIAN STRAUS

Identitätsentwicklung in der Jugend

Die Jugendzeit war aus identitätstheoretischer Sicht schon immer eine besondere Phase. In den klassischen Theorien galt sie als entscheidende Stufe auf dem Weg zur »reifen« Erwachsenenidentität. Neuere Identitätstheorien haben der Jugendzeit etwas von der Einzigartigkeit genommen. Identität wird als diskontinuierlicher, lebenslanger Prozess, als alltägliche Identitätsarbeit begriffen, in der die Jugendphase zwar als ein wichtiger, aber keineswegs einziger markanter Übergang aufgefasst wird. Zentrales Ergebnis der Identitätsarbeit ist eine allgemeine Handlungsfähigkeit, die die Grundlage für die Lebensbewältigung und damit die Basis für Gesundheit bilden. Zentrales Ziel der Identitätsarbeit ist das Gefühl eines eigenverantwortlichen gelingenden Lebens. Wenn es einer Jugendlichen oder einem Jugendlichen glückt, eigene Identitätsziele zu erreichen, etwa, indem sie oder er vorhandene Stressoren als Herausforderung annimmt und positiv bewältigt, dann kann Identität selbst zu einer gesundheitsförderlichen Ressource im Umgang mit Stress und Krisen werden. In den Gesundheitswissenschaften spielte die Jugendphase lange Zeit eine eher untergeordnete Rolle, da Jugendliche weitgehend als gesund galten. Heute sieht man stärker die Bedeutung dieser Altersphase für die Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins und gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. Mit dem Perspektivenwechsel von einer pathogenen zu einer salutogenen Sichtweise rückte die Frage, was Menschen gesund hält, in den Fokus des Interesses. Damit verknüpft sich die Frage nach den Fähigkeiten, die Menschen in Übergängen benötigen, um die damit verbundenen Herausforderungen bewältigen zu können.

Pubertät als Transition und als kritisches Lebensereignis

Die Pubertät mit ihren drei Phasen umschreibt eine umfassende Veränderung, die Menschen in ihrem Lebenslauf erfahren. Sowohl hormonelle als auch körperliche Veränderungen, völlig neue gesellschaftliche Erwartungen, wie Berufsorientierung, und vor allem die zentralen Fragen an sich selbst »wer bin ich« und »wer will ich sein«, markieren die Zeit zwischen dem Ende der Grundschulzeit (8. bis 10. Lebensjahr) und der beruflichen Orientierung mit 16 bis 20 Jahren. Auch wenn die Pubertät individuell unterschiedlich verlaufen kann, wird sie von den Jugendlichen und ihren nahen Bezugspersonen als ebenso herausfordernd wie schwierig beschrieben. Die Pu-

bertät umfasst eine verdichtete Entwicklungsphase mit vielfältigen neuen Erfahrungen, massiven Stimmungsschwankungen und heftigen Gefühlen (Bindungs-, Beziehungs- und auch Trennungserfahrungen sowie Ablöseverhalten). Identitätstheoretisch handelt es sich um ein komplexes Bündel von Transitionen (Mädchen / Junge » Frau / Mann, Kind » junge Erwachsene / junger Erwachsener, Schülerin / Schüler » Berufseinsteigerin / Berufseinsteiger ...). Wie alle wichtigen Transitionen erfordern diese vom Subjekt ein Belastungs-Bewältigungshandeln. In diesem Lebensabschnitt spielen folgende besondere gesundheitsrelevante Herausforderungen eine Rolle: die eigenen Grenzen suchen und spüren, das Entwickeln eines neuen Körpergefühls und einer erwachsenen sexuellen Identität sowie die Verantwortungsübernahme für sich und andere. Die Pubertät gehört zu den Phasen der Veränderung, in denen Menschen völlig Neues ausprobieren und auch riskanten Erfahrungen positiv(er) gegenüberstehen. Von daher finden sich in dieser Lebensphase vielfältige, zum Teil wenig gesundheitsförderliche Formen des Risikoverhaltens, wie Extremsport, Selbstverletzung, Testen von Drogen und Rauschtrinken. In den meisten Fällen haben extreme Verhaltens- und Konsumformen häufig einen vorübergehenden Charakter. Früher hat man die Pubertät als ein Moratorium des Ausprobierens gesehen, bevor es zu den klassischen Anpassungsleistungen an die gesellschaftlich vorgegeben Modelle von Familie, Beruf und Freizeit gekommen ist. Heute sind keine einfachen Anpassungsleistungen mehr zu vollbringen. Jugendliche sind früh gefordert, sich ihren Lebenssinn aus einer nicht zu überschauenden Fülle von vereinbaren und unvereinbaren Möglichkeiten selber zu konstruieren.

Handlungsbefähigung als generalisierte Bewältigungsressource

Bei der Frage, wie Menschen mit neuen, riskanten und belastenden Situationen umgehen, haben die Belastungs-Bewältigungsforschung und die drei großen Forschungstraditionen der Widerstandstheorien (Salutogenese, Resilienz und Selbstwirksamkeit) beeindruckende Erkenntnisse erbracht. Diese werden unter dem Begriff der Handlungsbefähigung zusammengefasst. In einer umfangreichen Längsschnittstudie in den stationären Einrichtungen des SOS Kinderdorf e. V. begleitet das IPP Jugendliche auf ihrem Weg in die Selbstständigkeit empirisch. Die Jugendlichen wurden dabei nach den Erfahrungen gefragt, die sie brauchen, um sich zu einem eigenständigen Menschen entwickeln zu können und wie Maßnahmen der Jugendhilfe eine solche ganzheitliche Persönlichkeitsentwicklung – hier insbesondere die Schlüsselkompetenz der Handlungsbefähigung – unterstützen können. Die Handlungsbefähigung lässt sich als ein Gefühl des Vertrauens beschreiben, welches ermöglicht, dass

- » das Individuum die alltäglichen Anforderungen als Herausforderung wahrnimmt, die Anstrengung und das Engagement sich lohnen (Sinnhaftigkeit);
- » die Dinge, die einem widerfahren, strukturiert, erklärbar und verstehbar sind (Verstehbarkeit);
- » man über Ressourcen verfügt, die einen in die Lage versetzen, Dinge aktiv zu beeinflussen beziehungsweise Probleme aus eigener Kraft meistern zu können. Dabei kann man eigene Absichten und Ziele verwirklichen und man traut sich zu, auch bei unerwarteten und schwierigen Problemen eine Lösung zu finden (Selbstwirksamkeit);

- » man Situationen aus verschiedenen Perspektiven betrachten kann und an Vielem interessiert ist (Perspektivität / Interesse);
- » man sich selbst mag, positiv (optimistisch) nach vorne schauen kann und öfter etwas findet, worüber man lachen kann (sich selbst mögen / Optimismus);
- » man Teil eines tragfähigen sozialen Netzwerks ist und es in diesem Menschen gibt, die einen sicher nicht enttäuschen, und dass man in der Lage ist, sich bei diesen Hilfe zu holen (Soziale Zugehörigkeit).

Bei der zentralen Frage, wie junge Menschen ein Mehr an Handlungsbefähigung entwickeln können, zeigt sich unter anderem die wichtige Rolle gelungener Übergänge in der Pubertät. Hierbei unterstützt eine hohe Handlungsbefähigung junge Erwachsene, sich permanent neu zu orientieren, Brüche in der eigenen Übergangsbioografie sinnvoll zu integrieren oder kreativ mit den Zumutungen unseres einerseits individualisierten und zugleich standardisierten Übergangssystems umzugehen. Dies ist deswegen wichtig, weil die gesellschaftlichen Strukturverschiebungen des 21. Jahrhunderts von jungen Erwachsenen erwartet, trotz abnehmender Planbarkeit des eigenen Lebens, zunehmend die Eigenverantwortung für die Entscheidungen in Bezug auf ihre Lebensgestaltung zu übernehmen.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser
 DR. RENATE HÖFER, DR. FLORIAN STRAUS, Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP), Ringseisstraße 8, 80337 München,
 E-Mail: hoeferr@ipp-muenchen.de, straus@ipp-muenchen.de

THEO KLAUB

Identitätsentwicklung und kognitive Beeinträchtigung

Lange gab es eine sehr pessimistische Sicht in Bezug auf die Chance von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung eine persönliche Identität auszubilden. Eine Neigung zu Kränkbarkeit und Selbstüberschätzung sowie dazu, sich selbst als wertlos zu empfinden und auch andere abzuwerten, galten als wesentliche Bedingungen dafür. Doch müssen kognitive Beeinträchtigungen zu Identitätsproblemen führen?

Im psychologischen Sinne meint Identität das subjektive Bewusstsein in Bezug auf sich selbst – zum Beispiel Selbstkonzept, Ich-Identität und Rolle. Die über Rollen und Zugehörigkeit sozial vermittelte Entwicklung der Identität kann misslingen, wenn man von sozialer Teilhabe ausgegrenzt wird. Sie entwickelt sich in einem individuellen (Menschen bilden ein Bewusstsein über sich selbst) und in einem sozialen Prozess (Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt).

Welche Faktoren verhindern eine gelungene Identitätsentwicklung?

Es gibt Bedingungen, durch welche diesen Menschen eine gelungene Identitätsbildung erschwert wird. Die eigene Identität reflektiert beispielsweise das, was andere von einem denken und erwarten. Wenn Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Vorurteile, Unterschätztwerden und Ausgrenzung erfahren, erschwert das ihre Identitätsentwicklung.



Wenn ihre Lebenssituation dadurch geprägt ist, dass sie sich als nicht wertgeschätzt erleben, dass man ihnen keine Entscheidungen zutraut und überbehütend mit ihnen umgeht, können sie kein Selbstbild als wirksame und ihrer Kompetenzen bewusste Persönlichkeit ausbilden und ein entsprechendes Selbstwertgefühl aufbauen. Das Erleben abwertender Vorurteile und die eher bevormundende Art und Weise, in der private und professionelle Interaktionen häufig stattfinden, vermitteln ihnen den Eindruck, dass man ihnen wenig zutraut und meint, sie fremd bestimmen zu müssen. Das Zutrauen zu eigenen Stärken dürfte auch leiden, wenn Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung merken, dass sie langsamer als andere lernen, Zusammenhänge nicht durchschauen und mit ihren Kommunikationsversuchen nicht so verstanden werden, wie sie es möchten. Außerdem werden die Reflexion und realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten durch die kognitiven Beeinträchtigungen erschwert. Es ist eine kognitive Leistung, genau abschätzen zu können, welche Kompetenzen zur Erledigung einer Aufgabe erforderlich sind und ob man sich diese zutrauen kann. Hier kommt es sowohl zu Selbstüberschätzung, als auch zu einer Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten – beides führt dann zur Erfahrung des Misserfolgs. Selbstsicherheit und ein positives Selbstbild sind damit stärker als bei anderen Menschen gefährdet. Es ist eine größere Verwundbarkeit anzunehmen, die auch zu einem Mehr an auffälligem Verhalten führen kann. So kann beispielsweise ein ausgeprägtes aggressiv-demonstratives Verhalten als Versuch verstanden werden, Stärke und Bedeutung zu demonstrieren – und damit die Erfahrung von Misserfolgen, Einfluss- und Wirkungslosigkeit zu kompensieren.

Wie kann trotz solcher Risiken Identitätsentwicklung gelingen?

Diese beginnt nicht erst im Erwachsenenalter. Bei Kleinkindern mit Trisomie 21 wurde beispielsweise festgestellt, dass die Bereitschaft, sich auf Aufgaben zu konzentrieren und dabei auch an Leistungsgrenzen zu gehen und Anregungen Dritter zum Lernen zu nutzen, von bisherigen Lernerfahrungen abhängt. Kinder mit geringeren Erfolgserlebnissen lassen sich eher entmutigen. Das macht deutlich, wie entscheidend es ist, dass – beispielsweise in einer Schulklasse – nicht von allen Kindern dasselbe verlangt und erwartet wird, sondern jedem Kind individuelle Lernfortschritte ermöglicht werden.

Dies setzt eine Pädagogik voraus, die Bildungsangebote genau an die individuellen Lernvoraussetzungen anpasst. Ständige Überforderung beeinträchtigt hier die Identitätsbildung ebenso wie Überbehütung und zu geringes Zutrauen in die Fähigkeiten. Das Jugendalter ist bei Heranwachsenden mit kognitiver Beeinträchtigung dadurch gekennzeichnet, dass eigene Grenzen prägnant erlebt werden. Behinderte Jugendliche erleben ihre Andersartigkeit oft leidvoll als Minderwertigkeit. Schmerzlich ist es für alle Heranwachsenden, Fehler einzugestehen oder einzusehen, dass sie sich zu viel zutraut haben. Jugendliche mit Behinderungen müssen hier mehr bewältigen als andere. Manche Eltern haben ihren Kindern mit Behinderung immer versucht das Gefühl zu geben, gleich viel wie andere zu können und damit gleich viel wert zu sein. Oft war das verbunden mit einem Schonraum, in dem das Kind vieles nicht ausprobieren konnte, um seine geringeren Fähigkeiten nicht spüren zu müssen. Eine derart beschützte Welt gerät ins Wanken, wenn Heranwachsende dann im Jugendalter alleine weggehen, Auto fahren und heiraten wollen.

Wenn Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung eine realistische Selbsteinschätzung entwickeln sollen, müssen sie aus dem Schonraum raus, müssen sie auch das Scheitern lernen und die Erfahrung machen können, was ihnen wirklich gelingt und wo sie welche Hilfe brauchen – und von wem sie diese bekommen. Das ist eine der Hoffnungen, die mit der Idee der Inklusion verknüpft sind. Schon von Kind an sollen Menschen mit Beeinträchtigungen sich als zugehörig und nicht als ausgrenzende, gar minderwertige Personen erleben – und sich in ihrer Identitätsentwicklung auch so sehen. Kinder und Heranwachsende mit kognitiver Beeinträchtigung brauchen für ihre Identitätsentwicklung Erfahrungen von Verschiedenheit und Gemeinsamkeit mit anderen Menschen, dies müssen sie akzeptieren und als wert- und sinnvoll erfahren können. Das Gefühl, viel wert zu sein, darf dabei nicht an das Leistungsvermögen gekoppelt sein. Ziel der Erziehung muss ein stabiles Selbstbewusstsein im eigentlichen Wortsinn sein: Menschen sollten sich bewusst sein, was sie können und was nicht, wo ihre Entwicklungsmöglichkeiten und wo ihre – auch behinderungsbedingten – Grenzen liegen. Nur ein Selbstwertgefühl, das auf diesem Selbstbewusstsein basiert, ist tragfähig. Wer versucht, es auf Illusionen aufzubauen, nimmt ihm eigentlich von vornherein das Fundament, auch wenn dieses Verschoenen vor der Realität gut gemeint ist.

Doch darf nicht übersehen werden, dass inklusive Settings nicht von selbst zu Erfahrungen führen, die eine konstruktive und positive Identitätsentwicklung bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen fördert. Kinder mit Lernschwierigkeiten können im gemeinsamen Unterricht durchaus auch mehr als Andere Mobbing und Ausgrenzung erleben – sicher keine günstigen Bedingungen für die Selbstbild- und Selbstwertentwicklung. Auch unter inklusiven Bedingungen muss etwas dafür getan werden, dass soziale Integration gelingt, dass gegenseitige Wertschätzung wächst und dass die Menschen lernen können, dass Vielfalt etwas Positives ist.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. THEO KLAUSS, ehemals: Pädagogische Hochschule Heidelberg, Fakultät I (Erziehungs- und Sozialwissenschaften), Institut für Sonderpädagogik, Abt. II, Fachrichtung Geistig- und Mehrfachbehindertpädagogik, Keplerstraße 87, 69120 Heidelberg, E-Mail: theo.klauss@t-online.de

HANS HENGELEIN

Gender und sexuelle (-Vielfalt und) Identität: Herausforderungen für ein geschlechtergerechtes Gesundheits- und Sozialwesen

Die Niedersächsische Landesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, die Lebenssituation von lesbischen Frauen und schwulen Männern, Bisexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen (LSBTI) weiter zu verbessern. Es ist Wille der Landesregierung, jedweder Diskriminierung aktiv entgegenzutreten und sowohl für die sexuelle, als auch die geschlechtliche Vielfalt öffentlichkeitswirksam einzustehen. Um diesem anspruchsvollen Ziel gerecht zu werden, hat das für LSBTI-Angelegenheiten zuständige Sozial- und Gleichstellungsministerium im Sommer 2014 in einer ersten Entwicklungsphase der Kampagne »Gemeinsam für Vielfalt in Niedersachsen« erstmalig die Lebenslagen und Bedarfe von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*- und inter*-Menschen auf Landesebene jeweils einzeln erforschen lassen. Im Mittelpunkt dieses Forschungsansatzes stand die Bedeutung der Selbstorganisation in Niedersachsen als Flächenland, die erlebte und wahrgenommene Diskriminierung und Bewältigungsstrategien sowie Wünsche und Erwartungen an das Land. In der zweiten Phase standen Visionen eines gewünschten Lebens im Vordergrund. »Wie sieht ein gutes Leben als lesbische Frau, schwuler Mann, bisexueller, trans*- und inter*-Mensch in zehn Jahren aus?« Die in Phase 1 und 2 erarbeiteten Handlungsempfehlungen zu Bildung, Schutz vor Gewalt, (Wahl-)Familie, Arbeitswelt, Gesundheit und Sichtbarkeit waren Grundlage eines Kongresses, der 2015 durchgeführt wurde. Dieser bot die einzigartige Gelegenheit, all die Schätze, die bisher gesammelt wurden, als Empfehlungen an die Landespolitik zu konkretisieren. Seit dem 1. September 2016 sind diese auf der Website des Sozialministeriums veröffentlicht. Ein wichtiger Aspekt dieser Empfehlungen ist der Schwerpunkt »Gesundheit«.

Identitätskonzepte und Gesundheit

Ohne gänzlich klären zu können, was mit dem vieldeutigen Begriff der Identität gemeint sein könnte, wird Identität hier als Antwort einer Person auf die Frage »Wer bin ich?« verstanden und meint somit die Innensicht auf die eigene Person. Das Konstrukt der Identität lässt sich dabei differenzieren nach kognitiven Aspekten wie dem Selbstkonzept, emotionalen Aspekten wie dem Selbstwertgefühl, motivationalen Aspekten wie Überzeugungen über die personale Kontrolle sowie sozialen Aspekten wie die erlebte Wahrnehmung der eigenen Person durch die soziale Umwelt.

Sexuelle Identität bezeichnet die auf sexueller Orientierung basierende Identität eines Menschen. Die sexuelle Orientierung ist auf eine andere Person gerichtet und definiert das nachhaltige Interesse einer Person bezüglich des Geschlechts einer potenziellen Partnerin oder eines potenziellen Partners auf der Basis von sexuellem Begehren. Sexuelle Identität ist mit sexueller Orientierung keinesfalls gleichzusetzen, sie geht darüber hinaus. Sexuelle Identität wird darüber hinaus im deutschen Rechtssystem als Sammelbegriff für Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung verwendet. Dieser Begriff findet im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) so-



wie in einigen Landesverfassungen Anwendung, um auszudrücken, dass niemand wegen seiner geschlechtlichen Identität oder seiner sexuellen Orientierung bevorzugt oder benachteiligt werden darf. Eine Anhörung zu einer entsprechenden Ergänzung der niedersächsischen Landesverfassung hat bereits stattgefunden. Weitere Definitionen in diesem Zusammenhang, seien sie zu pansexuellen, cisgeschlechtlichen, transgeschlechtlichen, transidenten, transsexuellen oder intergeschlechtlichen Menschen, finden sich im Glossar, welches das Deutsche Jugendinstitut herausgegeben hat. Dieses wurde im Rahmen eines neuen Forschungsprojektes zur Lebenssituation von LSBTI*-Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter dem Titel »Coming out – und dann?« zusammengestellt.

Selbstbestimmung als Gesundheitsressource

Die Definition des Gesundheitsbegriffes durch die World Health Organization (WHO) und die daraus abgeleitete Ottawa Charta würdigt die unterschiedlichen Lebenswelten von Mehrheiten und Minderheiten. Sie spricht unter anderem von dem Ziel der Verwirklichung eines größtmöglichen Maßes an Selbstbestimmung für den Einzelnen. Selbstbestimmung aber ist nur da möglich, wo Selbstbewusstsein als positiver Ausdruck der Erkenntnis »ich bin gut so, wie ich bin« entstehen kann. Schon Jean-Paul Sartre hat in seinem »Saint Genet« darauf hingewiesen: »Es kommt nicht darauf an, was man aus uns gemacht hat, sondern darauf, was wir aus dem machen, was man aus uns gemacht hat.« Oft wird uns das Eigene und Vertraute erst dadurch bewusst, wenn wir Fremdem begegnen oder andere uns spüren lassen, dass das für uns Selbstverständliche sie befremdet. Beispielsweise erleben trans*-Menschen oder Personen, die sich ihrem zugewiesenen Geschlecht nicht oder nur eingeschränkt zugehörig fühlen, neben eigenem Klärungs- und Reflexionsbedarf seitens ihres Umfelds Druck, sich zu vereindeutigen. Dies drückt sich oft in Form erlebter oder zumindest befürchteter Diskriminierung aus. Wollen trans*-Menschen im Rahmen ihrer Transition rechtliche und / oder medizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen, müssen sie die Zuschreibung der psychiatrischen Diagnose »Transsexualismus« in Kauf nehmen. Dies ist ver-

bunden mit psychologischen Begutachtungen und von der Krankenkasse geforderter Psychotherapie, was von den Betroffenen häufig als zusätzlich belastend erlebt wird und dadurch den möglicherweise tatsächlich verbundenen Beratungsbedarf unterläuft. Aus diesem Grund gibt es Ansätze, die Strategie der Vervielfältigung mit der Strategie der Veruneindeutigung und der Vision der Auflösung zu kombinieren.

Ausgewählte Forderungen zum Schwerpunkt Gesundheit

Schon diese wenigen Facetten zeigen, wie unterschiedlich schwer es sein wird, den formulierten Forderungen an das Gesundheitswesen im Einzelfall passgenau gerecht zu werden. Unbestreitbar ist: Die eigene Identität hat viele Dimensionen und die Erfahrung, wie schwierig alle diese Dimensionen zu erfahren und zu leben sind, stellt eine wichtige Erkenntnis der eigenen Reflexion dar. Das System der Wertung braucht, solange die Wertung aufrechterhalten bleibt, Abstufungen für eine Wertschätzung. Beide sind die unbestreitbaren Essenzen von Ungleichstellung. Allein aufgrund der vorher aufgezeigten Dynamiken, lässt sich erahnen, welche Herausforderungen sich an ein geschlechtergerechtes Gesundheits- und Sozialwesen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten stellen wird, dass gleichzeitig auch die sexuelle und geschlechtliche Vielfalt ernst nimmt. Es verlangt von allen Beteiligten, also uns allen, ein Höchstmaß an Neugierde, Respekt und Offenheit. Eine Mammutaufgabe, die nur dann erfolgreich angegangen werden kann, wenn wir uns dieser gemeinsam stellen.

Literatur beim Verfasser

HANS HENGELIN, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Referat 304 – Referent LSBTTI und AIDS-Koordinator, Hannah-Arendt-Platz 2, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 120-40 10, E-Mail: hans.hengelin@ms.niedersachsen.de

SOLMAZ GOLSABAHI-BROCLAWSKI

Flucht, interkulturelle Identität und deren Einfluss auf die psychische Gesundheit

Im letzten Jahr sind so viele Flüchtlinge aus den Krisengebieten der Welt nach Europa gekommen, wie noch nie zuvor in der jüngeren Vergangenheit. Diese Menschen treffen in Europa auf eine Kultur, eine Umgangsform, ein Verständnis für Ordnung, eine Ethik, Geschlechterrollen, Essen und ein Gesundheitssystem, die beziehungsweise das sie nicht kennen. Es ist ihnen fremd. Umgekehrt wiederum sind sie uns fremd. Die Frage danach »Wer bin ich?« und »Wer will ich sein?« beschäftigt uns Menschen unser ganzes Leben lang. Auf der Suche nach einer neuen sinnstiftenden Identität, gewollt oder ungewollt, geplant und oder ungeplant, startet der Mensch seine Wanderung in neue, ihm unbekannte Gebiete. In der Fremde begegnen wir in erster Linie uns selbst. In den Augen der anderen sehen wir erstmalig, wer wir sind. Die kulturelle Herausforderung und die Tatsache, dass weltweit nicht nur genderspezifische, sondern auch kulturspezifische Sichtweisen und Umgangsweisen mit sämtlichen Themen des Alltags zu berücksichtigen sind, wird verständlich, wenn wir uns einmal unseren letzten Urlaub im Ausland vor Augen führen. Wie oft haben wir im Urlaub bemerkt, dass sich die Menschen um uns herum anders verhielten, als wir es erwartet haben?

»Da war doch dieser Moment, in dem ich dachte, ich werde missverstanden.«, »Der Ton scheint sehr rau zu sein.«, »Ich glaube, meine Körpersprache wird nicht verstanden.« Die Liste lässt sich beliebig verlängern.

Warum erscheint uns etwas als fremd?

Im Umgang mit Klienten und Klientinnen, die eine Zuwanderungsgeschichte haben, ist es wichtig, einmal aus der Luftballon-Perspektive die eigene Handlung und die eigenen Schablonen zu hinterfragen. Die Architektur unserer Muttersprache gibt uns richtungsweisend an, wie wir handeln und denken, das Gedachte zur Sprache bringen. Ausgehend von der deutschen Muttersprache wird uns bewusst, dass es der beziehungsweise dem Deutschen wichtig ist, sich klar zu artikulieren, Position zu beziehen und sich abzugrenzen. Es stellt sich die Frage: Was sind die Zielsetzungen, Erziehungsstile und Erwartungen, wenn meine Muttersprache kein Wort für »Nein« kennt? Was passiert, wenn direkte und sogenannte unverblühte Formulierungen Ausdruck der Unhöflichkeit, der geistigen Minderentwicklung und vor allem Teamunfähigkeit bedeuten? Der Einsatz einer übersetzenden und sprachvermittelnden Person bietet an dieser Stelle keine Lösung, wenn sich die Parteien der kulturellen Herausforderungen nicht bewusst sind und diese nicht wahrnehmen. Wie Churchill einst sagte: »Zwei Politiker einigen sich, aber wenn ein Dolmetscher dazwischen fungiert, wird es komplizierter, denn auch er hat non-volens persönliche Interessen.«

Im Alltag Ausnahmen gewähren und sich führen lassen

Damit ist keineswegs gemeint, dass ich meine Arbeitshypothesen und Vorgangsweise ändern muss, sondern, dass ich bereit bin, für kurze Momente in mir fremde Sichtweisen und Denkweisen einzutauchen. Eine Suppe kann beispielsweise mit Sahne aber auch mit frischer Zitrone und Petersilie verfeinert werden. Die Frage danach »Was gehört sich?« und »Was ist besser?« ist die Verführung in Richtung Vorurteilen und programmierten Kränkungen. Die Verfeinerung einer Suppe ist eine persönliche, historische und seit der ersten Begegnung mit Suppen verankerte Geschmacksrichtung meiner Identität. Sie ist weder einer Logik unterworfen, noch lässt sie sich biegen. Sie wäre im Falle einer respektvollen Begegnung bereit sich zu erweitern und zu vermengen, aber nicht in den Kategorien »normal« und »richtig«.

Eigene Wirklichkeitskonstrukte hinterfragen

Transkulturelle Kompetenz ist die Fertigkeit, die im Alltag nötig ist, um mit den brisanten Situationen zurecht zu kommen und einen Weg zu finden, eigene Wirklichkeitskonstrukte zu hinterfragen, ohne etwas à priori für falsch oder richtig zu erklären. Wir müssen uns immer wieder vergegenwärtigen: Es gibt unterschiedliche Sichtweisen. Genauso wie Deutschland ist auch das Ausland vielfältig. Bei der Kommunikation mit Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund spielen zahlreiche Faktoren mit hinein: Weltanschauung, Bildung, Geschlecht, Religionsverständnis, Lösungsansätze und -möglichkeiten und der Aufenthaltsstatus.

Migration als Ursache für psychische Erkrankungen

Die Migration ist keine Noxe. Sie schafft keine Krankheiten. Sie ist Teil unserer Menschheitsgeschichte. Im Rahmen der Migration durchwandern wir nicht nur die äußeren Grenzen eines Landes, sondern auch die inneren Grenzen unserer Identität.

Dies führt zu einem inneren Konflikt mit den eigenen Anteilen und daraus resultierenden Ressourcen oder Resilienz. Nach einer Euphorie der Ankunft beginnen die ersten Phasen der Unsicherheit, welche einerseits durch die äußeren Rahmenbedingungen des ungeklärten Status, des Arbeitsplatzes und der Wohnbedingungen, aber andererseits auch durch die sprachlichen Barrieren und Befremdlichkeiten der Umgebung verbunden sind. Im neuen Land ist alles anders und führt zu einer unsicheren Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und Umgebung. Es scheint, als ob die »altbewährten« Lösungsansätze im neuen Land nicht umsetzbar sind. Es kommen die ersten Alpträume und Verlorenenseinsgefühle auf. Den Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Migration als einen direkten anzusehen, ist weder dem Sachverhalt, noch dem Verlauf dienlich. Nach der anfänglichen Identitätskrise, kommt eine Trauer- und Neufindungsphase, welche ebenfalls einen unterschiedlichen Verlauf annehmen kann und wiederum, je nach Umweltfaktoren, Resilienz und Ressourcen, in eine psychische Krise, am ehesten im Sinne einer affektiven Störung oder auch einer Abhängigkeitserkrankung, verlaufen kann. An dieser Stelle ist darauf zu achten, ob und in welchem Ausmaß bereits im Heimatland Vorerkrankungen existiert haben und welche zusätzliche Belastungsfaktoren, wie der ungeklärte Status, intra-familiäre Konflikte, wie Erziehung der Kinder, finanzielle Sorgen oder Wohnungsfragen, zu der Entstehung der Erkrankungen beitragen und ob es sich um eine reine Frage der Migrationsbewegung handelt. In der Regel wird es kaum möglich sein, einen linearen Zusammenhang herzustellen. Es ist daher an dieser Stelle unerlässlich, die Migration nicht als Noxe zu sehen, welche die aktuellen Beschwerdebilder verursacht. Dies ist bei einem physiologischen und intrapsychischen Verlauf der Migration wichtig, denn ansonsten werden die Kränkungen des Lebens immer wieder auf das Aufnahme- oder Herkunftsland geschoben. Diese Verschiebung der Thematik führt oft zum Anstauen der Wut und Aggressionen, welche nicht selten Boden einer Fundamentalisierung wird.

Literatur bei der Verfasserin

DR. MED. UNIV. SOLMAZ GOLSABAHİ-BROCLAWSKI, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Kanzlerstraße 4, 40472 Düsseldorf, E-Mail: golsabahi-broclawski@akademie-oegw.de

UTE HABEL

Gewalt – und die Folgen auf den einzelnen Menschen

Verletzungen, Demütigung, Beleidigung, sexueller Missbrauch ... Gewalt kann jeden treffen – unabhängig vom Alter und Geschlecht! Dennoch ist das, was als Gewalt bezeichnet und erlebt wird, nach wie vor ein Tabuthema. Doch nach aktuellen Schätzungen der WHO ist weltweit jede dritte Frau von körperlicher und / oder sexueller Gewalt durch die aktuelle Partnerin / Ex-Partnerin beziehungsweise den aktuellen Partner / Ex-Partner betroffen. Die Erhebungsergebnisse der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) machen deutlich, dass etwa 8 Prozent der interviewten Frauen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung körperliche und / oder sexuelle Gewalt erfahren haben und dass jede dritte Frau seit ihrem 15. Lebensjahr eine Form des körperlichen und / oder



sexuellen Übergriffs erlebt hat. Auch wenn Männer primär als Täter identifiziert werden, werden sie auch Opfer von Gewalt. Laut der Pilotstudie Gewalt gegen Männer an 266 befragten Männern ist 23 Prozent körperliche oder sexuelle Gewalt in ihrem erwachsenen Leben widerfahren. Etwa 61 Prozent der befragten Männer erlebten körperliche oder psychische Gewalt in der Kindheit und Jugend. Im klinischen Bereich (insbesondere im psychiatrischen Bereich) sind die Prävalenzschätzungen ebenfalls alarmierend hoch: Frauen sind hier mit bis zu 46 Prozent betroffen und Männer ähnlich stark mit ca. 42 Prozent. Gerade das Erleben von Gewalt in der Kindheit kann jedoch für die Betroffenen erhebliche Folgen haben.

Das Gender Gewaltkonzept

Körperliche, psychische, sexuelle oder wirtschaftliche Gewalt. Gewalt hat viele Formen und zieht bei Betroffenen meist eine Vielzahl von Folgen nach sich. Ausgehend hiervon wurde an der Uniklinik RWTH Aachen das vom Land NRW und der EU geförderte Modellprojekt Gender Gewaltkonzept initiiert, mit dem Ziel, die Auswirkungen von Gewalterfahrungen auf die Gesundheit von Patientinnen und Patienten genauer zu untersuchen, um in der Folge die Versorgungssituation zu verbessern. Das Projekt beinhaltet modellhaft eine Erhebung in der Uniklinik RWTH Aachen, Interviews mit Gewaltopfern, Schulung des medizinischen Personals sowie eine Informations- und Beratungsstelle für Gewaltopfer unter Einbezug als Kooperationspartner von Frauen helfen Frauen e. V. (FhF).

Zusammenhänge von Gewalt und Gesundheit

Die Ergebnisse dieser Befragung ergaben erschreckend hohe Werte: Von 5.003 untersuchten Personen gaben 38 Prozent aller Patienten und 43 Prozent aller Patientinnen an, eine oder mehrere Formen von Gewalt erlebt zu haben. Patientinnen sind häufiger von häuslicher Gewalt betroffen, also von Gewalt im sozialen Nahraum, während Patienten häufiger Opfer von körperlicher Gewalt werden, die im öffentlichen Raum, meist von unbekanntem Tätern, verübt wird. Vor allem konnten Zusammenhänge zwischen Gewaltart und Beeinträchtigungen des körperlichen und psychischen Wohlbefindens, sowie verschiedenen Risikoverhaltensweisen wie Drogenkonsum oder Selbstverletzungen nachgewiesen werden. Die Ergebnisse der mit Gewaltopfern durchgeführten Interviews zeigten deutlich, dass das Erleben von Gewalt an sich mit der Entwicklung klinisch relevanter psychischer Störungen zusammenhängt und dass die Folgen besonders bei Personen, die

mehrfach Gewalt erleben oder erlebt haben, beträchtlich sind. Auch die erhöhte Anzahl der Arztbesuche von Personen, die mehrere Arten von Gewalt erlebt haben, zeigt, dass angegebene Folgen von Gewalt deutliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen haben, vor allem, wenn multiple Gewalterlebnisse vorliegen. In den Interviews wurde auch deutlich, dass der Gesundheitszustand bei betroffenen Männern und Frauen gleichermaßen stark beeinträchtigt ist.

Folgen für die psychische Gesundheit

Das Gender Gewaltkonzept-Projekt zeigte in Übereinstimmung mit vielen weltweiten Untersuchungen, dass das Erleben von Gewalt weitreichende Folgen in verschiedenen Lebensbereichen und vor allem auf die körperliche und psychische Gesundheit hat. Während sich geringfügige Unterschiede zu den Zusammenhängen mit spezifischen Erkrankungen zeigten, bleibt besonders zu vermerken, dass multiple Gewalterfahrungen, die gleichzeitig sehr häufig sind (63,3 Prozent), verstärkt zu gesundheitlichen Belastungen führen. Gewalterfahrungen können traumatisch sein, besonders in Form langanhaltender interpersoneller oder sexualisierter Gewalt und als solche zu Traumafolgestörungen führen. Darunter fallen beispielsweise Angst- und Posttraumatische Belastungsstörungen, Depression oder auch Suchterkrankungen. Persönlichkeitsstörungen, wie die Borderline- oder die antisoziale Persönlichkeitsstörung, stehen auch häufig in Zusammenhang mit frühkindlichen Missbrauchs-, Vernachlässigungs- oder Gewalterfahrungen. Frauen reagieren auf Gewalterfahrungen häufiger internalisierend und entwickeln Störungen wie Depression oder Angst, wohingegen Männer eher zu Externalisierung neigen und durch übersteigertes aggressives und / oder Suchtverhalten auffällig werden. Vielen Menschen ist zunächst der Zusammenhang ihres Gesundheitszustandes mit den Gewalterfahrungen nicht bewusst. Aufklärung und Unterstützung können hier weitere Folgen des Gewalterlebens reduzieren.

Gewaltbetroffene Männer

Bei männlichen Opfern muss davon ausgegangen werden, dass die Hemmschwelle, von sich aus von Gewalterlebnissen zu berichten oder Hilfe zu suchen, aufgrund entsprechender gesellschaftlicher Normen und Rollenbilder hoch ist. Gerade frühkindliche Gewalterfahrungen können jedoch erhebliche körperliche und psychische Auswirkungen haben und bei Männern, nicht selten im Erwachsenenalter, zu Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit einer eigenen Gewaltproblematik führen. Ausgehend von den Ergebnissen des Vorgängerprojektes ist nun das übergreifende Ziel des neuen Projektes, den Zusammenhang zwischen Gesundheitsbelastungen, Gewalterfahrungen und gewaltaffinem Verhalten bei männlichen Patienten zu erfassen und Strategien medizinischer Prävention und Intervention, orientiert an den Bedürfnissen der jeweiligen männlichen Gewaltopfer, ein Hilfs- und Unterstützungsangebot (unter anderem ein webbasiertes Therapieverfahren) für Männer zu entwickeln und zu erproben. Das von der EU und der Landesregierung NRW geförderte Projekt hat eine Laufzeit von drei Jahren. Weitere Informationen finden Sie in Kürze unter www.gmgr.de

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. UTE HABEL, Uniklinik RWTH Aachen, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen, E-Mail: uhabel@ukaachen.de

MARTINA RUMMEL

Die Bedeutung von Arbeit und deren Einfluss auf Identität und Gesundheit

Das Ebenenmodell menschlicher Handlungsregulation

Arbeit, Identität und Gesundheit sind Begriffe, die oft in einem Atemzug genannt werden. »Mit der Arbeit identifiziert sein« ist erstrebenswert, wie Arbeitslosigkeit an der Identität nagt, ist bekannt. Auch wenn die Meinungen darüber, was Gesundheit ausmacht, häufig im Detail auseinandergelassen, ist empirisch belegt, wie stark Arbeit, Identität und Gesundheit zusammenhängen. Die Schlüsselkriterien, die Gesundheit und Identifikation fördern, sind als Salutogenese-Faktoren bekannt. Sie lassen sich anhand eines Ebenenmodells menschlicher Handlungsregulation ordnen. Das Modell ist hierarchisch – der Einfluss der oberen Ebenen auf die nachgeordneten ist stärker als umgekehrt. Bemühen sich Führungskräfte um diese Salutogenese-Kriterien, so fördern sie damit auch indirekt die Gesundheit und Resilienz der Beschäftigten.

Bedeutung der Faktoren im (Arbeits-)Alltag

Im Folgenden werden die Regulationsebenen (s. Grafik unten) genauer beschrieben.

Zugehörigkeit: Die Bedeutung von »Sinn/Meaning« der Arbeit für das Gesundheitsgeschehen ist empirisch belegt. Wir identifizieren uns nur mit Dingen, die in unseren Augen sinnhaft sind – weil sie etwas mit unserer Zugehörigkeit zu Menschen und Wertewelten zu tun haben. Unsere Identität kann sich nur mit Bezug dazu bilden. Wer sind wir im Hinblick auf wen und was? Unsere zentralen und relevanten Zugehörigkeiten (wie etwa die Herkunftsfamilie, die derzeitige Familie, Lebenspartnerschaften, Arbeitsbezüge und Religion/Wertewelten und die Zugehörigkeit zu den Lebenden) machen uns aus. Verluste auf dieser Ebene (zum Beispiel Lebensgefahr, Scheidung, Tod von Angehörigen, Kündigung und Exkommunikation) bedrohen uns in höchstem Maße und erzeugen Lebenskrisen, weil unsere Identität daran gekoppelt ist. Umgekehrt resultiert alle Motivation, die über die Sicherung der Grundbedürfnisse hinausgeht, aus diesen Zugehörigkeiten: Für wen oder was setzen wir uns ein, nehmen Lasten und Risiken in Kauf? Das, was wir für unsere Identität halten, bildet sich im Lebenszyklus über die mehr oder weniger gelungene Lösung der Entwicklungsaufgaben heraus. Für Erwachsene spielt hier

das Thema »Generativität« – das Erzeugen von Werten für Andere, vor allem für die nächste Generation – eine herausragende Rolle. Begreift man die Lebenskurve als eine große Bewegung vom Nehmen (Säugling) zum Geben bis hin zur »Hinterlassenschaft« im Alter, wird deutlich, wie wichtig der sinnhafte Beitrag für die Selbstkonzepte und die Selbstakzeptanz ist.

Rolle/Identität: Innerhalb von Gemeinschaften sind Menschen zur Realisierung ihres Beitrags im Rahmen ihrer Rolle und Verantwortung immer auf den Anderen angewiesen. Soziale Unterstützung darf in Betrieben nicht flach verstanden werden. Es geht nicht um oberflächliche Freundlichkeit, sondern darum, dem Einzelnen die Realisierung seiner Verantwortung durch gute Zusammenarbeit tatsächlich zu ermöglichen. Management- und Kommunikationssysteme, die innerbetrieblich Konkurrenz erzeugen (zum Beispiel Mitarbeiter-Ranking), konterkarieren dies und können fraglos als gesundheitsgefährdend eingestuft werden.

Überzeugungen/Interessen: Die Möglichkeit Gehör zu finden, eigene Interessen in das Gemeinwohl integrieren zu können und durch Gestaltungsspielraum an Lösungen mitzuwirken, sind Voraussetzungen dafür, einen guten Beitrag zu leisten. Gelingt dies im Rahmen der eigenen Rolle und Verantwortung, weil Spielräume für Gestaltung bestehen und die Möglichkeit gegeben ist, gute Arbeit zu leisten, führt dies zu positiven Selbstkonzepten im Sinn von Selbstwirksamkeit.

Fähigkeiten: Dazu gehört auch, die eigenen Fähigkeiten dort einbringen zu können, wo sie wirklich Wirkung und Sinn erzeugen. Die Möglichkeit, gut zu arbeiten, weil die Arbeit machbar ist und den eigenen Kompetenzen entspricht, ist das, was am Ende Generativität ausmacht. Unter dem Aspekt Gesundheit und Identität sind hier nicht nur Lernangebote entscheidend, sondern auch die gemeinsame Suche nach dem »Sweet Spot«, an dem Beschäftigte in diesem Sinne bestmöglich für die Gemeinschaft agieren können. Dies verweist beispielsweise auf deutlichen Innovationsbedarf beim so genannten »Talent Management« bei Beschäftigten: Da es keinen empirischen Beleg dafür gibt, dass im Kompetenzbereich Fremdeinschätzungen der Selbsteinschätzung grundsätzlich überlegen sind, ist es ratsam, bei der Suche nach diesem Optimum bei Beschäftigten nicht allein auf die Beurteilung durch Vorgesetzte zu bauen, sondern der Selbsteinschätzung von Kompetenzen Raum zu geben.

SALUTOGENESE	REGULATIONSEBENE	WORUM GEHT ES DABEI?
Sinn	Zugehörigkeit / Identifikation	Mit wem / was bin ich verbunden?
Soziale Unterstützung Verantwortung, Selbstkonzepte	Rolle und »Identität«	Position. Wer bin ich (darin)?
Dialog / Handlungsspielraum	Überzeugungen / Interessen	Was ist richtig / mir wichtig?
Machbarkeit	Fähigkeiten	Was kann ich (lernen)?
»Gesunde« Regeln / Angebote	Verhalten / Gewohnheiten	Was tue / lasse ich? Gewohnheiten.
Verstehbarkeit	Wahrnehmung	Information. Was »verstehe« ich?

Verhalten: Das, was wir selbst als Identität erleben, ist auf der Verhaltensebene durch erlebte Kontinuität bestimmt. Wir halten das, was wir kontextübergreifend als gleichbleibend an uns selbst erleben, als »typisch« für uns. Es macht unser Temperament und unsere Persönlichkeit aus. Toleranz gegenüber dem »Unikat«, das jede Person in dieser Hinsicht darstellt, führt weg von der Philosophie in Stärken und Schwächen zu denken. Diversität und Inklusion ernst zu nehmen, bedeutet Licht und Schatten einer Person mit dem Kontext zu verbinden. Toleranz hat erst eine Grenze, wo Verhaltensstile gemeinschaftsschädigend wirken.

Wahrnehmung: Verstehbarkeit von Anforderungen ist am Ende eine große Herausforderung für die innerbetriebliche Kommunikation. Sie verweist auf die herausragende Bedeutung wechselseitiger Information über Ziele und Bedarfe. Verstehbarkeit ist nicht selbstbezüglich, sondern bezieht sich immer auf die System-Umwelt-Relation. Unter Gesundheitsaspekten ist dies eine deutliche Absage an Person-Evaluierung. Es kommt darauf an, wirklich zu verstehen, was am Ende für die Zielerreichung wichtig ist. Führungskräfte haben hier die Aufgabe, Orientierung zu geben, Veränderungsbedarf aus der Realität zu legitimieren und dabei zu helfen, Veränderungshindernisse aus dem Weg zu räumen.

Entwicklung ist nie selbstbezüglich, sondern immer bezogen auf ein Ideal, ein Ziel, auf etwas, was es zu erreichen gilt. Eine gesunde Organisation wäre demnach eine Organisation, in der verantwortliche Individuen in guter Gemeinschaft gemeinsam Sinn kreieren – über sich selbst und ihre Organisation hinaus. Das Streben nach einer ökologischen Balance zwischen Individuum und Gemeinschaft innerhalb der Organisation, aber auch zwischen Organisation und Organisationsumwelt sowie über die Organisation hinaus, kann Führung substantiell ausrichten – und gibt ihr Sinn.

Literatur bei der Verfasserin

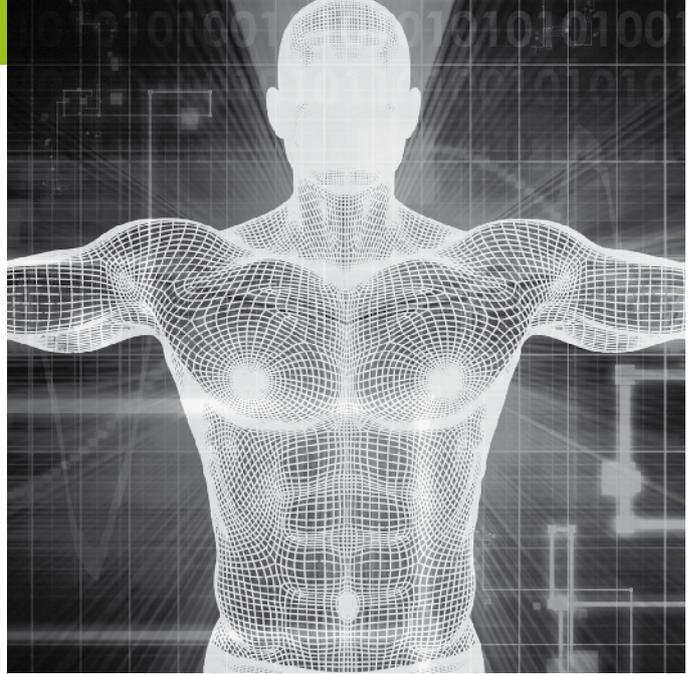
DR. MARTINA RUMMEL, Kooperationsverbund Dialog, Karl-Marx-Straße 162, 12043 Berlin, E-Mail: mrummel@t-online.de

ANKE ABRAHAM

Ist das (noch) gesund? Der Körper als Objekt und Medium der Identitätsgewinnung

Körperaufmerksamkeiten

Wissenschaftliche Diskurse zum Körper und die alltagsweltliche Adressierung des Körpers als Ort der Selbstwahrnehmung, Selbstgestaltung und Selbstfürsorge haben Hochkonjunktur. In den Naturwissenschaften – insbesondere in der Medizin und den sogenannten »Lebenswissenschaften« – hat der Körper als Gegenstand der Beobachtung, Beschreibung, Kontrolle und Beeinflussung eine lange Tradition. Im Vordergrund steht das Bemühen um ein Verstehen der Funktionsweise des Körpers und seiner Regulierbarkeit oder auch Veränderbarkeit im Dienste spezifischer Interessen – etwa der Heilung, der Gesunderhaltung oder der Verbesserung und Steigerung bestimmter sozial und / oder persönlich erwünschter Leistungsparameter, wie allgemeine Fitness, Lebenserwartung oder körperliche Attraktivität. Geisteswissenschaftliche



Disziplinen kritisieren ein einseitiges mechanistisches oder objektivierendes Körperverständnis, wie es in den Naturwissenschaften präferiert wird, und liefern ein differenziertes Bild vom Körper mit Gewinn für kulturelle, soziale, ethische und persönlichkeitsbezogene Fragen.

Vom »Körper« zum »Leib« ...

Anthropologische (Plessner) und leibphänomenologische (Merleau-Ponty, Schmitz) Theorien legen nahe: Der Körper ist nicht lediglich ein messbares oder manipulierbares »Ding« oder »Objekt«, sondern er ist zum einen ein lebendiger Organismus, der eine, letztlich nicht berechenbare, Eigenlogik und damit Würde besitzt. Der Körper ist zum anderen – als Leib – ein Modus oder eine Autorität, die uns (als körperlich-leiblich verfasste Wesen) mit Empfindungs- und Reaktionsfähigkeiten ausgestattet, die eine nach innen und außen spürende Orientierung und Reagibilität ermöglicht.

Der »Körperleib« als limitierender Faktor

Die postulierte Autorität und Würde des Körperleibes kann als normativer Gradmesser in Anschlag gebracht werden, wenn es um Fragen der Körpergestaltung geht. Und zwar in der Weise, dass wir uns Rechenschaft darüber ablegen, inwieweit wir die Autorität und Würde des Körperleibes strapazieren und organismisch gegebene Grenzen übersteigen. Dort, wo Grenzen überstiegen werden, reagiert der Körperleib in der Regel entsprechend – etwa durch Zittern, Fieber, Schockstarre, Apathie, Schläffheit, Kollaps bis hin zum Tod; subtiler auch durch Nervosität, Gereiztheit, Fahrigkeit, Unruhe, Abstumpfung oder Gleichgültigkeit.

Körpertechnologien

In technologisch hoch entwickelten und marktförmig organisierten Gesellschaften ist der Körper zu einem (medizinisch, pharmakologisch, gentechnologisch) herstellbaren Objekt und zu einer Ware geworden, aus der gesellschaftlich und persönlich Gewinn gezogen werden kann, soll oder mitunter sogar muss. Körpermanipulationen – wie etwa gezieltes körpermitifizierendes Training, die Einnahme leistungssteigernder Substanzen, chirurgische Eingriffe zur Optimierung des Aussehens – werden angestrengt, um im Konkurrenz- und Leistungskampf wettbewerbsfähig zu bleiben, aber auch, um gemocht und anerkannt zu werden oder sich von anderen abzugrenzen und sich (dadurch) besser und wohler zu fühlen.

Ist das (noch) gesund?

Die Frage, ob Manipulationen des Körpers – hier verstanden als gestaltende Eingriffe in den Körper und die körperlich-leibliche Konstitution des Menschen – gesund seien oder ab wann sie dies gegebenenfalls nicht mehr sind, bedarf einer differenzierten Analyse. Erstens ist festzuhalten, dass der Mensch qua seiner Konstitution nicht umhin kommt, Eingriffe in den Körper vorzunehmen. Täte er dies nicht, etwa in den Akten des Essens, der Hygiene, der Sexualität oder der Bekleidung, wäre er nicht überlebensfähig. Zweitens ist festzuhalten, dass Akte der Steigerung der Leistungsfähigkeit oder der Erhöhung der Attraktivität wichtige Funktionen im Hinblick auf die Erhöhung des Selbstwertgefühls haben und als ein bedeutsames Bindemittel im Hinblick auf soziale Anerkennung und sozialen Kontakt fungieren (können). Damit tragen sie zum psychischen Wohlbefinden und – bei einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis – auch zur Gesundheit bei. Dies hängt damit zusammen, dass Identitäten – als das Bewusstsein, eine bestimmte Person zu sein – sozial verliehen werden und dass in der Zuschreibung von Identitäten das körperliche Erscheinungsbild und die sichtbare Leistungsfähigkeit einen hohen Stellenwert besitzen. Drittens ist in Rechnung zu stellen, dass der Körper nicht nur eine recht hohe Toleranz besitzt, was die Ausdehnung seiner Belastungsgrenzen angeht, sondern dass er auch zu (gewissen) Anpassungsleistungen und Umorganisationen fähig ist und – physiologisch gesehen – bestimmte Stressoren braucht, um lebendig zu bleiben und zu wachsen. Mit anderen Worten: Nicht jede Zumutung an den Körper ist – organismisch gesehen – »ungesund«. Eingriffe in den Körper werden jedoch dann ungesund, wenn sie den Körper, die Person, das soziale Miteinander und die Entwicklung lebenswerter gesellschaftlicher Verhältnisse in einer nicht mehr hinnehmbaren Weise schädigen. Dies liegt in meinen Augen dann vor, wenn:

- » das persönliche Gespür für die Eigenlogik des Körperleibes – seiner Bedürfnisse, Möglichkeiten und Grenzen – verloren geht;
- » die soziale Verleihung von Identität, Zugehörigkeit und Anerkennung oberflächlich an körperlichen Merkmalen festgemacht wird und Menschen sich genötigt fühlen, gravierende Eingriffe an ihrem Körper vorzunehmen, um nicht diskriminiert zu werden;
- » sich ein suchthhaft fixierter Lebensstil einstellt, der den Körper zum alleinigen Zentrum des Lebens macht und
- » technologisch induzierte Körperveränderungspraxen dergestalt Raum einnehmen, dass sie die Herrschaft über das Körper-Selbst-Verhältnis gewinnen und dem Einzelnen die Chance rauben, in Kontakt zur eigenen Leiblichkeit zu treten.

Gesunde Lebensverhältnisse lägen vor, wenn die Spür-Antennen für das je eigene leiblich-seelisch-geistige Wohlbefinden kultiviert und in einem selbstbestimmten Sinne genutzt werden können – unabhängig von sozial erzeugten Zwängen und technologisch möglich werdenden »Optimierungen«.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. ANKE ABRAHAM, Universität Marburg, Fachbereich Erziehungswissenschaften (FB 21), Institut für Sportwissenschaft und Motologie, Leitung des Arbeitsbereichs »Psychologie der Bewegung«, Barfüßerstraße 1, 35037 Marburg, E-Mail: anke.abraham@staff.uni-marburg.de



NICOLA DÖRING

Internet, Identität und Gesundheit

Inwiefern sind Identitätsdarstellungen im Internet mit Chancen und Risiken für die Gesundheit verbunden? Systematische Forschungsübersichten zu dieser Fragestellung existieren bislang nicht. Der vorliegende Beitrag greift – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einige zentrale Aspekte heraus.

Identitätsbetrug

Wenn es um Identitäten im Internet geht, denken viele als erstes an Identitätsbetrug: Online ist es wesentlich leichter möglich als offline, eine Scheinidentität anzunehmen und auch über längere Zeit glaubwürdig aufrecht zu erhalten. Opfer einer Identitätstäuschung zu werden, kann sehr negative Gesundheitsfolgen haben. So nutzen zum Beispiel Missbrauchstäterinnen und Missbrauchstäter das Internet, um mithilfe einer vertrauenswürdig erscheinenden Online-Identität sexuelle Online- und / oder Offline-Kontakte mit Minderjährigen anzubahnen (sogenanntes Cybergrooming). Kriminelle Betrüger (-banden) agieren mit attraktiv erscheinenden Online-Identitäten, um Partnersuchende in eine vermeintliche Beziehungsanbahnung zu verstricken und sie finanziell auszunutzen. Die Opfer werden um ihr Geld und um ihre Gefühle betrogen, was Depressivität oder gar Suizidalität nach sich ziehen kann (sogenannter Online Dating Scam / Online Romance Scam). Gesundheitslaien ohne einschlägige Qualifikationen können sich im Internet als Fachleute ausgeben und ihre medizinisch fragwürdigen oder gar schädlichen Produkte und Dienstleistungen vermarkten (sog. Fake Health Gurus).

Glorifizierung pathologischer Identitäten

Neben dem Identitätsbetrug stellt die Glorifizierung pathologischer Identitäten im Internet eine weitere Gesundheitsgefahr dar. Pathologische Identitäten, die im Offline-Leben stigmatisiert sind und deswegen weitgehend verheimlicht werden, können online sichtbar gemacht, normalisiert oder gar glorifiziert werden. Denn der Zugang zur öffentlichen Bühne des Internets ist niedrigschwellig. Die Gesundheitsgefahr wird darin gesehen, dass auf diese Weise krankhafte, selbst- und fremdschädigende Verhaltensweisen verharmlost werden:

Offenbar stellt es kein Tabu mehr dar,

- » sich in Suizid-Foren als suizidal zu zeigen und die eigenen Suizidfantasien und -pläne detailliert darzulegen,
- » die Schnittwunden der eigenen Selbstverletzung in ästhetisierter Weise in sogenannten »Ritzen«-Videos online auszustellen oder
- » die eigene Essstörung im Rahmen der Pro-Ana- (Pro Anorexie) oder Pro-Mia- (Pro Bulimie) Bewegung als Lebensstil zu präsentieren.

Bestärken sich mit solchen pathologischen Selbstdarstellungen die Betroffenen nicht untereinander, in ihrem krankhaften Denken und Handeln zu verharren? Und werden nicht beeinflussbare und gefährdete Dritte durch derartige Online-Selbstdarstellungen zur Nachahmung animiert? Der bisherige Forschungsstand zeigt gemischte Resultate: Einerseits wird eine negative Vorbildwirkung bestätigt. Andererseits wird aber auch hervorgehoben, dass es wichtig ist, über tabuisierte Krankheiten und Identitäten offen zu sprechen. Und dass die Betroffenen ihre Lage eben nicht nur einhellig glorifizieren, sondern sich auch mit der Krankheitsbewältigung befassen. Dass Betroffene mit stigmatisierten Gesundheitsproblemen im Internet sichtbar werden, macht sie zudem besser für Forschung und Interventionen erreichbar, was zur Problemlösung beitragen kann.

Normalisierung marginalisierter Identitäten

Nicht der gesellschaftlichen Norm zu entsprechen und an den gesellschaftlichen Rand gedrängt zu sein (Marginalisierung), kann ein beträchtliches Gesundheitsrisiko darstellen: Wer aufgrund sexueller oder geschlechtlicher Identität, Gesundheitszustand oder Körperbild vom Mainstream abweicht, kann unter Selbstwertproblemen und sozialer Isolation leiden, ist nicht selten Diskriminierung oder gar Gewalt ausgesetzt. Derartigen Benachteiligungen kann nicht zuletzt eine selbstbewusste Identitätsdarstellung im Internet (zum Beispiel auf YouTube, Instagram, Facebook, Twitter, Snapchat), verbunden mit sozialer Gemeinschaftsbildung und politischem Aktivismus entgegenwirken. Gut belegt ist beispielsweise, dass Menschen mit lesbischen, schwulen, bisexuellen oder queeren sexuellen Identitäten durch Rollenmodelle im Internet unterstützt werden, dass Online-Kommunikation bei der Selbstakzeptanz, beim inneren und äußeren Coming-Out hilft. Positive Online-Effekte der De-Marginalisierung und des Empowerment werden seit langem auch beschrieben für Patientinnen, Patienten und Angehörige diverser Krankheiten und Behinderungen. Die normalisierende und solidarische Auseinandersetzung mit marginalisierten Identitäten im Internet birgt neben den Chancen des gesundheitsbezogenen Empowerment, indessen auch Risiken des Disempowerment: Etwa wenn bestimmte nonkonforme Online-Identitätsdarstellungen nicht auf Zuspruch, sondern auf Online-Hass treffen oder wenn sich in Sozialen Medien Online-Aktivismus gegen Minoritäten formiert.

Neue gesundheitsorientierte Identitäten

Insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene gelten als schwer erreichbar für Prävention und Gesundheitsförderung und anfällig für gesundheitliches Risikoverhalten. Vor diesem Hintergrund kann es als Chance betrachtet werden, dass gerade in der Peer-to-Peer-Kommunikation über Soziale Medien Gesundheitsthemen neuerdings stark an Zulauf gewinnen. So stellen sich auf den beliebten Social-Media-Plattformen



YouTube und Instagram junge Männer und Frauen dar, die sich mit einem sogenannten Fitness- oder Wellness-Lifestyle identifizieren: Sie propagieren regelmäßigen Sport, Schlaf, gesunde Ernährung, geregelten Tagesablauf, Verzicht auf Alkohol und Drogen. Die vermehrten Diskussionen unter Jugendlichen über gesunde Lebensweisen und gesundheitsorientierte Identitäten (zum Beispiel als Veganer oder Kraftsportlerin) bergen Präventionspotenziale, aber auch Risiken (zum Beispiel fragwürdige Diäten, Doping). Aktuelle Studien zeigen, dass die Fitness-Vorbilder im Internet von Jugendlichen selbst zwiespältig bewertet werden: Sie fühlen sich durch die attraktiven Rollenmodelle einerseits zu besserem Gesundheitsverhalten inspiriert und motiviert, andererseits aber durch den ständigen sozialen Vergleich und den verstärkten gesundheitsbeziehungswise körperbezogenen Leistungsdruck auch demotiviert.

Fazit

Das Internet als solches fördert weder Gesundheit noch Krankheit. Es hängt maßgeblich von unserer Internet- und Gesundheitskompetenz ab, ob wir mit digitalen Medien unser Wohlbefinden verbessern oder verschlechtern. Gezielte Kompetenzförderung ist deswegen in allen (vor allem in bildungsferneren) Bevölkerungsgruppen vordringlich, etwa um fragwürdige Online-Identitäten erkennen zu können und bei Bedarf nützliche gesundheitsbezogene Online-Rollenmodelle zu finden. Darüber hinaus gilt es, die Sicherheit im Internet zu erhöhen, indem zum Beispiel Online-Betrug und Online-Aggression wirkungsvoller bekämpft und mehr Online-Anlaufstellen für wissenschaftlich fundierte Gesundheitsinformationen geschaffen werden. Dass Online-Identitäten zum Gesundheitsrisiko werden können, erzeugt naturgemäß viel Aufmerksamkeit und Sorge. Die Online-Chancen der Gesundheitsförderung stehen dagegen seltener im Fokus. In der Gesamtbilanz ist davon auszugehen, dass ernst zu nehmende Negativfälle und Probleme existieren, dass aber für die Bevölkerungsmehrheit die positiven Effekte überwiegen. Denn im Zuge der Internetnutzung verbessert sich die Internetkompetenz. Schließlich ist zu beachten, dass auch im Internet-Zeitalter herkömmliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit (Familie, Peers, Massenmedien, Gesundheitswesen, Arbeitsplatz) oftmals dominierend sind.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. NICOLA DÖRING, Technische Universität Ilmenau, Fachgebiet Medienpsychologie und Medienkonzeption, Ehrenbergstraße 29, 98693 Ilmenau, www.nicola-doering.de

30 Jahre Ottawa-Charta

UTE TEICHERT

Gesundheitsdienste neu orientieren – Der ÖGD und die Ottawa-Charta

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist für den Gesundheitsschutz und die Gesundheitsförderung der Bevölkerung in Deutschland von zentraler Bedeutung. Auch bei der Planung regionaler Versorgungskonzepte spielt er eine tragende Rolle. Mit anderen Worten: Ohne den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist unser Gesundheitssystem nicht denkbar. Werden der Stellenwert und die Bedeutung des ÖGD auch in der Öffentlichkeit so wahrgenommen? Die Eine oder der Andere wird sich vielleicht noch erinnern, als Kind in den Sechzigerjahren in Reihenimpfungen vor dem örtlichen Gesundheitsamt gegen Pocken geimpft worden zu sein. Mitarbeitende des Öffentlichen Dienst müssen gelegentlich zu Einstellungsuntersuchungen oder aufgrund anderer Fragestellungen zum Gesundheitsamt gehen. Den konkretesten Bezug haben noch Eltern von schulpflichtigen Kindern, da es sich bei der Schulingangsuntersuchung in Deutschland um die einzige Pflichtuntersuchung handelt.

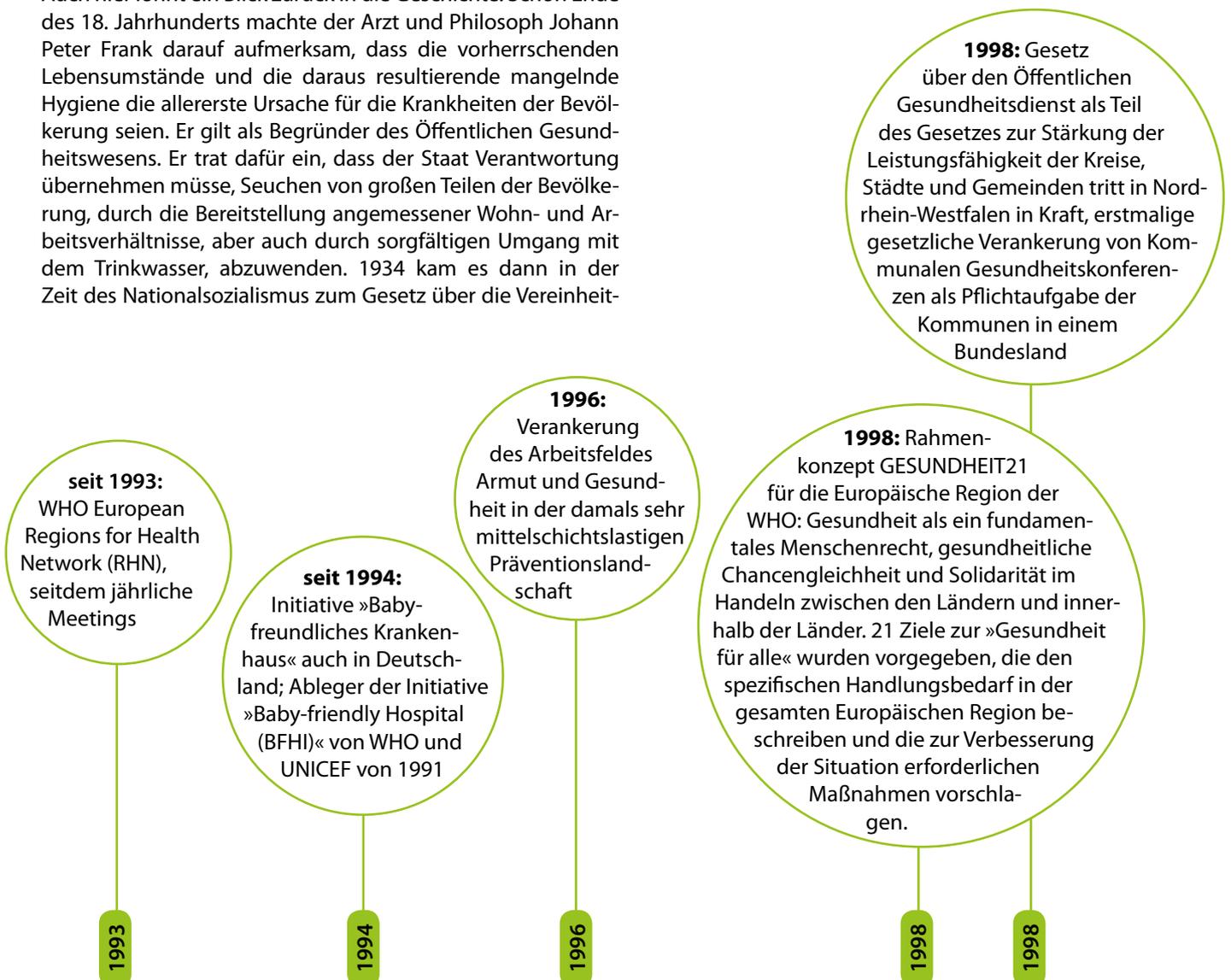
Entwicklungsschritte des ÖGD

Auch hier lohnt ein Blick zurück in die Geschichte. Schon Ende des 18. Jahrhunderts machte der Arzt und Philosoph Johann Peter Frank darauf aufmerksam, dass die vorherrschenden Lebensumstände und die daraus resultierende mangelnde Hygiene die allererste Ursache für die Krankheiten der Bevölkerung seien. Er gilt als Begründer des Öffentlichen Gesundheitswesens. Er trat dafür ein, dass der Staat Verantwortung übernehmen müsse, Seuchen von großen Teilen der Bevölkerung, durch die Bereitstellung angemessener Wohn- und Arbeitsverhältnisse, aber auch durch sorgfältigen Umgang mit dem Trinkwasser, abzuwenden. 1934 kam es dann in der Zeit des Nationalsozialismus zum Gesetz über die Vereinheit-

lichung des Gesundheitswesens, in dem die Organisation und Durchführung von staatlicher Gesundheitsaufsicht sowie kommunaler Gesundheitsfürsorge auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte zusammengefasst wurde. Es hat mehrere Jahrzehnte gedauert, bis in ganz Deutschland dieses Gesetz durch die Landesgesetze über den ÖGD abgelöst wurde. Diese bilden heute in den einzelnen Bundesländern die rechtlichen Grundlagen für den ÖGD – in Verbindung mit bundeseinheitlichen Gesetzen und Verordnungen, wie das Infektionsschutzgesetz und die Trinkwasserverordnung.

Wandel im Aufgabenspektrum

Seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung Mitte der 80er Jahre hat sich auch ein Wandel im Aufgabenspektrum der Gesundheitsämter vollzogen. Die Entwicklung verlief dabei von einer Kontrollbehörde für Hygieneaufsicht bis zum heutigen regionalen Service- und Dienstleister mit aufsuchenden Gesundheitshilfen. Insbesondere in den 90er Jahren rückten umweltmedizinische Fragestellungen verstärkt in den Vordergrund. Über viele Jahre gelang es, die Gesundheitsämter über umweltmedizinische Beratungsstellen mit neuen Themen wie Mobilfunk, Elektrosmog oder multiplen chemischen Erkrankungen zu besetzen. Zu Beginn



des 21. Jahrhundert waren dann übertragbare Erkrankungen wieder auf dem Vormarsch. Erst Pocken, dann SARS, Schweine- und Vogelgrippe, EHEC und zuletzt Ebola rückten den ÖGD, auch im Sinne des Katastrophenschutzes, in ein anderes öffentliches Licht. Hierzu zählt auch die Masernepidemie, durch die Anfang des vergangenen Jahres Lücken im Impfschutz offenkundig wurden.

Interessensneutral und am Gemeinwohl orientiert

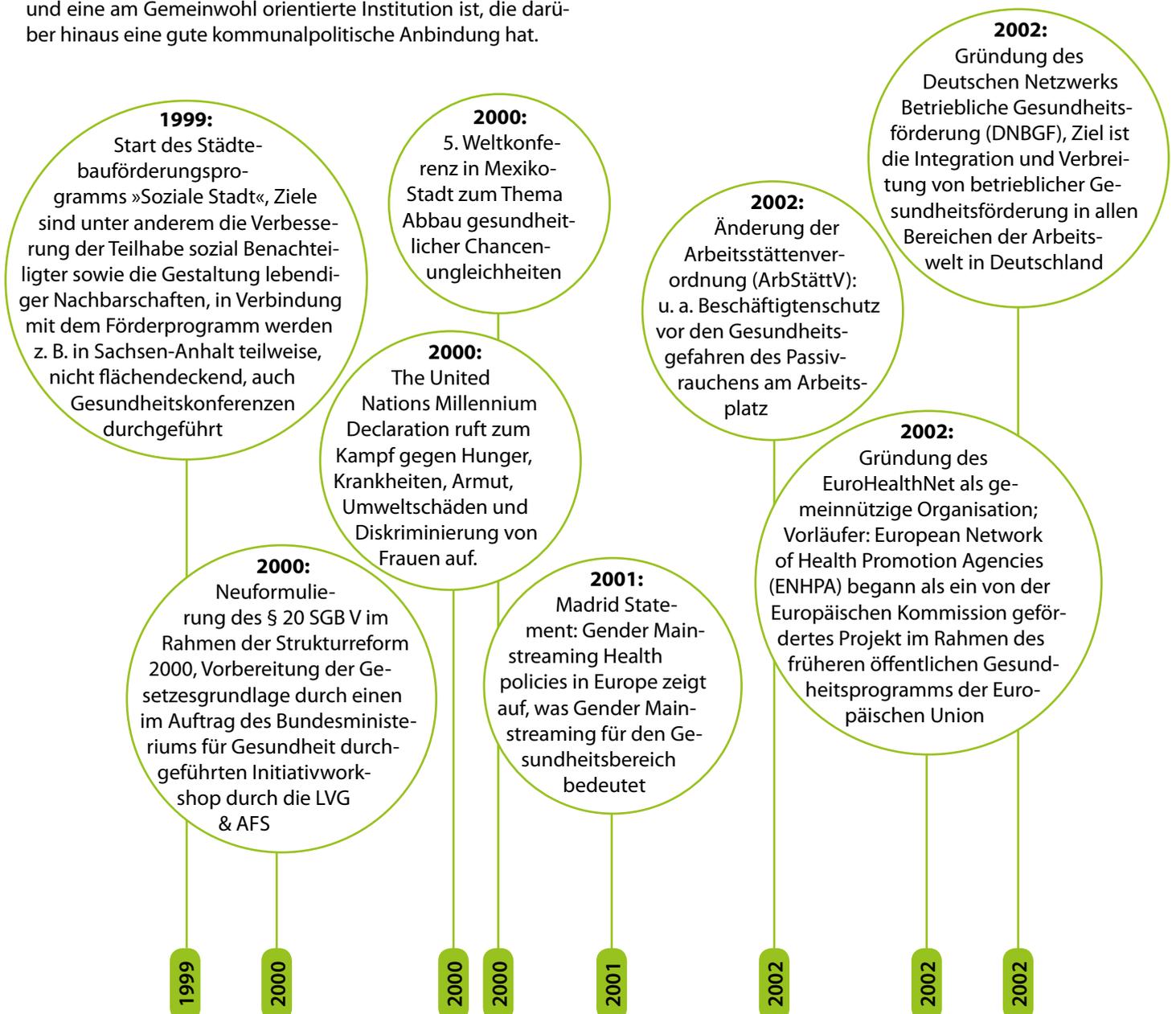
Die Vermeidung von Erkrankungen und die Förderung der Gesundheit gehören zu den originären Arbeitsfeldern des ÖGD. Dabei ist der ÖGD für ein großes Themenspektrum mit einer erheblichen Spannweite zuständig: Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsberichterstattung rangieren gleichwertig neben Hygiene, Seuchenbekämpfung, amtsärztlichen Gutachten und jugendärztlichen Aufgaben wie Schuluntersuchungen und Zahngesundheit. Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat die Stärke, sich in gesundheitsfördernde Projekte einbringen zu können, da er einerseits hohe fachliche Anerkennung durch die langjährige Arbeit in den verschiedenen Bereichen hat und andererseits eine interessensneutrale und eine am Gemeinwohl orientierte Institution ist, die darüber hinaus eine gute kommunalpolitische Anbindung hat.

Regionale Vernetzung und Settingarbeit

Seine weitere wesentliche Stärke ist die Netzwerkarbeit, die sich auch in den kommunalen Gesundheitskonferenzen zu verschiedenen Themen ausdrückt. Und genau hier schließt sich der Bogen wieder. Auch in der Ottawa-Charta spielt der Gesichtspunkt der Vermittlung, Vernetzung und Koordinierung der Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort eine ganz wesentliche und entscheidende Rolle. Nutzen wir also die Chance, die sich dort bietet. Auf regionaler Ebene gibt es keine vergleichbare Institution mit diesen Handlungsfeldern, die gesundheitsfördernde präventive Projekte im Settingansatz durchführen könnte.

Literatur bei der Verfasserin

DR. MED. UTE TEICHERT, MPH, Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen, Leiterin der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Kanzlerstraße 4, 40472 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 3 10 96-20, E-Mail: teichert@akademie-oegw.de



MAREN PREUSS, BIRGIT WOLFF

Förderprogramm »Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum«

Wie allgemein bekannt, führt die Veränderung der Altersstruktur schon gegenwärtig zu einer enormen Steigerung der Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen. Allein in Niedersachsen hat sich die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger dieser Leistungsform seit dem Jahr 1999 von etwa 70.000 auf mehr als 100.000 Personen im Jahr 2013 vergrößert. Gleichzeitig ist die Zahl junger Menschen rückläufig, die die Versorgung in den ambulanten Diensten übernehmen können. Für die ambulante Pflege hat diese Situation schwerwiegende Folgen. Hier bestehen bereits erhebliche Lücken im Personalbereich. Die häufig unzureichende Vergütungshöhe, geteilte Dienste, die große Bedeutung von Teilzeitarbeit und die Arbeitsverdichtung verschärfen den Personalmangel zusätzlich. Insbesondere in vielen ländlichen Regionen Niedersachsens erfährt diese Situation eine besondere Zuspitzung, da die Folgen des demografischen Wandels hier häufig besonders stark zum Tragen kommen und ambulante Pflegedienste unter anderem auch aufgrund längerer Fahrzeiten zu den Kundinnen und Kunden einem großen Kostendruck ausgesetzt sind.

Programmziel und mögliche Maßnahmen

Um auch in ländlichen Regionen Niedersachsens eine auskömmliche Versorgung mit ambulanten Pflegediensten sicherzustellen, hat die Niedersächsische Landesregierung zum 01. Juli 2016 das Förderprogramm »Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum« aufgelegt. Es zielt darauf ab, die Arbeits- und Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege in diesen Regionen Niedersachsens zu verbessern. Das Förderprogramm hat zunächst eine Laufzeit von drei Jahren. Jährlich stehen etwa 6,3 Millionen Euro zur Verfügung. Mit der Förderung sollen für ambulante Pflegedienste Anreize geschaffen werden, zusätzlich (»on top«) Maßnahmen zu initiieren, die nicht schon durch die Vergütung der ambulanten Pflegedienste abgedeckt sind und keinen Ersatz für die Finanzierungspflichten der Kranken- und Pflegekassen darstellen. Förderfähig sind insbesondere Projekte in den folgenden Schwerpunktbereichen:

- » Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen (zum Beispiel Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten, Entwicklung arbeitnehmerfreundlicher Arbeitszeitmodelle, Maßnahmen zur Verbesserung des Führungsverhaltens)
- » Kooperation und Vernetzung (zum Beispiel die Implementierung von sektorenübergreifenden Versorgungs- und Qualifizierungskonzepten)
- » Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie (zum Beispiel betriebliche Informations- und Beratungsangebote zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Beteiligung an Auditierungsverfahren, Erprobung von Betreuungsangeboten für die Kinder oder pflegebedürftigen Angehörigen der Beschäftigten)
- » Einführung von technischen und EDV-gestützten Systemen (zum Beispiel die Einführung EDV-gestützter Dokumentationssysteme)



Die ergriffenen Maßnahmen sollen auf Dauer angelegte und über den Förderzeitraum hinaus wirksame, strukturelle Veränderungen der Arbeits- und Rahmenbedingungen in den ambulanten Pflegediensten mit sich bringen. Die Förderung erfolgt im Rahmen einer Vollfinanzierung im Einzelfall in der Höhe von bis zu 45.000 Euro pro Jahr und Zuwendungsempfängerin oder Zuwendungsempfänger.

Voraussetzungen für eine Förderung und Beratungsangebote

Antragsberechtigt sind Träger von ambulanten Pflegediensten mit Sitz in Niedersachsen, die einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben, deren Mehrheit der Pflegestandorte im ländlichen Raum liegt und die ihre Pflegefachkräfte und gelernten Pflegehilfskräfte entweder tarifgebunden oder tarifgerecht entlohnen. Maßnahmen von kleinsten (bis zu 10 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) und kleinen (10 bis 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) Pflegediensten sollen vorrangig gefördert werden. Interessierten und Antragstellenden wird während des gesamten Förderzeitraums Unterstützung angeboten. Bei fachlichen Fragen berät das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Für die Beantwortung zuwendungsrechtlicher Fragen ist das Landesamt für Soziales, Jugend und Familie zuständig.

Informationen zum Förderprogramm finden Sie unter http://www.soziales.niedersachsen.de/startseite/soziales_gesundheit/gesundheits_und_pflege/staerkung_ambulanten_pflege_im_laendlichen_raum/staerkung-der-ambulanten-pflege-im-laendlichen-raum-144858.html

DR. MAREN PREUSS, BIRGIT WOLFF, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Gustav-Bratke-Allee 2, 30159 Hannover

ANTJE RICHTER-KORNWEITZ, STEPHANIE SCHLUCK

Projektstart »Präventionsketten in Niedersachsen – Gesund aufwachsen für alle Kinder!«

In Niedersachsen wächst mehr als jedes sechste Kind zwischen 0 und 10 Jahren (17,8 Prozent) im SGB II-Bezug auf. Die Einkommenslage ihrer Familien bestimmt ihre Gesundheits- und Bildungschancen, ihre Chancen auf soziokulturelle Teilhabe, Unterstützung und Förderung. Wie kann ein gesundes Aufwachsen auch und gerade für jene gewährleistet sein, die

schwierige und benachteiligende Lebensbedingungen zu bewältigen haben? Integrierte kommunale Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention oder auch – kurzgefasst und plakativ – »Präventionsketten« bieten Antworten auf diese Frage. Sie zielen auf die Zusammenführung von kommunalen Aktivitäten für Heranwachsende und ihre Familien über die verschiedenen Altersgruppen und Lebensphasen hinweg. Präventionsketten umfassen Angebote, Maßnahmen sowie Netzwerke zur Förderung, Unterstützung, Beratung, Bildung, Betreuung, Partizipation und zum Kinderschutz. Kindern, Jugendlichen und Familien aller Bevölkerungsgruppen – vor allem aber jenen, die schwierige oder benachteiligende Lebensbedingungen zu bewältigen haben – soll damit der Zugang zu Angeboten erleichtert werden. Ziel ist, umfassende Lebens- und Teilhabechancen zu eröffnen und individuelle, familiäre und soziale Eigenressourcen zu stärken. So soll dem divergenten Bedarf entsprochen und Chancengleichheit gefördert werden. Aufbauend auf der Analyse des Bedarfs und der Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien, sollen Ressourcen genutzt und Versorgungslücken identifiziert und geschlossen werden.

Präventionsketten sind auf Strukturbildung in Kommunen ausgerichtet. Sie verfolgen einen intersektoralen und interprofessionellen Ansatz. Sie führen Akteurinnen und Akteure, Angebote und Aktivitäten aus unterschiedlichen Handlungsfeldern, Ebenen und Ressorts zusammen und bündeln vorhandene Ressourcen. Über den kontinuierlichen, übergreifenden Austausch wird zwischen den verschiedenen fachlichen und institutionellen Orientierungen, gesetzlichen Grundlagen und der jeweils zugehörigen Denk- und Handlungslogik vermittelt. Merkmale einer Präventionskette sind Lebenslaufperspektive und die Orientierung an Praxisfeldern entlang des Lebensverlaufs von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Aus dem jeweiligen Feld werden alle Akteure und Institutionen einbezogen, die zu einem Aufwachsen im Wohlergehen beitragen können. Ein Fokus liegt dabei auf der Sicherung der Übergänge zwischen Angeboten, Institutionen und Settings. Ein weiteres wesentliches Merkmal dieses Strukturansatzes ist die Kindzentriertheit. Gemeint ist, nicht in Zuständigkeiten oder aus einer Angebotsperspektive heraus, sondern »vom Kind her« zu denken. Dies beinhaltet, die Bedürfnisse von Kindern je nach Lebenslage und Lebensphase zu beachten, orientiert an der Frage »Was braucht das Kind?«. In engem Zusammenhang dazu stehen umfassende partizipative Orientierung und explizite Lebensweltorientierung bei der Sichtung und Entwicklung von Angeboten.

Das Projekt »Präventionsketten in Niedersachsen – Gesund aufwachsen für alle Kinder!«

Durch das kürzlich gestartete Projekt »Präventionsketten in Niedersachsen – Gesund aufwachsen für alle Kinder!« soll der Auf- und Ausbau von integrierten kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention (»Präventionsketten«) in bis zu 38 niedersächsischen Kommunen gefördert werden. Auf der Auftaktveranstaltung, die am 25. August 2016 in Hannover stattfand, wurden die Projektbedingungen bei hohem Interesse der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Ziel des niedersächsischen Projektes ist, die umfassende Teilhabe von Kindern bis zum Alter von zehn Jahren, unabhängig von ihrer sozialen Herkunft, an den Angeboten und Maßnahmen öf-

fentlicher Institutionen, freier Träger und Initiativen zu fördern sowie ihr Aufwachsen im Wohlbefinden zu unterstützen. Im Mittelpunkt stehen dabei insbesondere die Altersgruppen ab dem Übergang in die Kindertagesbetreuung bis zum Ende der Grundschulzeit.

Das Projekt wird von der LVG & AFS durchgeführt. Es wird durch die Auridis Stiftung gefördert und steht unter der Schirmherrschaft der Niedersächsischen Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Die beteiligten Kommunen erhalten eine finanzielle Förderung, die die anteilige Förderung einer Personalstelle für die Koordination der Präventionskette umfasst, die auf der Planungs-/Steuerungsebene der zuständigen Stelle angesiedelt ist. In geringem Umfang beinhaltet dies auch Kosten für Personal oder Honorarkräfte beispielsweise für Moderations- oder Beratungsleistungen sowie Vortragstätigkeiten bei Fortbildungen, Fachveranstaltungen und Arbeitsgruppentreffen im Rahmen dieser Koordinierungstätigkeit. Antragsberechtigt sind die Jugendämter, Gesundheitsämter sowie andere Stellen der niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte nach vorheriger Absprache. Die beteiligten Kommunen erhalten über die gesamte Laufzeit durch die LVG & AFS eine umfassende Beratung und Begleitung in Fragen, die den Aufbau von Präventionsketten betreffen. Außerdem werden Möglichkeiten zur intensiven Weiterbildung und zum interkommunalen Austausch geboten.

Das Projekt hat eine Gesamtlaufzeit von sechseinhalb Jahren und endet am 31. Dezember 2022. Bis zu zehn Kommunen können bereits zu Jahresbeginn 2017 starten. In den drei Folgejahren können sich pro Jahr jeweils bis zu zehn weitere Kommunen am Projekt beteiligen.

Literatur bei den Verfasserinnen
Anschrift siehe Impressum

CHRISTA BÖHME, BETTINA REIMANN

Bundeswettbewerb »Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil«

Erfolgreicher Wettbewerb durchgeführt

Wie gehen Städte und Gemeinden das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen an? Wie wird es kommunal verankert? Welche Akteurinnen und Akteure sind involviert? Welche Maßnahmen sind erfolgreich? Hierüber genauere Erkenntnisse zu gewinnen und darüber hinaus kommunale Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen stärker als bislang in die Öffentlichkeit zu rücken, war Anliegen eines Wettbewerbs der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Unter dem Titel »Gesund älter werden in der Kommune« wurde der Wettbewerb in den Jahren 2015/2016 im Programm »Älter werden in Balance« erstmalig und mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführt. Als Schwerpunktthema wurde die Bewegungs- und Mobilitätsförderung bei älteren Menschen gewählt. Der Wettbewerb ist auf eine breite Beteiligung gestoßen. Insgesamt wurden 94 Beiträge von Städten, Gemeinden und Landkreisen aus dem gesamten Bundesgebiet eingereicht.



Hohes Niveau der Beiträge

Die Wettbewerbsergebnisse verdeutlichen, dass mit der Ausrichtung auf Bewegungs- und Mobilitätsförderung bei älteren Menschen ein Thema gewählt wurde, dessen Ausgestaltung auf vielfältige Weise durch Kommunen beeinflusst wird. Die Beiträge illustrieren, dass die Bewegungs- und Mobilitätsförderung älterer Menschen bedarfsorientiert ausgerichtet ist und hierfür insbesondere in den großen Städten datengestützte Bedarfsanalysen erstellt werden. Die darauf aufbauende konzeptionelle Arbeit ist allerdings vielerorts noch ausbaufähig, insbesondere was die Einbettung in gesamtstädtische oder landkreisweite Konzepte betrifft. Hinsichtlich der Zielgruppen lassen die Wettbewerbsbeiträge eine Fokussierung auf die Gruppe der über 65- bis 80-Jährigen erkennen; die Gruppen der »jungen Alten« und der »Hochbetagten« sind ebenfalls relevant, aber etwas nachgeordnet. Eine Reihe von Projekten richtet sich an Demenzbetroffene. Viele der Beiträge sind inhaltlich auf Bewegungsförderung ausgelegt: Bewegungsparcours und Stadtteilspaziergänge, Sport- und Bewegungsgruppen sowie Maßnahmen zur Sturzprävention stehen dabei im Vordergrund. Demgegenüber sind Beiträge zur Mobilitätsförderung – beispielsweise Mobilitätsdienste oder ein verbessertes Angebot des Öffentlichen Personennahverkehrs – in der Minderheit. Beteiligung und Ehrenamt sind fester Bestandteil nahezu aller Beiträge und für die nachhaltige Wirkung und den Erfolg der Maßnahmen unerlässlich.

Dötlingen gewinnt den 1. Preis in der Gruppe der kreisangehörigen Städte und Gemeinden

Eine Jury aus Wissenschaft und Praxis ermittelte aus den Wettbewerbsbeiträgen die neun Preisträger. Für die prämierten Wettbewerbsbeiträge stellte die BZgA ein Preisgeld in Höhe von insgesamt 60.000 Euro zur Verfügung. Für die Gruppe der kreisfreien Städte wurden die Stadt Köln (Platz 1), die Landeshauptstadt Stuttgart (Platz 2) und mit zwei dritten Plätzen die Landeshauptstadt Dresden und die Stadt Heidelberg ausgezeichnet. Für die Gruppe der kreisangehörigen Städte und Gemeinden erlangte die Gemeinde Dötlingen den ersten Platz, die Stadt Gladbeck Platz 2 und die Stadt Rödental den dritten Platz. Für die Gruppe der Landkreise wurden der Landkreis Havelland (Platz 1) und der Kreis Euskirchen (Platz 2) ausgezeichnet. Die niedersächsische Gemeinde Dötlingen im Landkreis Oldenburg wurde für ihr Konzept »Wi helpt di – Wir für unsere Zukunft in Dötlingen« ausgezeichnet. Im Mittelpunkt steht

ein Arbeitskreis aus ca. 50 Bürgerinnen und Bürgern, der zu den Themen »Wohnen und Leben im Alter in der Gemeinde Dötlingen« verschiedene Projekte und Maßnahmen erarbeitete. Daraus entstanden ist das Konzept »Wi helpt di« mit den drei Säulen: Nachbarschaft leben, Wohnen gestalten, Pflege organisieren. Die Umsetzung erfolgt durch einen Verein und eine Genossenschaft. Unterstützt werden sie dabei durch eine von der Gemeinde eingestellte Halbtagskraft. Damit zeigt Dötlingen eindrucksvoll, wie der Umgang mit den Folgen des demografischen Wandels für kleine Gemeinden mit einer schrumpfenden und alternden Bevölkerung erfolgreich und proaktiv angegangen werden kann. Die Gemeinde organisierte in vorbildlicher Weise einen breiten Beteiligungsprozess (Bürgerschaft, Politik, Verwaltung, Vereine, Einrichtungen), der im Ergebnis in ein Entwicklungskonzept mündete. Zentrales Element des Konzepts ist das bürgerschaftliche Engagement. Zudem werden in Dötlingen Bewegungs- und Mobilitätsförderung in vorbildlicher Weise mit der Förderung sozialer Kontakte verknüpft. Der Platz 1 zeigt: Das ist ausgezeichnete kommunale Arbeit, von der möglichst viele andere Kommunen lernen sollten.

Weiterführende Informationen:

www.wettbewerb-aelter-werden-in-balance.de

CHRISTA BÖHME, DR. BETTINA REIMANN, Deutsches Institut für Urbanistik,
Zimmerstraße 13–15, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 390 01-2 91,
E-Mail: reimann@difu.de, boehme@difu.de

STEFAN NÖST, KAYVAN BOZORGMIEHR

Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen

Über den Gesundheitszustand und die Versorgungsbedarfe von Asylsuchenden gibt es nur wenig verlässliche Erkenntnisse. Medizinischer Bedarf besteht oftmals in primärmedizinischer Form. Die verfügbaren Studien zum Gesundheitszustand aus den letzten 25 Jahren weisen dagegen vor allem einen klassisch »seuchenhygienischen« Blick auf. Posttraumatische Belastungsstörungen und Depressionen stellen eine spezifische Krankheitslast Asylsuchender dar. Insgesamt betrachtet besteht hinsichtlich der Gesundheits- und Versorgungssituation Asylsuchender dringend Forschungsbedarf in den Bereichen:

- » chronische (nicht-infektiöse, körperliche) Erkrankungen
- » Schwangerschaft, Wochenbett und Geburt
- » pädiatrische Versorgung
- » Zahngesundheit

Herausforderungen

Folgende Problemfelder können auf Grundlage einer bundesweiten und durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geförderten Befragung von Gesundheitsämtern zusammengefasst werden. Die Gesundheitsuntersuchung nach §62 AsylG wird aufgrund der Übertragung der Zuständigkeit an die Länder äußerst unterschiedlich umgesetzt, überraschenderweise auch innerhalb der Bundesländer. Die Effektivität des Infektions-Screening wird oft infrage gestellt, die Grenzen zwischen bevölkerungsmedizinischen Maßnahmen und individualmedizinischer Versorgung sind diffus. Beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung bestehen

für Asylsuchende mehrere Hürden. Die gesetzlichen Leistungseinschränkungen sowie auch kontextuelle Faktoren (wie interkulturelle Unterschiede oder nicht vorhandene Gesundheitssystemkompetenz seitens der Asylsuchenden) wirken als Zugangsbarrieren. Vielerorts steht dem spezifischen Bedarf von Asylsuchenden – insbesondere im psychosozialen Bereich – kein entsprechendes Versorgungsangebot gegenüber. Hinsichtlich der vielen unterschiedlichen Sprachen sind Kommunikationsprobleme sehr häufig. Die Ansätze zur Sprachmittlung sind sehr vielfältig. Oft wird auf Laien-Dolmetschende zurückgegriffen, was aus interkultureller Perspektive und aus Datenschutzgründen nicht immer unproblematisch ist. Ein großer Bedarf an professioneller Sprachmittlung besteht dagegen bei komplexen, individualmedizinischen Behandlungen. Die intersektorale Informationsweitergabe stellt eine große Herausforderung dar. Zwischen den unterschiedlichen Versorgungsinstitutionen in sehr vielfältigen Unterbringungssituationen bestehen – mit Ausnahme der meldepflichtigen Infektionskrankheiten – selten standardisierte Kommunikationspfade. Ansätze zur Verminderung dieses Problems werden lokal oder regional erarbeitet. Oftmals beruhen diese Lösungen allerdings auf einem persönlichen Netzwerk der Versorgenden, das sich im Verlauf entwickelt hat, jedoch nicht immer nachhaltig ist.

Prioritärer Handlungsbedarf

Diese Problemfelder bringen – aus Sicht der Versorgungsforschung – vor allem folgenden prioritären Handlungsbedarf mit sich:

- » Standardisierung der Gesundheitserstuntersuchung anhand evidenzbasierter Maßnahmen
- » Niedrigschwelliger Zugang und Abbau von Zugangshindernissen
- » Abbau von Kommunikationsbarrieren und Förderung der Sprachmittlung
- » Einheitliche Dokumentation und Informationsweitergabe über Einrichtungen hinweg

Prioritäres Ziel ist dabei die Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung im Zusammenspiel von Bevölkerungs- und Individualmedizin, ausgehend von der akuten Aufnahmesituation bis hin in die ambulante Regelversorgung in den Gemeinden. Um diese Herausforderungen systematisch anzugehen, sind weitere Studien, eine verbesserte epidemiologische Surveillance sowie die Diskussion von Konzepten zur Qualitätssicherung dringend notwendig. Gleichsam sollte ein Paradigmenwechsel angestoßen werden: Der »seuchenhygienische« Fokus auf Gesundheit und Versorgung von Asylsuchenden sollte durch eine wirksame primärmedizinische und präventive Ausrichtung ersetzt werden, bei der Infektionskontrolle ein Thema, nicht das Thema ist. Vieles deutet auch darauf hin, dass sich eine gesundheitsförderliche Verbesserung der Unterbringungs- und Lebensverhältnisse in einer besseren Gesundheit niederschlagen würde. Der Öffentliche Gesundheitsdienst könnte in Bezug auf diesen Ausblick eine tragende Rolle einnehmen.

Weiterführende Informationen erhalten Sie unter folgendem Link:

<http://tinyurl.com/j4yuzmd>

STEFAN NÖST, DR. KAYVAN BOZORGMEHR, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Marsilius Arkaden, Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg, E-Mail: stefan.noest@med.uni-heidelberg.de



HENNING FIETZ, KNUT TIELKING, HAUKE WALD

Kommunale Suchtprävention und Gesundheitsförderung

Mit vereinten Kräften zum gemeinsamen Ziel

Kommunale Suchtprävention und Gesundheitsförderung haben seit jeher ein gemeinsames Ziel: Ein optimaler »Gesundheitsgewinn« in Kommunen inklusive ihrer Bürgerinnen und Bürger. Doch wie kann deutlich werden, dass Suchtprävention und Gesundheitsförderung als gemeinsame Aufgabe in den unterschiedlichen Settings im Sinne entwicklungsbegleitender Angebote zu organisieren sind, damit überhaupt ein bestmöglicher Gesundheitsgewinn erreicht werden kann?

Entwicklungsbegleitende Angebote im kommunalen Raum

Entwicklungsbegleitende Angebote im kommunalen Raum meinen in einem ganzheitlichen Verständnis Betreuungs-, Begegnungs- und Informations- sowie Beratungs- und Bildungsangebote an alle Menschen jeden Alters. Kommunale Gesundheitsförderung als entwicklungsbegleitendes Angebot kann somit vielfältige Facetten abdecken, bezieht man die kommunalen Aktivitäten auf andere Settings, wie Schule, Kindergärten und Stadtteile, mit ein. Ob die Settings allerdings gesundheitsfördernd und / oder suchtpreventiv genutzt und gestaltet werden, hängt insbesondere von Impulsen der kommunalen Entscheidungsträgerinnen und -träger ab.

Kommunale Suchtprävention und Gesundheitsförderung

Mit Blick auf die Abgrenzung von Gesundheitsförderung und Prävention wird grundsätzlich deutlich, dass beide Maßnahmen einen Gesundheitsgewinn erzielen wollen, jedoch mit jeweils unterschiedlichen Strategien. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention stehen demnach in einem Ergänzungsverhältnis. In der Stringenz bedeutet dies, dass der gemeinsame Nenner Gesundheitsgewinn erst dann optimal erreicht werden kann, wenn Suchtprävention und Gesundheitsförderung zusammen und unter passendem Label umgesetzt werden. Allerdings sind kommunale Projekte oftmals Mehrkomponentenprojekte, die einen kommunalen Anteil haben, mit kommunalen Schlüsselpersonen initiiert werden und deren Evaluation oft als Ganzes erfolgt. Das heißt, eine

systematische Umsetzung von bestenfalls schon vernetzten suchtpreventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten, die schon entwicklungsbegleitend und konzeptionskonform zusammenarbeiten, sind selten zu finden. Ein Positivbeispiel ist hier die Stadt Delmenhorst. »Zur Verbesserung der Situation benachteiligter Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien installierte die Stadt Delmenhorst im Jahr 2007 die »Delmenhorster Präventionsbausteine«. Mit diesem Modell – eine interdisziplinär vernetzte Konzeption – werden aus dem Setting Kommune die gesundheitsfördernden / präventiven Angebote der gesamten Jugendhilfe abgestimmt und gebündelt. Die Kooperation von den an Erziehung, Bildung, Beratung und Betreuung beteiligten Akteurinnen und Akteuren führt somit zu einer Verzahnung und Vernetzung von vorhandenen Präventionsangeboten und -maßnahmen in Delmenhorst. Dies wurde 2015 noch ergänzt, indem ein kommunales Konzept »SUCHTPRÄVENTION & (FRÜH-)INTERVENTION AN DELMENHORSTER SCHULEN. Suchtpreventionskonzept und Leitfaden zum Umgang mit illegalen Drogen an der Schule« erarbeitet und veröffentlicht wurde. Als Bedarfsanalyse der schulischen Suchtprevention führt das Aktionsbündnis »Riskanter Konsum« seit 2009 in regelmäßigen Abständen Befragungen von Schülerinnen und Schülern zum »riskanten Konsum der Jugendlichen« in Delmenhorst durch.

Fazit

Fest steht: Die Kombination von Suchtprevention und Gesundheitsförderung birgt ein enormes Potenzial um eine gesunde Kommune zu fördern, zumal Ganzheitlichkeit für kommunale Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle spielt. Fest steht indes aber auch, dass in vielen Kommunen bereits verschiedenste Institutionen und Organisationen Maßnahmen der Suchtprevention und Gesundheitsförderung anbieten und durchführen. Diese laufen jedoch häufig als Einzelmaßnahmen ohne Kooperationsabsprachen nebeneinander und sind selten strategisch in ein kommunales Konzept eingebettet. Als Handlungskonsequenz lässt sich ableiten, dass die Kommunen im Hinblick auf die Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren, Zielgruppen, Bedarfen und Settings der Präventionslandschaft, strategische Konzepte kommunaler Suchtprevention und Gesundheitsförderung benötigen, um diese für die jeweilige Kommune spezifischen Angebote und Kooperationen zu systematisieren. Um ein solches Konzept zu entwickeln und wiederum verlässlich und nachhaltig umzusetzen, brauchen die Kommunen einen Lenkungsreis (Präventionsrat), der wiederum über hinreichende Ressourcen und Einfluss verfügt. Gelingt es dem Präventionsrat, über die Belange einzelner Präventionsakteure hinweg, systematische und nachhaltige Entscheidungen zu treffen, kann dieser mit vereinten Kräften von Suchtprevention und Gesundheitsförderung einen bestmöglichen Gesundheitsgewinn in die Lebenswelt der Kommune hineinbringen.

Literatur bei den Verfassern

PROF. DR. KNUT TIELKING, HAUKE WALD, M.A., Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule Emden/Leer, Constantia-Platz 4, 26723 Emden, E-Mail: hauke.wald@hs-empden-leer.de, www.hs-empden-leer.de
HENNING FIETZ, M.A., Fachstelle für Suchtprevention und Gesundheitsförderung c/o Anonyme Drogenberatung, Scheunebergstraße 41, 27749 Delmenhorst, E-Mail: info@riskanter-konsum.de, www.riskanter-konsum.de

Kommunales



MAREN PREUSS, BIRGIT WOLFF

Niedersächsischer Landespflegebericht 2015

Der Landespflegebericht 2015 steht zum Download bereit. Er basiert im Wesentlichen auf den Daten der Pflegestatistik 2013 und umfasst die Themenkomplexe »Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und Stand der pflegerischen Versorgung« sowie »Maßnahmen und Empfehlungen zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstrukturen an die notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen«.

Versorgungs- und Beratungsangebote für Pflegebedürftige in Niedersachsen

Etwa 70 Prozent der 288.296 Pflegebedürftigen in Niedersachsen (zuzüglich knapp 10.000 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) werden in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Eine wichtige Rolle übernehmen hierbei Angehörige. Aber auch die 1.231 niedersachsenweit bestehenden ambulanten Pflegedienste leisten die Betreuung, wobei in diesem Versorgungssegment deutliche Kapazitätsausweitungen stattgefunden haben. Sorge bereiten hier Versorgungslücken, die durch den sich abzeichnenden Fachkräftemangel insbesondere in ländlichen Gebieten entstehen. Häuslich versorgte Pflegebedürftige verfügen über die Möglichkeit, auf Angebote der Tages- und Nachtpflege zurückzugreifen. Die umfassende Ausweitung des Tagespflegeangebotes durch die Leistungsverbesserungen im Zuge der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes stellt eine der prägnantesten Entwicklungen der letzten Jahre dar: Die Zahl der verfügbaren Plätze liegt im Jahr 2013 bei 6.414 Plätzen und hat sich seit 2007 mehr als vervierfacht. Ebenfalls deutliche Kapazitätsausweitungen lassen sich auch bei den verfügbaren niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen (NBEA) nach § 45b SGB XI feststellen. Insbesondere in einigen ländlichen Räumen ist die Anzahl der anerkannten NBEA jedoch noch gering und ein wohnortnahes Angebot somit nicht gewährleistet.

Von einer niedersachsenweit flächendeckenden Versorgungslage kann demgegenüber bei der vollstationären Dauerpflege ausgegangen werden: Ende des Jahres 2013 existierten 1.778 Pflegeheime mit zusammen 107.618 Pflegeplätzen, die jedoch nur zu 87 Prozent ausgelastet waren. Damit die verfügbaren Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch genommen werden, ist das Bestehen eines tragfähigen Pflegeberatungsangebots eine Voraussetzung. In Niedersachsen erfüllen in diesem Zusammenhang die 45 Senioren- und Pflegestützpunkte wichtige Aufgaben. Dem Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung im Sinne eines individuellen Fallmanagements kommen die Pflegekassen zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch sehr uneinheitlich nach.

Personalsituation

Ende des Jahres 2013 arbeiteten insgesamt 112.399 Personen in den niedersächsischen Langzeitpflegeeinrichtungen, wobei 28,6 Prozent auf ambulante Dienste und 71,7 Prozent auf stationäre Einrichtungen entfielen. Im Vergleich zum Jahr 2007 hat sich diese Anzahl um 23.397 Personen erhöht. 33,9 Prozent aller in den Einrichtungen Tätigen sind Pflegefachkräfte. Angesichts der prognostizierten Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen müssten im Jahr 2020 etwa 16.000 und im Jahr 2030 etwa 35.000 mehr Beschäftigte in den Pflegeeinrichtungen tätig sein, um den derzeitigen Versorgungsstand zu gewährleisten.

Große regionale Unterschiede

Der Bericht enthält Modellberechnungen aus drei kommunalen Gebietskörperschaften, um exemplarisch Aussagen über die Anzahl und die voraussichtliche Verteilung von Pflegebedürftigen auf die Versorgungsarten treffen zu können. Ausgangspunkt der Annahmen zukünftiger Entwicklungen sind die voraussichtlichen regionalen informellen Pflegepotentiale in den kommunalen Gebietskörperschaften. In zwei verschiedenen Szenarien werden unterschiedliche Annahmen bezüglich der jeweiligen ambulanten Pflegeinfrastruktur einbezogen. Dabei werden große regionale Unterschiede deutlich.

Maßnahmen des Landes Niedersachsen

Die Landesregierung geht die Herausforderungen im Bereich der ambulanten und stationären Pflege aktiv an. Es gilt, das Berufsfeld attraktiver zu machen und den Fachkräftebedarf zu sichern und auszubauen, um nur zwei Schwerpunkte zu nennen. Mit der gesetzlichen Absicherung der Schulgeldfreiheit in der Altenpflege, neuen Förderprogrammen wie dem zur »Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum«, der gemeinsamen Erklärung von Sozialministerium, den kommunalen Spitzenverbänden, der AOK Niedersachsen und dem Verband der Ersatzkassen für ein angemessenes Einkommen in der Pflege oder beispielsweise der Einrichtung einer Pflegekammer werden Meilensteine in der niedersächsischen Pflegepolitik gesetzt, die sowohl den Beschäftigten als auch den zu Pflegenden zugutekommen.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. MAREN PREUSS, BIRGIT WOLFF, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Gustav-Bratke-Allee 2, 30159 Hannover, E-Mail: maren.preuss@ms.niedersachsen.de

BRITTA RICHTER, MAREN PREUSS

Gesundheitsregionen Niedersachsen – neue Projektaktivitäten

Mit den Gesundheitsregionen Niedersachsen wird niedersachsenweit ein Umdenken in der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung angestoßen – weg von sektorenbegrenztem hin zu sektorenübergreifendem Denken und Zusammenarbeiten. Um zukünftig für alle Menschen, auch in ländlichen Regionen Niedersachsens, eine gute Gesundheitsversorgung und -förderung gewährleisten zu können, braucht es mehr denn je die Kooperationsbereitschaft aller im Gesundheitswesen tätigen Akteurinnen und Akteure, angrenzenden Fachdisziplinen sowie Bereichen der kommunalen Daseinsvorsorge wie der Jugend-, Alten- und Flüchtlingshilfe. Die Gesundheitsregionen Niedersachsen setzen genau dort an und tragen mit dem kommunalen Strukturaufbau dazu bei, alle Akteurinnen und Akteure an einen Tisch zu bringen, gemeinsam die Bedarfe für den Landkreis oder die kreisfreie Stadt zu diskutieren und Lösungswege zu erarbeiten. In Niedersachsen beteiligen sich seit dem Jahr 2014 nunmehr 32 kommunale Gebietskörperschaften an diesem Strukturentwicklungsprozess. Dies entspricht etwa 70 Prozent aller niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte.

Vier geförderte Projekte im ersten Halbjahr 2016

In allen Gesundheitsregionen haben Steuerungsgruppen ihre Arbeit aufgenommen und sich Koordinierungsstellen etabliert. Auch die Entwicklung von konkreten Lösungsansätzen wird mit viel Engagement vor Ort vorangetrieben. Dies spiegelt sich auch in der zweiten Förderrunde im Frühjahr 2016 wieder, an der sich neun Gesundheitsregionen mit insgesamt 17 Projektanträgen beteiligten. Insgesamt konnten in diesem Durchgang vier Projekte gefördert werden. Hierzu zählen folgende:

» Gesundheitsregion Goslar: **Projekt zur beruflichen Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in Sozial- und Gesundheitsberufen:** Zielsetzung des Projekts ist, durch in ein strukturiertes Qualifizierungsprogramm eingebettete Praktika und Hospitationen Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie geduldeten Menschen erste Einblicke in die Arbeitsbedingungen der Sozial- und Gesundheitswirtschaft zu bieten und eine Überleitung in eine Ausbildung oder Beschäftigung in diesem Arbeitsbereich zu realisieren.

» Gesundheitsregion Gifhorn: **Weiterentwicklung der Palliativversorgung und Hospizkultur in den stationären Pflegeeinrichtungen:** Es werden auf kommunaler Ebene Vernetzungs- und Qualifizierungsstrukturen aufgebaut, die zu einer Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung von Sterbenden in stationären Einrichtungen beitragen sollen. Im Fokus steht insbesondere eine Unterstützung der in diesem Bereich Tätigen durch ambulante Hospiz- und Palliativstrukturen.

» Gesundheitsregion Leer: **Patientenmobil:** Um die vertragsärztliche Versorgung in der Fläche sicherzustellen, kommen in Zukunft vier vom Weser-Ems-Bus-Betrieb koordinierte Patientenmobile zum Einsatz, die eine Verbindung vom Haus der Patientinnen und Patienten zur Arztpraxis sicherstellen.

» Gesundheitsregionen Vechta: **Erhöhung der Überlebensrate nach Herzstillstand:** Um die Wiederbelebungsrate nach einem Herz-Kreislaufstillstand zu verbessern, werden freiwillig

ge Helferinnen und Helfer über eine App innerhalb kürzester Zeit an den Unfallort navigiert, um hier erste Hilfe zu leisten und so die therapiefreie Zeit bis zum Eintreffen des Rettungswagens zu verkürzen.

Niedersächsische Gesundheitsregionen als Beispiel guter Praxis

Die Aktivitäten in den Gesundheitsregionen Niedersachsens finden mittlerweile auch bundesweit Beachtung. Dies wurde im Rahmen des diesjährigen Symposiums des Gesunde-Städte-Netzwerks in Oldenburg vom 08. bis 10. Juni 2016 deutlich. In diesem Rahmen wurde der niedersächsische Ansatz als zukunftsweisendes Beispiel für eine kommunale Gestaltung von Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung diskutiert. Niedersachsen steht mit diesem Vorgehen nicht alleine dar. Auch in anderen Bundesländern, beispielsweise Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern, wird der Aufbau von Gesundheitsregionen als Steuerungsinstrument für die wohnortnahe Sicherung und Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung vorangetrieben.

Literatur bei den Verfasserinnen
Anschrift siehe Impressum

MARTIN SCHUMACHER, SANDRA EXNER

Neue Impulse für die Zukunft – der Altenhilfeplan der Stadt Langenhagen

Der demografische Wandel ist bundesweit in aller Munde und die Zahlen hinlänglich bekannt: Schon heute ist bereits jede vierte Person älter als 60 Jahre. Im Jahr 2050 wird jede dritte Person älter als 60 und jede Achte sogar älter als 80 Jahre sein. Ebenfalls wird der Anteil der unter 20-Jährigen abnehmen. Somit hat und wird sich die Bevölkerungsstruktur in Städten und Kommunen wandeln und verändern. Wie aktuelle Ergebnisse der Bertelsmann Stiftung zeigen, werden diese Veränderungen regional sehr unterschiedlich ausfallen.

Kein Lebensabschnitt ist so vielfältig wie das Alter

Durch den demografischen Wandel rückt die Generation der Älteren immer mehr in den Fokus. Doch schon der Begriff »Alter« ruft unterschiedliche Assoziationen hervor – diese Vielfältigkeit des Alters muss bei Vorhaben und Planungen mitgedacht werden. Um einen Überblick über die Bedürfnisse und Bedarfe der älteren Generation zu erlangen, bietet sich die Erstellung eines Altenhilfeplans an. Er kann eine wichtige Arbeits- und Planungsgrundlage für Politik, Wohlfahrtsverbände, Bürgerinnen und Bürger sowie für die Verwaltung werden, um auf den demografischen Wandel sowie die Bedürfnisse und Bedarfe zu reagieren.

Konkrete Umsetzung in der Stadt Langenhagen: Der Schlüssel lautet Bürgerbeteiligung

Aufgrund eines einstimmigen Ratsbeschlusses im Oktober 2014 hat die Stadt Langenhagen die Verwaltung damit beauftragt, einen kommunalen Altenhilfeplan zu erarbeiten. Die Landesagentur Generationendialog Niedersachsen unterstützte die Stadt Langenhagen maßgeblich bei der Erstellung. Der Altenhilfeplan basiert auf einer beteiligungsorientierten Kon-



zeption und Entwicklung unter effektiver Beteiligung der Bevölkerung. Durch Einbeziehung von Bewohnerinnen und Bewohnern Langenhagens, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Themenfeld Alter(n), der Ortsbürgermeisterinnen und Ortsbürgermeister sowie deren Vertreterinnen und Vertreter wurden der Status Quo der Alter(n)s-gerechtigkeit der Stadt Langenhagen sowie mittel- und langfristige Anpassungsbedarfe analysiert und transparent gemacht. Im Fokus standen die Bereiche Wohnen, Mobilität, Information und Versorgung sowie Aktivitäten (Freizeit, Kultur, Sport). Die Stadt Langenhagen ist in sechs Bezirke unterteilt. Die Altersstruktur sowie die erwartete Entwicklung der Einwohnerverteilung sind heterogen. Somit entstehen differenzierte Herausforderungen, Bedarfe und Handlungsfelder in den jeweiligen Bezirken. Auftakt des Erhebungsprozesses war ein Workshop, der am 06. Oktober 2015 im Rathaus in Langenhagen stattfand. Ebenfalls wurden schriftliche Befragungen sowie Face-to-Face-Einzelinterviews durchgeführt, um so die unterschiedlichen Gegebenheiten und Bedarfe in den einzelnen Bezirken besser darstellen zu können.

Erste Ergebnisse und Handlungsfelder

Die Ergebnisse zeigen, dass die Stadt Langenhagen in allen analysierten Bereichen bereits gut aufgestellt ist. Im Handlungsfeld Wohnen wurde deutlich, dass es teilweise an bezahlbarem Wohnraum mangle. Ebenfalls müsse die Barrierefreiheit von einigen Wohnräumen und -umfeldern optimiert werden. Im Bereich Mobilität stand besonders der öffentliche Personennahverkehr im Fokus. Dieser sei zwar sehr gut, es fehle aber häufig an passenden Verbindungen. Wünschenswert wäre zudem, wenn alle Haltestellen in der Stadt Langenhagen barrierefrei wären. Im Bereich Information und Versorgung sollte die Vernetzung unter den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren noch optimiert werden. In der Stadt Langenhagen gibt es bereits vielfältige Angebote für die Freizeitgestaltung. Bei der Ausgestaltung der Angebote könne das kulturelle Angebot und die barrierefreien und niedrigschwelligen Angebote noch erweitert werden. Sehr positiv wurde von den Befragten das kommunale Seniorenbüro bewertet, welches als Informations- und Aktivitätsplattform wesentliche Herausforderungen für ein aktives Älterwerden partizipativ und teilhabeorientiert bearbeitet. Gleiches gilt für die Arbeit der Seniorenvertretung. Die Landesagentur Generationendialog Niedersachsen unterstützt Kommunen bei der Erstellung eines Altenhilfeplans. Ansprechpersonen sind Sandra Exner (sandra.exner@gesundheit-nds.de) und Martin Schumacher (martin.schumacher@gesundheit-nds.de).

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser
Anschrift siehe Impressum

IMKE KASCHKE, WIEBKE MAAB

Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung bei Special Olympics Deutschland

Special Olympics Deutschland (SOD) mit seinen 14 Landesverbänden ist die deutsche Organisation der weltweit größten Sportbewegung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. SOD wurde 1991 gegründet und verschafft Kindern und Erwachsenen mit geistiger Behinderung durch ganzjähriges, regelmäßiges Sporttraining und Wettbewerbe in einer Vielzahl von Sportarten Zugangs- und Wahlmöglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Es gibt sportliche Wettbewerbe auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene.

Das Gesundheitsprogramm Healthy Athletes®

Über den Sport hinaus versteht sich SOD als Alltagsbewegung mit einem ganzheitlichen Angebot. Dazu gehört auch ein Gesundheitsprogramm, das insbesondere im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention Lücken in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung schließt. Diese haben ein um 40 Prozent höheres Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen. Hier setzt das Angebot von Healthy Athletes® – Gesunde Athleten an, das kostenlose Beratungen und Untersuchungen in sechs verschiedenen Gesundheitsbereichen bietet. Es geht um die Seh- und Hörfähigkeit, die Zahn- und Mundgesundheit, Physiotherapie und Podologie sowie Beratung zur gesunden Lebensweise. Ziel ist vorrangig die Sensibilisierung und Befähigung der Sportlerinnen und Sportler, die eigenen gesundheitlichen Belange und Risiken wahrzunehmen und diese mitteilen zu können. Die niedrigschwelligsten Angebote werden von speziell fortgebildeten (Zahn-)Ärztinnen und Ärzten, Fachkräften der Optometrie, Physiotherapie, Podologie sowie Studierenden und weiterem medizinischen Fachpersonal durchgeführt. Mit ihrem Engagement werden die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer für die besonderen Belange von Menschen mit geistiger Behinderung auch in ihrem Berufsalltag sensibilisiert.

Healthy Athletes® anlässlich der Nationalen Sommerspiele von Special Olympics in Hannover

Vom 06. bis 10. Juni 2016 fanden die Special Olympics 2016 in Hannover statt. Bei diesen Nationalen Sommerspielen für Menschen mit geistiger Behinderung gingen in 18 Sportarten rund 4.800 Athletinnen und Athleten an den Start. Mehr als ein Drittel dieser Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben Angebote des Gesundheitsprogrammes genutzt. Während der dreieinhalb Tage konnten mit Unterstützung von mehr als 300 ehrenamtlich engagierten Helferinnen und Helfern aus den unterschiedlichen Gesundheitsbereichen insgesamt 4.630 Untersuchungen und Beratungen durchgeführt werden.

Einen ausführlichen Bericht gibt es unter:
<http://tinyurl.com/hf8cnjd>

Aufbau des Gesundheitsprogramm im Landesverband von SO Niedersachsen

Seit 2015 wird das Gesundheitsprogramm auch im Landesverband Special Olympics Niedersachsen e. V. mit Sitz in Hannover aufgebaut. Mit Förderung des Projektes »Selbstbestimmt gesünder III« durch das Bundesministerium für Gesundheit sollen die Programmangebote für bessere Gesundheitskompetenzen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung auch in Wohneinrichtungen und Werkstätten regional ausgebaut werden. Ziel ist, insbesondere Personen zu erreichen, die nicht oder nur selten an Special Olympics Wettbewerben teilnehmen. Der Landesverband Niedersachsen von SOD sucht für den Ausbau des Gesundheitsprogramms Healthy Athletes® ehrenamtliche Unterstützung. Gefragt sind Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal mit besonderem Interesse am Umgang mit Menschen mit Behinderung. Insbesondere für das Programm zur gesunden Lebensweise und zur Fußgesundheit werden Unterstützerinnen und Unterstützer gesucht.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. IMKE KASCHKE, Special Olympics Deutschland e.V., Invalidenstraße 124, 10115 Berlin, Tel.: (0 30) 24 62 52 0, E-Mail: info@specialolympics.de

WIEBKE MAAB, Special Olympics Niedersachsen e. V., Emdenstraße 2, 30167 Hannover, Tel.: (05 11) 35 39 79 96, E-Mail: info@specialolympics-nds.de

NILS MEYER

Erlebnis Ohr Die Region Hannover entwickelt eine neue Marke rund ums Hören

Rund um die Uhr auf Empfang: Das Ohr dient der Verständigung, warnt vor Gefahren, gibt uns Orientierung im Raum. Und doch wird das Hören im Vergleich zum Sehen oft nur gering geschätzt. Mit der neuen Marke »Hörregion Hannover« will die Region Hannover die Aufmerksamkeit auf das Hören lenken und für den Wert und damit auch den Erhalt des Gehörs werben. »Viel zu selten machen wir uns klar, wie viele Informationen uns das Ohr von der Welt liefert«, sagt Erwin Jordan, projektverantwortlicher Dezernent der Region Hannover. »Dabei ist gutes Hören nicht einfach nur ein zweckdienlicher Sinn, er hilft uns, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und macht, zum Beispiel in Konzerten, auch noch richtig Spaß.«

Dass die Hörregion ausgerechnet in der Region Hannover entsteht, ist kein Zufall. Wohl nirgendwo sonst beschäftigen sich so viele Unternehmen, Institute, Einrichtungen oder Verbände mit überregionaler oder sogar internationaler Strahlkraft mit den verschiedenen Aspekten von Schall, Klang oder Akustik. Genau auf dieser besonderen Vielfalt fußt die Idee der Hörregion, die vom Deutschen Hörzentrum der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Wenninger Verein »Die Kulturmacher« erstmals formuliert und an die Region Hannover herangetragen wurde. Im Juli 2015 hat die Regionsversammlung die Einführung und Entwicklung der neuen Marke beschlossen, im Februar 2016 fiel mit einer Auftaktveranstaltung im Kuppelsaal vor rund 600 Gästen der Startschuss.

Mit Aktionen und Projekten zielt die Hörregion darauf ab, über Hörgesundheit zu informieren, für die Vermeidung und Behandlung von Hörschäden zu sensibilisieren, die Teilhabe hörgeschädigter Menschen zu steigern, besondere Klangerlebnisse zu vermitteln und sich damit letztlich positiv auf die Lebensqualität in der Region Hannover auszuwirken. 40 Veranstaltungen stehen im ersten Jahr auf dem Programm. Das Spektrum reicht von Gesundheitsinformationsabenden über eine populärwissenschaftliche Veranstaltungsreihe und einen Fachkongress bis hin zu hör-besonderen Kulturangeboten. Auch der diesjährige Regionsentdeckertag mit rund 130.000 Besucherinnen und Besuchern stand Anfang September unter dem Motto Hörregion.

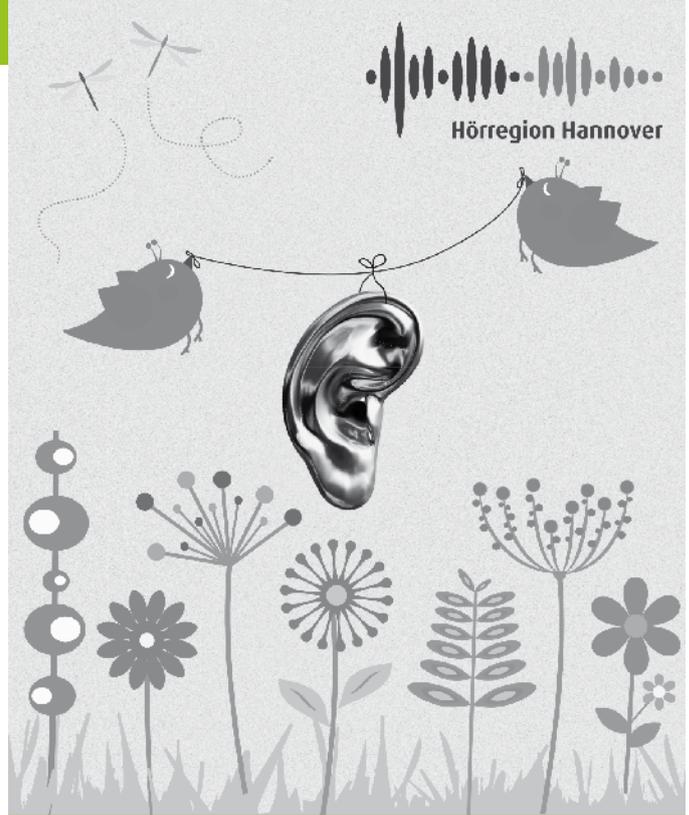
Neben Veranstaltungen sind auch nachhaltige Projekte zum Beispiel in Kindertagesstätten und Schulen in Vorbereitung. Bereits gestartet ist ein Grundschulaktionstag zusammen mit dem Deutschen HörZentrum und der Firma Sennheiser. Dazu gestalten eine Medizinpädagogin und Auszubildende von Sennheiser den Unterrichtstag einer 3. Klasse, informieren anschaulich und altersgerecht über das Ohr, bauen mit den Kindern Klang- und Schallinstrumente wie Dosentelefone und Röhrenrassel. Auch das etablierte Musikvermittlungsprojekt »Zeitgenössische Musik in der Schule« von der Niedersächsischen Sparkassenstiftung und dem Musikland Niedersachsen wird in diesem Jahr auf Initiative der Hörregion um ein Modul zum Thema Hören erweitert.

Mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. steht die Hörregion im Austausch über die Entwicklung eines Projekts, das Kinder, Jugendliche und ältere Menschen über den Zusammenhang von gutem Hören und Gesundheit informieren soll. Das Potenzial ist groß: Schätzungen gehen davon aus, dass rund 15 Millionen Deutsche an Hörstörungen leiden. Angesichts des demografischen Wandels nehmen Prävention und rechtzeitiges Handeln zum Erhalt der Hörfähigkeit an Bedeutung zu. Zudem belegen immer mehr Studien, dass Schwerhörigkeit das Risiko erhöhen kann, eine demenzielle Erkrankung zu erleiden.

Zu rund 90 Partnerinnen und Partner aus den Bereichen Wirtschaft, Gesundheit, Bildung, Wissenschaft und Kulturbetrieb hat die Hörregion inzwischen Kontakt. Gemeinsam mit einem Kuratorium, das aus Vertreterinnen und Vertretern des Deutschen HörZentrums, von KIND Hörgeräte, von Cochlear Deutschland, dem Musikland Niedersachsen, der Hochschule für Musik, Theater und Medien und dem Institut für Sonderpädagogik der Leibniz Universität Hannover besteht, werden programmatische Eckpfeiler festgelegt. »Ziel ist, dass wir ein Bewusstsein für gutes Hören schaffen und im Bereich Prävention und medizinische Versorgung gegen Hörschäden Vorbildregion in Deutschland sind«, so Erwin Jordan. »Mittelfristig wollen wir erreichen, dass wir auch unter touristischen Aspekten die Region durch besondere Hörerlebnisse noch attraktiver machen.«

Weitere Infos und alle Veranstaltungen unter:
www.hörregion-hannover.de

NILS MEYER, Geschäftsführer der Hörregion Hannover, Tel.: (05 11) 6 16-2 22 07,
E-Mail: nils.meyer@region-hannover.de



IMPRESSUM



» Herausgeberin: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskweg 2, 30165 Hannover

Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, 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, Mareike Claus, Sabine Erven, Sandra Exner, Dr. Birte Gebhardt, Felix Hopf, Jan Kreie, Angelika Maasberg, Mirko Meister, Lea Oesterle, Dr. Maren Preuß, Elena Reuschel, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Patrizia Rothofer, Stephanie Schluck, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Tanja Sädtler, Janna Stern, Nicole Tempel, Theresa Vanheiden, Marcus Wächter-Raquet, Veronika Warga, Birgit Wolff

» Beiträge: Prof. Dr. Anke Abraham, Christa Böhme, Dr. Kayman Bozorgmehr, Prof. Dr. Nicola Döring, Sandra Exner, Prof. Dr. Toni Faltermaier, Henning Fietz, Dr. med. Solmaz Golsabahi-Broclawski, Prof. Dr. Ute Habel, Hans Hengelein, Dr. Renate Höfer, Dr. Imke Kaschke, Prof. Dr. Heiner Keupp, Prof. Dr. Theo Klaus, Wiebke Maaß, Nils Meyer, Stefan Nöst, Dr. Maren Preuss, Dr. Bettina Reimann, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Dr. Martina Rummel, Stephanie Schluck, Martin Schumacher, Dr. Florian Straus, Dr. med. Ute Teichert, Prof. Dr. Knut Tielking, Hauke Wald, Birgit Wolff, Prof. Dr. Holger Ziegler

» Redaktionsschluss: Ausgabe Nr. 93: 24.10.2016

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» Auflage: 8.500

» Gestaltung: Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» Druck: Interdruck Berger & Hermann GmbH

» Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

» Titelbild: © Fotolia.com: puckillustrations

» Fotos: S. 11 © suze - photocase.de, S. 26 © Hörregion Hannover, alle anderen © Fotolia.com: freshidea, ra2 studio, Olesia Bilkei, Roman Bodnarchuk, kentoh, fotogestoeber, adimas, Andrey Popov, oneinchpunch, agsandrew, pinkomelet, S.Kobold, Marco2811



Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland

Die Arbeit gibt einen umfassenden Überblick der Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere. Es werden die Zugangswege zu gesundheitlicher und medizinischer Versorgung – hier besonders der Infektionsschutz und die Notfallversorgung – sowie die hierzu relevante Gesetzesgrundlage diskutiert. Anschließend werden auf Basis vorhandener Daten sowie Erfahrungsberichten die Problemlagen und Lösungsansätze in der medizinischen Versorgung papierloser dargestellt. Den inhaltlichen Kern des Buches bilden die Ergebnisse einer Vollerhebung an deutschen Gesundheitsämtern, bei der ermittelt wurde, ob die Gesundheitsämter in der Vergangenheit papierlose behandelt haben. Darauf aufbauend werden Konsequenzen für die Behandlung von spezifischen Infektionskrankheiten bei papierlosen aufgezeigt. Im letzten Kapitel wird eine Studie zur stationären medizinischen Versorgung von papierlosen vorgestellt. (mw)

MAREN MYLIUS: Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern. Transcript Verlag, Bielefeld, 2016, 337 Seiten, ISBN 978-3-8376-3472-3, 39,99 Euro

Die neue soziale Pflegeversicherung – PSG II

Die soziale Pflegeversicherung, seit dem Jahr 1995 fester Bestandteil des Sozialversicherungssystems in Deutschland, steht nun vor einem wichtigen Entwicklungsschritt: die grundlegende Reform im Zuge der Einführung des Pflege-Stärkungsgesetzes II (PSG II). Der Gesetzgeber reagiert durch diese Novellierung auf kritische Stimmen, die schon seit Jahren unter anderem die starke Engführung und umfängliche Körperbezogenheit des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI hervorheben. Aber nicht nur der Pflegebedürftigkeitsbegriff, sondern beispielsweise auch das Begutachtungsverfahren des MDK, das Leistungsrecht, die Beratungsleistungen sowie die soziale Absicherung der privaten Pflegepersonen werden sich im Zuge der Einführung des PSG II verändern. Das Buch gibt einen fundierten Überblick über die neuen Regelungen und unterstützt durch zu den einzelnen Themenbereichen angeführte Bewertungen die Lesenden bei einer Einschätzung der Tragweite und Auswirkungen. Die Praxis-hinweise sind insbesondere für Akteurinnen und Akteure aus Pflege- und Beratungseinrichtungen wertvoll. (mp)

RONALD RICHTER (HRSG.): Die neue soziale Pflegeversicherung – PSG II. Pflegebegriff, Vergütung, Potenziale. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 324 Seiten, ISBN 978-3-8487-2648-6, 39,00 Euro

Interviews mit Kindern – Eine praxisorientierte Einführung

Dieses Buch stellt einen gut strukturierten Leitfaden für die Planung und Durchführung einer Befragung von Kindern zur Verfügung. Erkenntnisse aus den Bereichen Soziologie, Psychologie und Pädagogik werden mit hohem Praxisbezug und aus multidisziplinärer Perspektive miteinander verbunden. Ziel ist, die Vermittlung von Kenntnissen rund um die Interviewführung mit Kindern, um während des eigenen Forschungsvorhabens in allen Phasen informierte und gut begründete Entscheidungen treffen zu können. (fh)

SUSANNE VOGL: Interviews mit Kindern – Eine praxisorientierte Einführung. Beltz Verlag, Weinheim/Basel, 2015, 140 Seiten, ISBN 978-3-7799-3304-5, 14,95 Euro

Professioneller Umgang mit Demenz – Mehr Lebensqualität – alternative Wohnformen

Der Umgang mit Demenzerkrankten kann eine große psychische Herausforderung für das pflegende Umfeld darstellen. Durch den Praxisratgeber wird ein umfassender Einblick in das Krankheitsbild Demenz und den Umgang mit Betroffenen gegeben. Der Autorin gelingt es durch ihre jahrelange Berufserfahrung und zahlreichen Praxisbeispiele einen empathischen Zugang zur Demenz zu vermitteln. Das Buch ist in vier Hauptthemen gegliedert, die Aufschluss über das Individuelle Erleben der Demenzerkrankung, die Lebensqualität von Betroffenen, das Wohnen und Leben im Alter sowie die Durchführung von adäquaten Mitarbeiterschulungen geben. Das Buch richtet sich vor allem an beruflich Pflegenden und pflegende Angehörige, die sich mit der Demenzerkrankung auseinandersetzen. In der beigefügten CD-ROM befinden sich zusätzliche Schulungseinheiten für die praktische Anwendung. (mm)

NATASCHA MÖLLER-WOLTEMADE, Professioneller Umgang mit Demenz. Mehr Lebensqualität – alternative Wohnformen, Mensch und Medien Verlag, 152 Seiten, ISBN 978-386283-018-3, 89,00 Euro

Vision – Mission – Werte: Die Basis der Leitbild- und Strategieentwicklung

In dem Buch beschreibt die Herausgeberin mit 17 anderen Autorinnen und Autoren den »Dreiklang« von Vision, Mission und Werten als Basis einer erfolgreichen Unternehmenskultur. Die Unterschiede und Zusammenhänge zwischen den Begriffen werden benannt. Angesprochen werden mit dem Buch vor allem Coaches, Trainerinnen und Trainer sowie Führungskräfte. Kern des Buches bilden deshalb auch Methoden, Prozesse und Strategien aus der Praxis für die Praxis. Es geht um Fragen von Werteeinführungen oder auch gelungener Leitbildentwicklung. Abgerundet wird das Buch durch Methoden im Bereich des Individualcoachings. (mc)

DAGMAR WERTHER (HRSG.): *Mission – Vision – Werte: Die Basis der Leitbild- und Strategieentwicklung.* Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2015, 322 Seiten, ISBN 978-3-407-36584-2, 39,95 Euro

Qualitative Gesundheitsforschung – Beispiele aus der interdisziplinären Forschungspraxis

Qualitative Datenerhebung wird im gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Diskurs immer noch argwöhnisch beäugt. Dabei ist ihr enormes Erkenntnispotenzial bekannt und belegt. Die Autorinnen und Autoren dieses Werkes haben ihre Wurzeln in unterschiedlichen Forschungsgebieten. Sie stellen aus ihrem jeweiligen Blickwinkel verschiedene Methoden und Herangehensweisen dar, um soziale Realitäten und Prozesse aus dem Gesundheitswesen und den darin agierenden Personen abzubilden. Hierbei bedienen sie sich vor allem traditioneller Instrumente und Methoden in Erhebung und Auswertungsformen, wie Interviews, biografische und Fallanalysen. Mit dem Fokus auf Anwendungsbeispielen ist durch dieses Herausgeberwerk ein weiterer, eher kleiner, aber praxisnaher Schritt getan, den Stellenwert von qualitativer Forschung zu erhöhen. (ss)

CARSTEN DETKA (HRSG.): *Qualitative Gesundheitsforschung – Beispiele aus der interdisziplinären Forschungspraxis.* Verlag Barbara Budrich, Opladen-Berlin-Toronto, 2016, 344 Seiten, ISBN 978-3-8474-0139-1, 29,90 Euro

Schöne neue Gesundheitswelt Wie sich das medizinische Denken verändert

Als Soziologe wagt sich der Autor mit seinem Werk in ein fachfremdes Gebiet. Durch die Beratung und Unterstützung zahlreicher »Ortskundiger« gelingt ihm, eine spannende und anspruchsvolle Zeitreise in die Geschichte der deutschen Gesundheitskultur und mögliche Zukunftsszenarien. Schulze beschreibt, wie sich die Beziehungen zwischen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen gewandelt haben. Eine empirische Begleitstudie reicherte das Kapitel zum Paradigmenwandel im Denken und die zukünftige Regulierbarkeit des Gesundheitswesens an. Wer sich mit einer soziologischen Brille auf eine historische Reise durch unser Gesundheitssystem machen möchte, sollte dieses Buch lesen. (ss)

GERHARD SCHULZE: *Schöne neue Gesundheitswelt – Wie sich das medizinische Denken verändert.* Hogrefe Verlag, Bern, 2016, 198 Seiten, ISBN 978-3-456-85603-2, 24,95 Euro

Frühe Kindheit unter Optimierungsdruck. Entwicklungspsychologische und familientherapeutische Perspektiven

Im vorliegenden Buch wird das aktuelle und relevante Thema der frühkindlichen Entwicklung diskutiert. Aus soziologischer, psychologischer, medizinischer und pädagogischer Perspektive werden die Voraussetzungen für eine gute frühkindliche Entwicklung sowie mögliche Förderwege diskutiert. Ausgangspunkt für die diversen Beiträge sind die starken gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte im Hinblick auf steigende Normierungs- und Optimierungsansprüche in den ersten Lebensjahren. Das Buch richtet sich vor allem an Fachpublikum, welches einen aktuellen und gut fundierten Überblick über die aktuellen Wissensbestände der frühkindlichen Entwicklung erhalten möchte. (fh)

INKEN SEIFERT-KARB: *Frühe Kindheit unter Optimierungsdruck. Entwicklungspsychologische und familientherapeutische Perspektiven.* Psychosozial-Verlag, Gießen, 2015, 320 Seiten, ISBN 978-3-8379-2355-1, 25,90 Euro

Onlinesucht. Ein Ratgeber für Eltern, Betroffene und ihr Umfeld

Online spielen, surfen oder chatten gehören zu beliebten Freizeitbeschäftigungen. Während ein Großteil der Jugendlichen und Erwachsenen einen guten, kontrollierten Umgang mit diesen Medien besitzt, gibt es auch einen kleinen Teil, dem das nicht gelingt. Exzessive Mediennutzung kann negative Auswirkungen auf Sozialleben, Hobbys, Beruf oder Ausbildung haben. Dieses Buch ist ein aktueller und gut strukturierter Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Es bietet einen umfassenden theoretischen Teil mit zahlreichen Fallbeispielen sowie einen praktischen Teil mit konkreten Handlungsanleitungen. (fh)

ISABEL WILLEMSE: *Onlinesucht. Ein Ratgeber für Eltern, Betroffene und ihr Umfeld.* Hogrefe Verlag, Bern, 2016, 157 Seiten, ISBN 978-3-456-85542-4, 19,95 Euro

Gute Arbeit und soziale Gerechtigkeit im 21. Jahrhundert

Wirtschaft und Arbeitswelt zeichnen aktuell ein Bild einer »erschöpften Gesellschaft«, die gekennzeichnet ist durch Beschleunigung und Entfremdung sowie einer wegdriftenden Mittelschicht. Neue soziale Risiken und damit einhergehende Ungerechtigkeiten verlangen nach einem neuen, verlässlichen Orientierungsrahmen – in der Gesellschaft und der Arbeitswelt. Mit fünf Beiträgen verschiedener Autorinnen und Autoren legt dieser Band ein Fundament für eine progressive Agenda. Es werden Handlungsfelder wie ein verändertes Verständnis der Rolle des Staates, die Stärkung der Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger am Arbeitsplatz, Zeitsouveränität und Arbeitszeitpolitik sowie Aspekte der Fachkräftesicherung aufgezeigt. Das Plädoyer: Soziale Gerechtigkeit im 21. Jahrhundert ist nur über gute Arbeit zu erreichen. Dieser Band liefert dazu einige zentrale Denkanreize. (cb)

WOLFGANG SCHROEDER, CLAUDIA BOGEDAN (HRSG.): *Gute Arbeit und soziale Gerechtigkeit im 21. Jahrhundert. Bausteine einer sozialen Arbeitsgesellschaft.* edition sigma – Nomos Verlag, Baden-Baden, 2015, 143 Seiten, ISBN 978-3-8487-2408-6, 14,90 Euro



Autismus neu verstehen

Dieses Buch spiegelt die langjährigen Erfahrungen des Autors als Pädagoge und Therapeut in der Arbeit mit autistischen Kindern wider. Die Texte beinhalten ein Wechselspiel zwischen praktischen Erfahrungen und theoretischen Gedanken, wobei die Richtung der Gedanken vom praktischen Handeln zur Theorie geht. Theorie und Praxis bilden eine Einheit, die in einer sensiblen Haltung sowie einer neuen Perspektive in Bezug auf das autistische Kind mündet. Diese Perspektive ist eine Einladung an das Kind und gibt uns Möglichkeiten, dem Kind in unserem pädagogischen und therapeutischen Handeln auf eine Art zu begegnen, die für den kindlichen Reifungsprozess unumgänglich ist und die die Entwicklungsprozesse des autistischen Kindes nachhaltig unterstützt. Anhand von zahlreichen Fallbeispielen und Therapieprozessen werden die Besonderheiten autistischen Verhaltens einfühlsam dargestellt. Auf diese Weise erfahren sowohl Pädagoginnen, Pädagogen und Eltern, wie sie die besonderen Bedürfnisse des Kindes besser erkennen und ihnen gerecht werden können. (am)

KLAUS KOKEMOOR (HRSG.): *Autismus neu verstehen. Begegnung mit einer anderen Kultur*, Verlag Fischer & Gann, Munderfing, 2016, 320 Seiten (gebundene Ausgabe), ISBN 978-903072-35-0, 25,00 Euro

Kinder lieben Abenteuer – Wilde und echte Erlebnisse für 6- bis 12-Jährige

Die Natur bietet Kindern einen Lebensraum für Abenteuer und Erlebnisse, die wichtig für eine autonome Entwicklung sind. Der Ratgeber von Anke Schleufer richtet sich an Eltern und soll durch Bilder und Praxisbeispiele dabei unterstützen, Kindern die Natur als Erfahrungsraum näher zu bringen. Die Autorin geht auf die Herausforderungen der fortschreitenden Technologie und den dadurch erschwerten Zugang für Kinder zur Natur ein. Die ersten beiden Kapitel beschäftigen sich mit relevanten Grundlagen der Thematik wie der Lebensphase von 6- bis 12-Jährigen oder dem gesellschaftlichen Wandel. In dem dritten und vierten Kapitel wird die Natur als Spiel- und Abenteuerraum näher beleuchtet und auf evolutionäre Grundfähigkeiten des Menschen eingegangen. Durch Tipps, Infoboxen und Praxisbeispiele ist das Buch sehr alltagsnah gestaltet. (mm)

ANKE SCHLEUFER: *Kinder lieben Abenteuer. Wilder und echte Erlebnisse für 6- bis 12-Jährige*. Reinhardt Verlag, München, 2016, 159 Seiten, ISBN 978-3-497-02543-5, 19,90 Euro

Gruppen souverän leiten

Dieses Buch richtet sich primär an bereits erfahrene Trainerinnen und Trainer, die trotzdem immer wieder mal in herausfordernde Situationen mit Gruppen geraten und sich dies selbst nicht ganz erklären können. Die Autorin verfügt selbst über langjährige Erfahrung als Trainerin und Trainer-Ausbilderin und schildert sehr anschaulich, in welchen Situationen man aus welchen Gründen aus dem Konzept gebracht wird. Das Buch liefert konkretes Handwerkzeug, um Fallstricke und eigene blinde Flecken zu erkennen und wieder souverän und kompetent vor der Gruppe stehen zu können. Dazu nutzt sie die fünf psychologischen Konzepte der Kampf-, Flucht- und Erstarrungsreaktion, Transaktionsanalyse, Kognitiven Dissonanz, Übertragung und Rational-Emotiven-Therapie. (bg)

KARIN DE GALAN: *Gruppen souverän leiten*. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2016, 217 Seiten, ISBN 978-3-8017-2678-2, 29,95 Euro

Macht Bewegung wirklich schlau? Zum Verhältnis von Bewegung und Kognition

Umfassend beschreiben und analysieren die Autorinnen den aktuellen Stand der Forschung zum Einfluss von Bewegung auf die Kognition. Neben der Einordnung der zwei Begriffe in unserer aktuell vom Sitzen geprägten Gesellschaft und die positiven Effekte von Bewegung auf Kognitionen in unterschiedlichen Lebensphasen und Lebenswelten (wie Schule), warnen sie auch davor Bewegung als Allheilmittel zu sehen. Die Wissenschaftlerinnen schaffen es, neben der detaillierten Darstellung von physiologischen Prozessen zur Verarbeitung von Bewegung im Gehirn auch Themen wie Embodiment, Emotionen, Geschlecht und Motivation als weitere Aspekte, die Kognitionen beeinflussen, in einem Werk schlüssig zusammen zu bringen. Für eine Annäherung an die Antwort auf die Frage »Macht Bewegung schlau?«, lohnt es sich das umfassende Werk zu lesen. (ss)

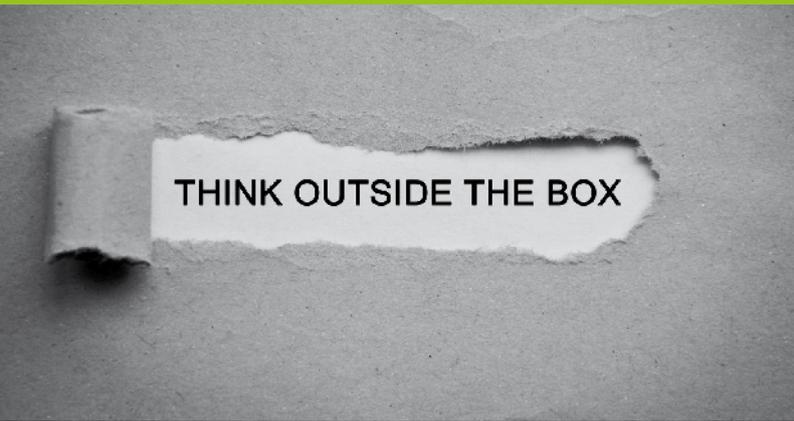
PETRA JANSEN, STEFANIE RICHTER: *Macht Bewegung wirklich schlau? Zum Verhältnis von Bewegung und Kognition*, Hogrefe Verlag, Bern, 2016, 304 Seiten, ISBN 978-3-456-85561-5, 29,95 Euro

Altersgemischte Teams

Durch die Zusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Personalführung und des Demographie Netzwerkes ist das vorliegende Buch zu altersgemischten Teams entstanden. Hier wird beschrieben und begründet, warum Unternehmen altersgemischte Teams systematisch einsetzen und befördern sollten. Es wird ein Überblick über Altersentwicklungen in Deutschland sowie verschiedene »Generationstypen« gegeben. Bezüglich der Umsetzung in den Unternehmen, wird unter anderem auf die Rahmenbedingungen, die Führung und den Nutzen von altersgemischten Teams eingegangen. Das Buch vermittelt einen guten Überblick für alle am Thema Interessierten und kann eine erste Orientierung für weitere Recherchen darstellen. (mc)

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PERSONALFÜHRUNG E.V., DAS DEMOGRAPHIE NETZWERK E.V. (HRSG.): *Altersgemischte Teams managen*. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld, 2016, 88 Seiten, ISBN 978-3-7639-5623-4, 19,95 Euro

Termine LVG & AFS



THINK OUTSIDE THE BOX

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

Gefahr erkannt – Gefahr gebannt? Psychische Gesundheit im Pflegeberuf erhalten

19. Oktober 2016, Hannover

Psychische Belastungen in der Kranken- und Altenpflege gelten als überaus hoch. Dabei zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede: Neben Einrichtungen mit eklatanten Fehlzeiten und Fluktuationsraten aufgrund psychischer und psycho-somatischer Störungen findet man immer wieder auch Einrichtungen, in denen offenbar psychische Belastungen gut ausbalanciert werden können. Was macht diese Unterschiede aus und was können Arbeitgebende und Beschäftigte konkret tun? Im Rahmen der Veranstaltung werden entsprechende Handlungsmöglichkeiten in Krankenhäusern, Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen sowie der dort Beschäftigten beleuchtet.

9. Niedersächsischer Aktionstag für seelische Gesundheit Der Mensch im Mittelpunkt – Selbsthilfe stärken

20. Oktober 2016, Uelzen

In den zurückliegenden 40 Jahren sind umfassende Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie geschaffen und ein verbesserter Zugang zu Hilfen ermöglicht worden. Aber nicht immer erweisen sich die Hilfen als sinnvoll. Auch teilstationäre oder ambulante Hilfen können Potenziale blockieren und »hospitalisierend« wirken. Was benötigt, was stärkt und fördert Selbsthilfepotenziale? Fördert oder behindert die Versorgungsstruktur der Eingliederungshilfe die Entwicklung von Selbsthilfepotenzialen? Wie kann ich in meinem (Arbeits-) Alltag Selbsthilfepotenziale fördern? Diese und andere Fragen werden auf der Fachtagung angesprochen und diskutiert.

Geflüchtete Frauen und Mädchen – Gesundheit, Versorgung, Perspektiven

25. Oktober 2016, Göttingen

30 Prozent der Geflüchteten, die in Deutschland Schutz suchen, sind Frauen und Mädchen. Wie geht es ihnen gesundheitlich? Welche Unterstützung brauchen sie? Wie lässt sich ihre psychische Gesundheit stärken? Diesen Fragen widmet sich die Tagung des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Außerdem wird der Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen reflektiert. Eingeladen sind insbesondere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die in der Flüchtlingsarbeit tätig sind und Interessierte. Die Veranstaltung erfolgt in Kooperation mit dem Gleichstellungsbüro der Stadt Göttingen und dem Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V.

Fetales Alkoholsyndrom 26. Oktober 2016, Hannover

Der Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft kann schwerwiegende und irreversible gesundheitliche Folgen für die ungeborenen Kinder haben. Diese machen häufig eine lebenslange Unterstützung notwendig. Durch den vollständigen Verzicht auf Alkohol während der Schwangerschaft kann das Auftreten der Behinderung zu 100 Prozent vermieden werden. Die Veranstaltung informiert und sensibilisiert zum Thema Fetales Alkoholsyndrom und ermöglicht einen interdisziplinären fachlichen Austausch. Die Veranstaltung, die gemeinsam mit der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen ausgerichtet wird, richtet sich an Gynäkologen, Gynäkologinnen, Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen und Hebammen sowie an Mitarbeitende aus der Suchtprävention und -beratung. Anmelden können Sie sich auf der Homepage der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen.

Psychische Störungen, Gender und Stigma: Welche Konsequenzen ergeben sich für Beratung und Psychotherapie?

28. Oktober 2016, Hannover

Frauen und Männer mit psychischen Störungen leiden unter Vorurteilen und Stigmatisierungen. Das wirkt sich auf ihr Selbstbewusstsein und ihr Selbstbild aus. Dies kann die Suche nach Hilfen behindern. Wie sieht die Einstellung gegenüber psychisch kranken Frauen und Männern aus und wo steht die Gesellschaft heute? Welche Konsequenzen sind daraus für die Behandlung von psychisch kranken Frauen und Männern zu ziehen? Die Fachtagung zum 30-jährigen Bestehen der Fachgruppe Frauen in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung der DGVT richtet sich an Frauen und Männer in psychosozialen und psychotherapeutischen Berufen sowie Mitarbeitende in Selbsthilfegruppen für Psychiatrieerfahrene und Ex-In-ExpertInnen.

Sucht – Neues altes Thema für Berufsbildende Schulen und Ausbildungsbetriebe. Von der digitalen Mediennutzung bis Hirndoping 31. Oktober 2016, Hannover

Welche Entwicklungen und neuen Herausforderungen sind heute zu verzeichnen? Wie können präventive Aktivitäten an Berufsbildenden Schulen und Ausbildungsbetrieben aussehen? Welche Unterstützungsstrukturen bestehen in Berufsbildenden Schulen und Betrieben für die Suchtprävention bereits oder sollen noch aufgebaut werden? Um diese und weitere Fragen wird es bei der Veranstaltung gehen. Die im Rahmen von Gesund Leben Lernen stattfindende Tagung richtet sich an alle, die an Berufsbildenden Schulen tätig sind, an Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie an Interessierte.

Demenzkongress Niedersachsen 2016. Eine Diagnose – zwei Patienten 16. November 2016, Hannover

Die Demenz entwickelt sich zu einer bedeutenden sozialen, politischen, ökonomischen und humanitären Herausforderung. Wie kann eine adäquate Versorgung von Menschen mit kognitiven und dementiellen Störungen gewährleistet werden? Wie reagiert die Politik auf die Problematik? Wie können Angehörige entlastet und medizinische sowie pflegerische Strukturen auf kommunaler Ebene angepasst werden? Diese und weitere Fragen werden auf dem Kongress beleuchtet und diskutiert.

Schulverpflegung in Bewegung. Restlos genießen – Lebensmittelwertschätzung in der Schule! 22. November 2016, Hannover

Rund um das Thema »Lebensmittel – Wertschätzen statt wegwerfen« geben Expertinnen und Experten Antworten auf Fragen nach den Ursachen der hohen Lebensmittelverluste und deren Auswirkungen. Hierzu gehören auch die Lebensmittelabfallmengen in der Schulverpflegung. Die Fachtagung bietet Ansätze und Modelle aus der Praxis, viel Raum zur Beantwortung von Fragen sowie ein Diskussionsforum zur Lebensmittelwertschätzung in der Schule.



Preisverleihung Niedersächsischer Gesundheitspreis

28. November 2016, Hannover

Bereits zum sechsten Mal haben die Niedersächsischen Ministerien für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die Apothekerkammer Niedersachsen sowie die AOK Niedersachsen gemeinsam den »Niedersächsischen Gesundheitspreis« ausgeschrieben. Projekte in folgenden Kategorien werden prämiert: » Der kleine Unterschied! Geschlechterspezifische Gesundheitsversorgung und -förderung » Chronische Erkrankungen besser versorgen – Lebensqualität fördern » eHealth – Lösungen für eine bessere Gesundheitsversorgung.

17. SOPHIA Fachtagung

Elterseele – Kinderseele: Man sieht nur, was man weiß

29. November 2016, Hannover

Bei der Schuleingangsuntersuchung kommt es vor, dass »Verhaltensbesonderheiten« bei Eltern und Kindern wahrgenommen werden, die die Untersucherin oder der Untersucher intuitiv erfasst, aber nicht konkret zuordnen kann. Auslöser dieser Verhaltensweisen können gestörte familiäre Bindungen sein, welche auch die weitere Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinflussen. Die Kenntnis dieser Zusammenhänge erleichtert die Beratung der Eltern. Die SOPHIA Fachtagung richtet sich deshalb an alle Mitarbeitenden der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste in Niedersachsen.

XXVI. Niedersächsische Suchtkonferenz

Zum Wohl? – Von wegen! Neue Perspektiven auf die Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit

30. November 2016, Hannover

Der Konsum von Alkohol ist in Deutschland gesellschaftlich weit verbreitet und akzeptiert. Problematisch sind die vielfältigen gesundheitlichen Risiken durch hohen Konsum und die Gefahr einer Abhängigkeit. Bei etwa 3,4 Prozent der erwerbsfähigen Bevölkerung wird eine Alkoholabhängigkeit vermutet, die weitreichende körperliche, geistige, psychische und soziale Folgen für die Betroffenen haben kann. Durch Prävention kann dem Alkoholkonsum und den damit einhergehenden gesundheitlichen Risiken entgegengewirkt werden. Die XXVI. Niedersächsische Suchtkonferenz sensibilisiert für das Thema und zeigt neue Perspektiven für die Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit auf.

Gemeinsam für gesundheitliche Chancengleichheit. Gesundheitsförderung und -versorgung vielfaltssensibel weiterentwickeln!

07. Dezember 2016, Hannover

Das Gesundheitswesen fokussiert sich bei Menschen mit queeren Lebensinventaren nach wie vor mehr auf Defizite als auf Ressourcen und fasst diese in erster Linie als Risikotragende auf. Die Einordnung als »vulnerable Gruppen« wird dadurch nicht selten zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung. Im Rahmen der Konferenz sollen Aspekte gesundheitsbezogener Benachteiligung von LSBTI*-Personen erörtert und Lösungsansätze sowie moderne Gesundheitsförderungs- und Versorgungskonzepte mit Fachkräften des Gesundheitswesens diskutiert werden.

Hinsehen und Handeln – Werte und Führung im Fokus

07. Dezember 2016, Hannover

Die große Nachfrage im letzten Jahr hat die LVG & AFS dazu bewogen, die Veranstaltung »Hinsehen und Handeln« ein zweites Mal durchzuführen. Diesmal zu dem Thema »Werte und Führung« in Organisationen. Die Referierenden werden Denkanstöße zu den Themenschwerpunkten Werte, Fähigkeiten und Grenzen in Führungskultur und Unternehmen geben. Anschließend wird genügend Zeit für den Austausch untereinander vorhanden sein. Die Veranstaltung richtet sich insbesondere an Führungskräfte.

Bewegungsförderung für Studierende in gesundheitsfördernden Hochschulen

08.-09. Dezember 2016, Hannover

Sich ausreichend zu bewegen, ist ein wichtiges Element für gesundheitsförderliches Verhalten. Studierende an Hochschulen, die eher inaktiv sind, sind eine Herausforderung für gesundheitsfördernde Hochschulen und stellen ein großes präventives Potenzial dar. Was sind die Gründe für Inaktivität? Welche Bewegungsbiografien haben Menschen, die Bewegung und Sport nicht mögen? Neben diesen Fragen geht es auf der Tagung auch darum, Anknüpfungspunkte für Veränderungen zu identifizieren.

VORSCHAU

Kindergesundheit – Schmerztherapie

01. Februar 2017, Hannover

Früh übt sich – Bildung – Entwicklung – Nachhaltigkeit

23. Februar 2017

FORTBILDUNGSPROGRAMM

für Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung



20. Oktober 2016 Mit allen Sinnen – Menschen mit fortgeschrittener Demenz einfühlsam begegnen

24. Oktober 2016 Die Seele baumeln lassen – Entspannungsmethoden in der Seniorenarbeit

27. Oktober 2016 Interkulturelle Kommunikation im Pflegealltag – Eine Herausforderung positiv gestalten

01. November 2016 Aufbau Niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote – Eine Aufgabe für Profis

01. November 2016 oder 07. Dezember 2016

Das neue Begutachtungsassessment (NBA) – der sichere Weg zum richtigen Pflegegrad!

07. November 2016 Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) Praktische Anwendung und Umsetzung

15. November 2016 Männergerecht – Gedächtnistraining für den Hahn im Korb

NIEDERSACHSEN

- 21.10.2016 » People Processing – Patientenströme steuern: Patientenorientierung oder Erlössteigerung**, Osnabrück, Kontakt: Hochschule Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 69 21 40, E-Mail: wiso@hs-onsabrueck.de, Internet: www.hs-onsabrueck.de
- 25.10.2016 » Jugendschutz für jugendliche Flüchtlinge: Themen, Risiken und Ressourcen**, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Tel.: (05 11) 85 87 88, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de, Internet: www.jugendschutz-niedersachsen.de
- 25.10.2016 » Kriegskinder – reden und erinnern statt vergessen oder schweigen**, Hannover, Kontakt: Agentur für Erwachsenen- und Weiterbildung, Tel.: (05 11) 30 03 30 25, E-Mail: voelkening@aewb-nds.de, Internet: www.aewb-nds.de
- 9.11.2016 » 8. Gerontopsychiatrisches Symposium »Psychotherapie im Alter«**, Hannover, Kontakt: Caritas Forum Demenz – Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum, Tel.: (05 11) 12 60 00, E-Mail: info@caritas-hannover.de, Internet: www.caritasforumdemenz.de
- 2.12.2016 » Qualität auf YouTube?! Standards für Gesundheitsvideos**, Hannover, Kontakt: Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e. V., Tel.: (05 11) 3 88 11 89-34, E-Mail: info@afgis.de, Internet: www.afgis.de
- 6.12.2016 » Big Data: Der Spion in uns**, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Tel.: (05 11) 85 87 88, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de, Internet: www.jugendschutz-niedersachsen.de

BUNDESWEIT

- 7.- 8.10.2016 » WIR SIND DA! Kinder aus Krisenregionen. Eine Herausforderung für unsere Gesellschaft**, Oberhausen, Kontakt: Deutsche Liga für das Kind e. V., Tel.: (0 30) 28 59 99 70, E-Mail: post@liga-kind.de, Internet: www.liga-kind.de
- 10.-12.10.2016 » 56. DHS Fachkonferenz SUCHT: Abstinenz – Konsum – Kontrolle**, Erfurt, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Tel.: (0 23 81) 9 01 50, E-Mail: info@dhs.de, Internet: www.dhs.de
- 13.10.2016 » Migration und Flucht von Kindern – Wege zur Gesundheit**, München, Kontakt: Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern, Iris Grimm, Tel.: (0 91 31) 68 08 45 06, E-Mail: iris.grimm@lgl.bayern.de
- 18.10.2016 » Im Alter IN FORM – Potenziale in Kommunen aktivieren**, München, Kontakt: BAGSO, Tel.: (02 28) 2 49 99 30, E-Mail: kontakt@bagso.de, Internet: www.bagso.de
- 20.-21.10.2016 » Soziale Arbeit in der Sucht-hilfe und Suchtprävention: Was wirkt?!**, Münster, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe, Tel.: (02 51) 5 91 38 38, E-Mail: info@dg-sas.de, Internet: www.dgsas.de
- 21.10.2016 » INSEA Fachtagung: Selbstmanagementprogramme für chronisch Kranke**, Berlin, Kontakt: Nationale Koordinierungsstelle INSEA, Tel.: (05 11) 5 32 84 56, Dr. Gabriele Seidel, E-Mail: seidel.gabriele@mh-hannover.de, Internet: www.insea-aktiv.de
- 31.10.- 2.11.2016 » 7. Jahrestagung der European Society for Prevention Research EUSPR**, Berlin, Kontakt: European Society for Prevention Research, Internet: www.euspr.org
- 2.11.2016 » 7. Norddeutscher Wohn-Pflege-Tag: Verschiedenheit ist doch normal – auch im Alter! Auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft?**, Hamburg, Kontakt: Albertinen-Akademie, Tel.: (0 40) 55 81 17 76, E-Mail: matthias.zeltwanger@albertinen.de, Internet: www.albertinen.de
- 3.11.2016 » Gesundes Leben im ländlichen Raum vor dem Hintergrund des Präventionsgesetzes**, Waren an der Müritz, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V., Tel.: (03 85) 7 58 98 94, E-Mail: info@lv-g-mv.de, Internet: www.lv-g-mv.de
- 4.- 6.11.2016 » 8. Internationaler Hamburger Sport-Kongress**, Hamburg, Kontakt: Verband für Turnen und Freizeit e. V., Tel.: (0 40) 41 90 82 39, E-Mail: info@hamburger-sport-kongress.de, Internet: www.hamburger-sport-kongress.de
- 5.- 6.11.2016 » 23. AKF-Jahrestagung: Herkunft – Ankunft – Zukunft: Neue Herausforderungen für Frauen und Gesundheit**, Essen, Kontakt: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF), Tel.: (0 30) 86 39 33 16, E-Mail: www.buero@akf-info.de, Internet: www.akf-info.de

- 14.-15.11.2016 » Teilhabe – Anspruch und Wirklichkeit in der medizinischen Rehabilitation**, Berlin, Kontakt: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V., Tel.: (0 62 21) 1 87 90 10, E-Mail: info@dvfr.de, Internet: www.dvfr.de
- 18.11.2016 » Deutscher Lehrertag: Baustelle Inklusion/Integration – Herausforderung oder Zumutung?**, Dortmund, Kontakt: Verband Bildung und Erziehung e. V., Tel.: (0 30) 72 61 96 60, E-Mail: info@vbe.de, Internet: www.deutscher-lehrertag.de
- 23.11.2016 » Zukunft Prävention: Neue Strategien zur Prävention chronischer Erkrankungen**, Berlin, Kontakt: Kneipp-Bund e. V., Tel.: (0 30) 30 20 07 70 95, E-Mail: geiser@kneippbund.de, Internet: www.kneippbund.de
- 29.11.2016 » Wohnen im Alter**, Köln, Kontakt: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), Tel.: (05 21) 8 00 70, E-Mail: poststelle@lzg.gc.nrw.de

INTERNATIONAL

- 3.- 5.10.2016 » 4th International Conference on Epidemiology and Public Health**, London (Großbritannien), Kontakt: Conference Series LLC, E-Mail: contact@conferenceseries.com, Internet: www.epidemiology.conferenceseries.com
- 13.10.2016 » 2. Konferenz der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz**, Wien (Österreich), Kontakt: Gesundheit Österreich GmbH, Tel.: (00 43) 1 51 56 10, E-Mail: oepgk@goeg.at, Internet: www.oepgk.at
- 31.10.- 02.11.2016 » 26th Annual Conference of Alzheimer Europe**, Kopenhagen (Dänemark), Kontakt: Alzheimer Europe Office, Tel.: (03 52) 29 79 70, E-Mail: info@alzheimer-europe.org, Internet: www.alzheimer-europe.org/Conferences/2016-Copenhagen
- 31.10.- 3.11.2016 » World Cancer Congress**, Paris (Frankreich), Kontakt: Union for International Cancer Control, Tel.: (00 41) 2 28 09 18 34, E-Mail: congress@uicc.org, Internet: www.worldcancercongress.org