

74 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

Wieviel Wissen ist gesund?

EDITORIAL » In einer Wissensgesellschaft die Zusammenhänge zwischen Wissen und Gesundheit kritisch zu beleuchten, hat fast etwas von Blasphemie. Dabei hat schon Immanuel Kant die Frage »Was kann ich wissen?« nicht alleine stehen lassen wollen, sondern zusammengeführt mit den ebenso wichtigen Fragen »Was soll ich tun?« und »Was darf ich hoffen?«. Letztlich kreisen alle Beiträge dieses Heftes genau um diese drei Fragen. So beleuchten sie die Zusammenhänge zwischen Wissen, Lebenslagen, Diversitäten, Verwirklichungschancen, und Herrschaftstechniken. Sehr schnell werden die Grenzen von Wissen, die normierenden Funktionen von Gesundheitsdiskursen und die Verwirklichung dessen, was »man oder frau« weiß, in sehr unterschiedlichen Lebensentwürfen deutlich. Auch Patientenmündigkeit und das Recht auf Nichtwissen spielen eine wesentliche Rolle in dieser *impulse*-Ausgabe.

Wir haben selten schon im Vorfeld einer Ausgabe soviel positives Feedback für die Wahl des Themas erhalten wie für dieses Heft. Vielleicht sind gerade die Wissensfluten und die häufig gleichzeitige Relativität von Wissen im Gesundheitsbereich auch Anlass für jede Menge Unbehagen für unkritische Wissensproduktion ohne Handlungsmöglichkeiten und Hoffnung im Kantschen Sinn.

Für den Schwerpunkt haben wir spannende Interviews mit der Schriftstellerin Juli Zeh und mit Prof. Dr. Gerd Antes, dem Leiter des Deutschen Cochrane Centrums, führen können. Wir berichten zudem über den ersten digitalen Präventionspreis und das neue Männergesundheitsportal sowie über Projekte auf kommunaler Ebene. Über den Medien- und Veranstaltungsteil dieses Heftes besteht wie immer die Möglichkeit, neues Wissen zu erlangen, wenn es denn nützlich sein sollte ...

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Neue Belastungen – neue Bewältigungsstrategien« (Redaktionsschluss 02.05.2012) und »Kommunen der Zukunft« (Redaktionsschluss 06.08.2012). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen oder auch Feedback zur aktuellen Ausgabe zu geben.

Mit herzlichen Frühlingsgrüßen!



Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT Kann Wissen Berge versetzen? **02** Wissen über Gesundheit allein genügt nicht! **03** Das Recht auf Wissen und Nichtwissen **04** Wieviel Wissen ist gesund? **06** Lieber doch im vollen Galopp vom Pferd fallen? – Was Männer nicht über Gesundheit wissen wollen **07** Patientenmündigkeit: Chancen und Grenzen **08** Wissensüberflutung? Zum komplexen Zusammenhang von Wissen, Herrschaft und Ungleichheit im Gesundheitsbereich **09** Bildung als Ressource für Gesundheit **10** Wie nutzt man Theorien zur Verhaltensänderung in der Praxis? **12** Grenzen medizinischen Wissens in Gesundheitsfragen **13** Prädiktive Gentests und ihre Folgen **15** Das unvollständige Wissen: Ein Interview **16** Mündige Patientinnen und Patienten **17** Wer will was wissen? Diversity bei Gesundheitsinformationen **19** Health Literacy und die Vermittlung von Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenzen **20** Das Ende der guten Hoffnung? Schwangerschaft unter Wissens- und Entscheidungszwängen **21** Wie komme ich zu einer informierten Entscheidung? **22** Das Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012 **24** Qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen für Männer **25** Seniorenservicebüros in Niedersachsen **25** AOK-Leonardo – Gesundheitspreis für digitale Prävention **26** Die IDEFICS-Studie – Gesundes Leben lernen **27** Cara – Beratungsstelle zu Schwangerschaft und vorgeburtlicher Diagnostik **28** Förderung des seelischen Wohlbefindens **29** Fit für ein besonderes Leben: Modulares Schulungsprogramm für chronisch kranke Kinder und Jugendliche sowie deren Familien **29** Kita-Leitungen in Braunschweig haben es satt **30** Impressum **31** Bücher, Medien **32** Termine **35**



BETTINA SCHMIDT

Kann Wissen Berge versetzen?

Wissen fördert die Gesundheit – unter Idealbedingungen. Doch Idealbedingungen sind selten der Fall. Unter Realbedingungen ist der gesundheitsrelevante Nutzen von Wissen fraglich bzw. abhängig von weiteren Bedingungen:

- 1 Das verfügbare Wissen ist korrekt und widerspruchsfrei
- 2 Das Wissen lässt sich fehlerlos vermitteln/erwerben
- 3 Das Wissen verändert Verhalten in erwünschter Weise
- 4 Das Verhalten fördert Gesundheit

Die Verfügbarkeit von bestem Wissen

Auch wenn unzählige Gesundheitskampagnen den Eindruck erwecken, es gäbe unzählige gesicherte Informationen über Gesundheit: Dieser Eindruck entspricht nicht den empirischen Tatsachen. Dass das Rauchen riskant ist, basiert tatsächlich auf gesichertem Fachwissen. Doch schon die verfügbaren Daten – genauer gesagt Schätzungen – zum Passivrauchen sind umstritten, ebenso wie die Studien, die diese Schätzungen bestreiten. Auch zum Alkoholkonsumrisiko liegen (abgesehen von Missbrauch) widersprüchliche Erkenntnisse darüber vor, ob, wie viel und welcher Alkohol für welche Personen schädlich, nützlich oder gesundheitlich unbedeutend ist. Ungesichert sind ebenfalls die verfügbaren Fakten zum Übergewicht (die Angaben über einen gesundheitsriskanten BMI schwanken zwischen 23 und 35), zum metabolischen Syndrom, zum Cholesterinspiegel, zur Krebsfrüherkennung, zur Bypass-OP etc.

Gesundheitswissenschaftliches Wissen stützt sich nicht auf endgültige Gewissheiten, sondern auf errechnete Wahrscheinlichkeiten, also auf dem, was unter bestimmten Umständen für realistisch gehalten werden kann – und für den Einzelfall nicht gelten muss. Solches Wahrscheinlichkeitswissen produ-

ziert Widersprüche, an denen sich nicht nur Laien, sondern auch Profis stoßen, zum Beispiel wenn sie empfehlen sollen, ob man künftig lieber Rotwein statt Weißwein trinken, mit 70 Jahren noch zum Mammographiescreening gehen oder Rückenschmerzen zunächst beobachten oder sofort gründlich diagnostizieren lassen sollte. Gesundheitswissen ist komplex, entsprechend häufig stößt man an dessen Nutzungs- und Nutzungsgrenzen.

Die fachgerechte Vermittlung von Wissen I

Eindeutiges Wissen ist nur begrenzt verfügbar und außerdem nur begrenzt vermittelbar. Komplexes Gesundheitswissen wird sowohl in populärwissenschaftlichen als auch in Fachinformationen oft fehlerhaft dargestellt. Inzwischen gibt es Regeln »Guter Praxis Gesundheitsinformationen«, die darauf hinweisen, dass gute Gesundheitsinformation nicht nur informieren muss über Krankheitsursache, -diagnostik, -prävention und -behandlung, sondern beispielsweise auch über falsch positive/negative Diagnostik, unerwünschte Behandlungswirkungen, Chancen von Behandlungsverzicht etc. Bisher weisen zahlreiche Patienteninformationen zum Beispiel deutliche behandlungsbefürwortende Verzerrungen beim Vergleich »Behandlung versus Abwarten« auf, auch verzichten viele Broschüren auf den Hinweis, dass eine neue Diagnostik ggf. nicht genaueres/besseres, sondern schlechteres Wissen produziert, weil genauere Messinstrumente nicht pathologische Veränderungen, sondern bloß unbedenkliche Normvarianten diagnostizieren und pathologisieren.

Der korrekte Erwerb von Wissen

Einmal angenommen, es gäbe verlässliches Wissen, das auch verlässlich vermittelt wird, also auch alle Hinweise auf Wahrscheinlichkeiten, Widersprüche, Interessenskonflikte etc. liefert: In Deutschland gelten 7,5 Mio. Menschen als funktionale Analphabeten. Aber auch gründlich alphabetisierte Menschen haben Schwierigkeiten, gesundheitswissenschaftliches Komplexwissen zu verstehen. Die meisten Menschen scheitern bereits an simplen Wahrscheinlichkeitsaussagen – Laien ebenso wie Profis. Kaum jemand versteht exakt, was es heißt, dass eine neue Arznei das Thromboserisiko im Vergleich zur Vorgänger-Version um 100% verringert; auch Gesundheitsprofis wissen häufig nicht präzise, was ein positiver Darmkrebsfrüherkennungstest für die tatsächliche Krankheitswahrscheinlichkeit eines bestimmten Patienten bedeutet. Ohnehin sollte nicht vergessen werden, dass es bei der Förderung von Wissen letztlich nicht um Wissenserwerb geht, sondern um die Nutzung des Wissens für das Gesundheitsverhalten bzw. die Gesundheit. Doch Wissen ist nur eine von vielen Bedingungen für Gesundheitsverhalten bzw. für Gesundheit.

Auch sollte man nicht vergessen, dass Wissen nicht nur nützlich ist: Der Nutzen kann variieren, gegebenenfalls kann Wissen belastungsförderlich und Nichtwissen wohlbefindensförderlich sein. Selektive Informationsaufnahme (nur die guten Teile einer Nachricht) kann eine gesundheitsdienliche Lebensbewältigungsstrategie sein, beispielsweise im Bereich der genetischen Diagnostik. Bekannt ist zum Beispiel auch, dass Aufklärungsprozeduren vor medizinischen Eingriffen nicht bei allen Menschen gesundheitsförderlich wirken, sondern ggf. angsterzeugend, da manche Patientinnen und Patienten hieraus größere Risiken ableiten, als es angemessen wäre. Viele Menschen sind nach dem 11.9.2001 aus Angst vor Flugzeugentführungen vermehrt Auto gefahren – steigende Unfall-

zahlen waren die Folge. Gut gemeinte Informationen können also zu irritierender Orientierungslosigkeit führen. Um diese Orientierungslosigkeit zu verkraften, neigen viele Menschen dazu, sich für besser informiert zu halten, als es der Realität entspricht. Ob dagegen zusätzliche Informationen helfen, ist fraglich.

Die fachgerechte Vermittlung von Wissen II

Was heißt unter den dargestellten Bedingungen »fachgerechte Wissensvermittlung«? Sollten Informationen vollständig oder knapp dargestellt werden? Ist komplexitätsreduzierte Verständlichkeit wichtiger als komplexitätsadäquate Sachangemessenheit? Ist Informationsklarheit wichtiger als Informationspräzision? Sollen Informationen gegeben werden, auch wenn dies unnötig Angst erzeugt? Soll der Fokus auf statistischer Evidenzbasierung oder individueller Wohlbefindensförderung liegen? Sollen systematische Informationsverarbeitungsfehler einkalkuliert, Informationen also um wahrscheinliche Verzerrungen bereinigt werden? Sollen Empfehlungen ausgesprochen werden, oder ist das manipulativ? Für welche Bevölkerungsgruppen sind welche Formen zu empfehlen?

Der Nutzen von Wissen für Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand

Auch bestes Wissen ist nicht zwingend handlungsrelevant, denn Handeln ist von vielen weiteren Faktoren abhängig. Zunächst einmal ist Routinehandeln praktisch, denn es erlaubt automatisiertes Tun bei der Bewältigung des Alltags und beschränkt konzentriertes Tun auf die Bewältigung von Herausforderungen. Die (gesundheitsförderliche) Veränderung von Handlungsroutinen erschwert also häufig den gesamten Tagesablauf; außerdem kann Verhaltensänderung anstrengend sein (zur Arbeit radeln), bedrückend (Bruch mit den drogenaffinen Freunden), unrealistisch (gesünder wohnen), ergebnisungewiss (vermindern Äpfel Arztbesuche?), gesundheitsriskant (Konflikte im Team nach veränderter Work-Life-Balancierung). Bestes Wissen ist auch nicht zwingend gesundheitsrelevant: Menschen aus niedrigen sozialen Milieus sterben in Deutschland zehn Jahre eher als Menschen aus hohen sozialen Milieus, und das liegt bekanntlich nicht allein daran, dass sie weniger wissen, sondern dass sie gesundheitsriskanter arbeiten und wohnen, einen riskanteren Lebensstil pflegen (zum Beispiel weil im eigenen Milieu gesundheitsriskanteres Verhalten üblich – und für die soziale Gesundheit opportun ist), weil sie im mittelschichtgeprägten Gesundheitssektor schlechter aufgehoben sind etc.

Idealerweise kann Wissen Gesundheit fördern. Doch Menschen, die unter Standardnormal- oder kümmerlichen Minimalbedingungen leben, benötigen nicht nur besseres Wissen, sondern vor allem bessere Lebensbedingungen – sichere statt prekäre Beschäftigung, bewegungsförderliche statt autogerechte Innenstädte, ein solidarisches statt marktkonformes Gesundheitswesen, Beistand statt Belehrung. Zu hoffen ist, dass zumindest für Gesundheitsprofis das Wissen über die Grenzen von Wissen handlungsrelevant wirkt und sich beispielsweise manifestiert in verringerter Aufklärung über gemütliche Untätigkeit und stattdessen in vermehrter Auflehnung gegen gesundheitliche Ungleichheit.

PROF. DR. BETTINA SCHMIDT, Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Immanuel-Kantstraße 18–20, 44803 Bochum, Tel.: (02 34) 36 90 11 68, E-Mail: bschmidt@efh-bochum.de



KLAUS D. PLÜMER

Wissen über Gesundheit allein genügt nicht!

Der volkstümliche Aphorismus »Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß.« steht für den klugen Verdrängungsmechanismus, Streit und Konfrontationen aus dem Weg zu gehen. Übertragen auf das vorliegende Thema könnte man auch sagen, dass Verdrängen oder Nichtwissen durchaus als ein protektiver Faktor für Wohlbefinden und Gesundheit betrachtet werden kann. Denn, was ich nicht sehe oder wahrnehme, kann mich auch nicht grämen, quälen oder kränken.

Nichts desto trotz wissen wir sehr viel über Gesundheit. Wir haben detaillierte und spezifische Informationen darüber was der Gesundheit zu- oder auch abträglich ist und kennen den positiven Zusammenhang von sozialer Lage, Bildung und Gesundheit. Die Frage: Wie viel Wissen ist gesund?, zielt vor allem darauf, was man mit dem vorhandenen Wissen anfängt und welche Konsequenzen daraus gezogen werden. Dabei spielen die konkreten Erfahrungen und kulturellen Unterschiede, die Menschen mit dem Thema Wissen, Wissensaneignung, Wissenserwerb oder verallgemeinert mit Lernen machen, eine wichtige Rolle. Hier entscheidet es sich, ob sich Wissen im möglichen Lebensstil der Menschen niederschlägt, oder besser: in ihren Verwirklichungsoptionen und realen Lebenschancen.

Fehler machen und daraus lernen – ein Recht für alle Menschen

Wissen als Rohstoff ist zunächst nichts anderes als reine Informationen, Fakten, Daten, Aussagen. Es braucht Menschen, die das einordnen und interpretieren können, so der Werbeclip der ZEIT, und dann tritt bedeutungsschwanger der Eldersstatesman Helmut Schmidt ins Bild. Aber sollten dazu nicht alle Menschen in ihrem Lebenskontext in der Lage sein? Eigene Erfahrungen und Fehler zu machen, daraus zu lernen, praktisch verwertbares Wissen zu erwerben und die Chance haben, klug zu werden.

Gelegentlich entsteht jedoch der Eindruck, dass die zahlreichen Gesundheitsprofessionen, Ärzte, Psychologinnen und Psychiater, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Sozialarbeite-



rinnen, Ernährungsberater, und seit den neunziger Jahren auch Gesundheitswissenschaftlerinnen unterschiedlicher Couleur, sich verstärkt darauf kaprizieren, den ‚normalen‘ Menschen beizubringen, wie sie gesund leben können und was zu tun ist, um gesund zu bleiben.

Das war und ist zu erwarten, denn jede Profession braucht, ja sucht sich ihr Handlungsfeld, sonst gerät sie in eine professionelle Identitätskrise. Aber wie oft ist dieses professionelle Wissen losgelöst von der alltäglichen Lebenserfahrung der Menschen in ihrem konkreten Lebensumfeld?

Zurück zum Thema: Haben zunehmendes professionelles Wissen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse der Gesundheit etwas gebracht? Hat sie sich verbessert? Darauf eine einfache Antwort zu geben, ist schwer, wenn nicht gar unmöglich. Denn was wird mit Gesundheit assoziiert? Gesundheit als ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (WHO-Definition) wird zu Recht als handlungsleitende Maxime in Frage gestellt.

Konsens besteht aber auch darin, dass Gesundheit eben mehr ist als Abwesenheit von Krankheit. Die psychischen, psychosozialen und spirituellen Dimensionen von Krankheit und Gesundheit sind ebenso erkannt wie die strukturellen, kulturellen und genderspezifischen Determinanten, die oft die entscheidenden Faktoren von Gesundheit darstellen.

Wissen erzeugt keine Verhaltensänderung

Hat dieses Mehr an Wissen uns klüger gemacht? Werden daraus die richtigen gesundheitspolitischen Konsequenzen gezogen? Die WHO hat 2011 konstatiert, dass sich die Adipositas Prävalenzraten seit den achtziger Jahren mehr als verdoppelt haben, mit nach wie vor steigender Tendenz. Klassische Lebensstilinterventionen, deren Hauptziel immer noch individuelle Verhaltensänderungen sind, auch wenn sie inzwischen milieuspezifisch erweitert werden, stehen dennoch weiterhin hoch im Kurs. Muss die weltweite Adipositas Pandemie nicht vielmehr als Indikator für das Scheitern falsch verstandener, auf Änderung des individuellen Lebensstils fokussierter Präventionsstrategien betrachtet werden?

Dass die Fixierung auf einen ungesunden Lebensstil als Krankheitsursache aus guten Gründen vermieden werden sollte, dafür hat Signild Vallgård im *Scandinavian Journal of Public Health* überzeugend plädiert. Das Konzept der Lebensstilerkrankungen (gelegentlich auch als Zivilisations- oder Wohlstandserkrankungen bezeichnet) gibt ein zu enges Bild von den Todesursachen, es sollte aufgegeben und einem breiteren Verständnis der Ursachen und Optionen für Prävention Platz machen (frei übersetzt, KDP).

Pointiert hat dazu der Arbeits- und Umweltmediziner Dennis Nowak von der Ludwig-Maximilians-Universität München Stel-

lung genommen: »Übergewicht und Rauchen sind zum sichtbaren Makel sozialer Diskriminierung geworden.« Dass es sozial Benachteiligten an Handlungsspielräumen mangle, mache sie krank. Aus den Genen ließe sich das nicht herauslesen.

Er entlarvte das Motto ‚Fordern und Fördern‘ als repressive Floskel: Gesundheit fördern hieße doch, dass man sich als gut situiertes Mensch überlegen kann, ob man drei- oder viermal am Tag Salat isst und 45 statt 30 Minuten Sport treibt. »Fordern hingegen bedeutet, unwillige Gesunde und unfähige Kranke mit Sanktionen zu belegen«, so Nowak. Er zeigte damit die ‚Crux von Eigen- und Fremdverantwortung‘ auf, die mit dazu beiträgt, dass viele Präventionsbemühungen nicht zu den gewünschten Ergebnissen führen. Wissen erzeuge nun mal keine Verhaltensänderung.

Nimmt man Gesundheit als Indikator für Verwirklichungsoptionen und Lebenschancen, dann zeigt der soziale Schichtgradient, dass diese selbst in Wohlstandsgesellschaften zum Teil höchst ungleich verteilt sind. Sogar Norwegen, das Land dem alljährlich die Topposition in Sachen Lebensqualität international zuerkannt wird, war darüber erschrocken, dass soziale Ungleichheit und Gesundheit auch bei ihnen ein ernstzunehmendes Thema ist.

Literatur beim Verfasser

KLAUS D. PLÜMER, Bachstraße 9, 40223 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 934 61 92, E-Mail: kpluemer@email.de, Internet: www.etc-summerschool.eu

KAI WEHKAMP

Das Recht auf Wissen und Nichtwissen

Schicksal ohne Option

Maximilian I. von Habsburg ließ sich bereits einige Jahre vor seinem Tod seinen Sarg zimmern und stieg, kurz bevor er starb, schicksalsergeben selbst in sein Totenhemd. Soweit bekannt ist, starb er an Darmkrebs. Doch die genaue Diagnose hatte zu dieser Zeit keine besondere Relevanz. Der Kaiser des Heiligen Römischen Reiches hätte ohnehin nicht die Wahl gehabt, einige Jahre vor seinem Tod durch eine Darmspiegelung eine zu diesem Zeitpunkt vermutlich noch gutartige Wucherung frühzeitig zu erkennen, abzutragen und dadurch dem Tod durch Darmkrebs zu umgehen. Weder das Koloskop war zu Beginn des 16. Jahrhunderts erfunden, noch wusste man um die Adenom-Karzinom-Sequenz, die meist einem Kolonkarzinom über einen Zeitraum von 5–10 Jahren vorausgeht. Früherkennung war also keine Option – Leben und Krankheit waren Teil des Schicksals, und ließen sich kaum beeinflussen.

Der gläserne Mensch?

Seitdem hat sich einiges geändert. Das Wissen und unser Zugriff darauf haben sich in den letzten Dekaden gigantisch vermehrt und gleichzeitig auch das medizinische Wissen um die Entstehung und Früherkennung von Erkrankungen. So kann die moderne bildgebende Diagnostik schon kleinste Tumore im Frühstadium erkennen und verspricht mit einer frühzeitigen Entfernung eine verbesserte Prognose. Auch im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen gibt es enorme Intensivierungen der Diagnostik – kaum eine siebzigjährige Person, die nicht schon eine Herzkatheter-Untersuchung hinter sich hat. Beeindruckend ist auch das Potential der Genforschung, die mit Hochdruck daran arbeitet, die genetischen Grundlagen für Gesundheit und ein langes Leben zu verstehen.

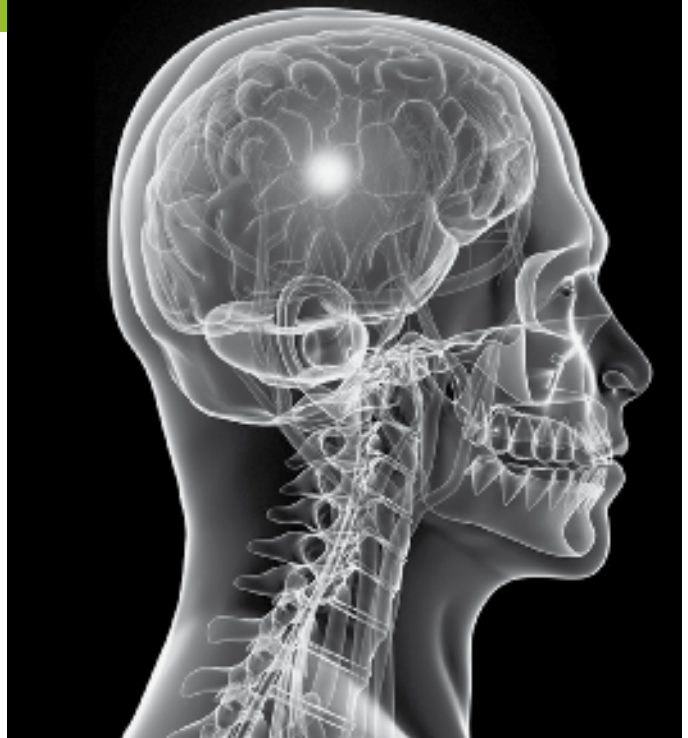
Die Ratio medizinischen Wissens

In Anbetracht der gewaltigen diagnostischen Möglichkeiten, die die Medizin bietet, muss aber stets auch die Frage gestellt werden, inwieweit der Zugewinn an diagnostischem Wissen im Einzelfall medizinisch sinnvoll und von Patientinnen und Patienten wirklich gewollt ist. Nicht jede diagnostische Maßnahme bietet das Potential Lebenszeit oder Lebensqualität zu verbessern.

Wichtig sind auch Kosten-Nutzen-Bewertungen, wie sie z. B. in Großbritannien üblich sind und nun in der Verantwortung von IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) und AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH) auch in Deutschland zunehmend gefördert werden: hier werden verschiedene Behandlungs- oder Präventionsmethoden daraufhin überprüft, wie viel Zugewinn an (qualitätsadjustierten) Lebensjahren sie jeweils im Verhältnis zu den Kosten bringen. Es ist auffällig, dass viele Interventionen zur positiven Beeinflussung des Lebensstils (Abbau von Übergewicht, gesunde Ernährung, Nichtraucher-Kampagnen etc.) mit sehr niedrigem Ressourceneinsatz Leben verlängern können. Dass in Deutschland trotzdem der Schwerpunkt auf hochtechnologisierte Medizin gesetzt wird, hat verschiedene Hintergründe: So erfordern Lebensstil-Änderungen ein aktives Handeln der Individuen, für die eine Motivation ohne Leidensdruck teils schwierig ist. Die praktizierte Medizin in einem Gesundheitssystem hängt zudem stark vom finanziellen Anreizsystem ab: weder für Krankenhäuser noch für Fachärztinnen und -ärzte gibt es wesentliche finanzielle Anreize um auf Gesundheitsförderung zu setzen. Da aber inzwischen starke marktwirtschaftliche Kräfte in unserem Gesundheitssystem walten, werden präferentiell die Maßnahmen durchgeführt, für die es auch einen wirtschaftlichen Anreiz gibt. Und dazu gehört in hohem Maße die technologisierte Diagnostik.

Früherkennung als Bürgerpflicht?

Trotz aller bestehenden Einschränkungen in Diagnostik und Therapie: je mehr Früherkennung und erfolgreiche Bekämpfung von Krankheiten potentiell möglich ist, desto weniger erscheint uns der Zeitpunkt unseres Todes als Schicksal. Im Gegenteil: stirbt ein Mensch heutzutage an Darmkrebs, so wird häufig eine nicht wahrgenommene Vorsorgekoloskopie, die vielleicht diesen Tod hätte verhindern können, als Versäumnis empfunden. Insbesondere die pränatale Diagnostik, mit der sich schon jetzt Dutzende von Erberkrankungen und Gendefekten erkennen lassen, macht auch die ethischen und sozialen Aspekte deutlich: die Möglichkeit bestimmte Diag-



nostik durchzuführen (und im Falle des ungeborenen Lebens entsprechende Konsequenzen zu ziehen) ist für einige ein Segen, für andere ein unerträgliches Dilemma.

Gleichzeitig kann sich auch ein sozialer Druck ergeben, der häufig durch ein Kostenargument verstärkt wird: wer Krankheiten »herausfordert«, der belastet das Gesundheitssystem. Dieses Argument wurde inzwischen aber weitestgehend entkräftet: die Gesamtausgaben eines Gesundheitssystems werden nicht dadurch entlastet, dass die Bevölkerung durch rege Teilnahme an Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung länger lebt. Im Gegenteil: am Beispiel des Rauchens konnte inzwischen in mehreren Studien gezeigt werden, dass die Kosten ansteigen, wenn alle Menschen Nichtraucher werden. Denn Raucher sterben statistisch deutlich früher und meist innerhalb kurzer Zeit. Ein Nichtraucher verursacht hingegen in seinem längeren Leben, mit statistisch höherer Lebensqualität, deutlich höhere kumulative Kosten. Gesundheitsförderung spart demzufolge keine Kosten, sondern verschiebt sie nach hinten. Das entscheidende Argument für Gesundheitsförderung besteht also nicht darin Geld zu sparen, sondern mit einem niedrigen Einsatz möglichst viel qualitativ hochwertige Lebenszeit zu gewinnen.

Wissen ist Option nicht Pflicht

Es ist also wichtig, die gesamte Bandbreite, die die Medizin uns heute bietet, nicht als Verpflichtung, sondern als Option zu verstehen. Medizin und Gesundheitssystem haben die Verpflichtung, Aufklärung und Gesundheitsförderung anzubieten. Dazu gehört es auch Transparenz über die Effektivität von Maßnahmen zu schaffen und ein Anreizsystem zu entwickeln, das sinnvolle Maßnahmen fördert.

Die Optionen, die uns unser Gesundheitswesen so bietet, bergen in vielen Fällen die Kraft, Leben zu verlängern und unser Schicksal zu verändern. Doch steht es in der Freiheit jedes Individuums, über den Sinn des eigenen Lebens und die Beurteilung der eigenen Lebensqualität selbst zu entscheiden und dieses Wissen nicht anzunehmen.

DR. KAI WEHKAMP, Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel, Arnold-Heller-Straße 3 (Haus 6), 24105 Kiel, E-Mail: kai.wehkamp@uk-sh.de



EIN INTERVIEW MIT DER BUCHAUTORIN JULI ZEH

Wieviel Wissen ist gesund?

impulse: Juli Zeh, in Ihrem Roman »Corpus Delicti« beschreiben Sie eine Gesellschaft, welche die Freiheit ihrer Mitglieder zugunsten der Gesundheit radikal einschränkt. Was hat Sie zu diesem Thema inspiriert?

» Juli Zeh: Der aktuelle Gesundheitswahn unserer Gesellschaft. Statt sich weiter um die abendländischen Werte zu bemühen, also um die Mündigkeit des Einzelnen, die Bildung, die Freiheit, die Entwicklung einer möglichst reichhaltigen und reifen Persönlichkeit, stehen heute die Begriffe »Fitness«, »Jugend«, »Schönheit«, »Leistungsfähigkeit« im Vordergrund. Das sind kapitalistische Parameter, die den Menschen zugleich als Konsument und Ware behandeln. Statt sich dagegen zu wehren, unterwerfen sich die Menschen dieser Zumutung, geben mehr Geld für Diät-Kost und Vitamine aus als für die Bildung ihrer Kinder und machen sich zu Sklaven ihres eigenen Körpers, ständig durch ein schlechtes Gewissen belastet, weil sie kein »optimales« Leben führen.

impulse: Was bedeutet für Sie Gesundheit?

» Juli Zeh: Das ist ein individueller Begriff. Nur der Einzelne kann entscheiden, ob er sich gesund fühlt oder nicht. Ebenso wie »Glück« oder »Normalität« eignet sich »Gesundheit« nicht als objektiver Bewertungsmaßstab, den man den Menschen aufzwingt.

impulse: Finden Sie, dass die Gesellschaft Gesundheit von ihren Mitgliedern einfordern darf?

» Juli Zeh: Nein, aus den genannten Gründen. Abgesehen davon gründet sich unsere Gemeinschaft auf Solidarität im Schadensfall und nicht auf die Verpflichtung zu einem risikofreien Leben. Wer von diesem Prinzip abweicht, macht den Zusammenhalt der Gesellschaft kaputt. Auch wenn die Leute am Stammtisch sofort zustimmen, wenn man ihnen sagt: Wieso sollt ihr denn für die medizinische Behandlung von Rauchern, Übergewichtigen und Risikosportlern bezahlen? Die sind doch selber schuld! – »Selber schuld« ist in einer zivilisierten Gesellschaft immer das falsche Argument.

impulse: Kann eine Gesellschaft, die Gesundheit diktiert, für ihre Mitglieder gesund sein?

» Juli Zeh: »Gesund« ist es, seine eigenen Entscheidungen treffen zu dürfen.

impulse: Die Wissenschaft aktualisiert immer wieder das Wissen über Zusammenhänge von Gesundheit, Krankheit und Verhalten. Welche Konsequenzen sollte Ihrer Meinung nach die Gesellschaft daraus ziehen?

» Juli Zeh: Vorsichtige. Die Wissenschaft relativiert ihre Annahmen alle paar Jahre. Mal ist Rotwein schädlich, dann soll man ihn wieder trinken, dafür ist der Kaffee giftig oder doch wieder nicht, Ruccolasalat enthält plötzlich Schadstoffe und so weiter. Die Medizin muss vor allem eine therapeutische Wissenschaft bleiben. Es ist wichtig, dass wir lernen, wie wir Krebs und Aids und andere schwerwiegende Krankheiten heilen. Weniger wichtig ist es, mithilfe von medizinischen Studien Lebensratgeber für die gesündeste Gesellschaft aller Zeiten zu entwickeln.

impulse: Wo sehen Sie bereits Eingriffe des Staates in das Gesundheitsverhalten?

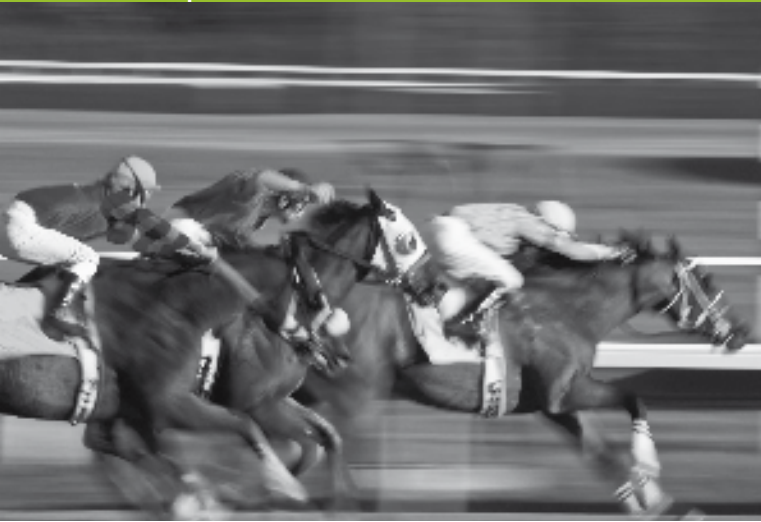
» Juli Zeh: Der schlimmste Eingriff besteht darin, den Krankenversicherungen zu erlauben, durch Bonus-Malus-Systeme in das Privatleben der Einzelnen einzugreifen. »Gutes Verhalten« wird belohnt, »schlechtes Verhalten« wird (finanziell) bestraft. Das setzt den Glauben voraus, besser zu wissen, was für den Einzelnen gut ist, als der Einzelne selbst. Der Wunsch, andere Menschen zu ihrem Glück (oder zur Gesundheit) zwingen zu können, ist die Wurzel des ideologischen Denkens. Und Ideologie neigt immer zum Extrem. Wir werden in den nächsten Jahren erleben, wie immer neue Vorschriften versuchen, unser intimes Leben zu regulieren. In den USA hat das teilweise schon absurde Formen angenommen.

impulse: Was ist Ihrer Meinung nach erforderlich, um die Gesundheit unserer Gesellschaft zu fördern?

» Juli Zeh: Die Gesundheit unserer Gesellschaft ist nicht unser Hauptproblem. Es geht uns so gut wie nie zuvor in der Geschichte der Menschheit. Das Problem besteht darin, dass medizinische Hilfe durch den enormen technischen Fortschritt immer teurer wird und wir uns überlegen müssen, wie wir das in Zukunft finanzieren wollen. Wer darüber hinaus ernsthaft etwas für die Gesundheit tun will, sollte sich mal die wirklich relevanten Studien anschauen. Die Lebenserwartung ist in den sozial schwachen und bildungsfernen Schichten am niedrigsten, das Krankheitsrisiko ist dort am höchsten. Echte Gesundheitsförderung betreibt man durch Bildungsförderung und durch das Verhindern von sozialem Absturz.

impulse: Wir danken Juli Zeh für dieses Interview.

JULI ZEH c/o Schöffling & Co., Verlagsbuchhandlung GmbH, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kaiserstraße 79, 60329 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 92 07 87 18, Fax: (0 69) 92 07 87 20, E-Mail: info@schoeffling.de



THOMAS ALTGELD

Lieber doch im vollen Galopp vom Pferd fallen? – Was Männer nicht über Gesundheit wissen wollen

An neuen Initiativen, die Männer endlich zum Arztbesuch bewegen sollen, mangelt es aktuell nicht. »1000 mutige Männer« wurden auf Initiative der nordrhein-westfälischen Krebsgesellschaft 2010 zunächst für Mönchengladbach gesucht, mittlerweile auch für andere Städte. Die Initiative wurde schon im ersten Jahr mehrfach prämiert, u. a. erhielt sie den »Darmkrebskommunikationspreis«. Der Mut der Männer ist gefragt für »Darmspektionen«, in die man die Früherkennungsuntersuchung des Darmkrebs kampagnengerecht umbenannt hatte. Auch in Bayern startete das Gesundheitsministerium 2011 eine Initiative für Männergesundheit, die Männer »dazu ermutigen soll regelmäßig zur Vorsorge gehen«. Ganz abgesehen davon, dass die propagierten Untersuchungen mit Vorsorge nichts zu tun haben, scheinen Ermutigungen und das Anknüpfen an traditionelle Männerbilder in den ersten männerspezifischen Präventionskampagnen voll im Trend zu liegen.

Die Mähr vom ängstlichen Mann

Schon 2002 kam eine Befragung des Institutes für Demoskopie Allensbach zu dem Ergebnis, dass Männer zwar Früherkennungsuntersuchungen prinzipiell wichtiger finden als Frauen, aber kaum ein Mann tatsächlich hingehet. Befragt nach den Gründen, gaben 54 % der Männer an, dass sie Angst haben, dass bei der Untersuchung etwas Negatives herauskommt. Genauso so viele Männer wollen auch gar nicht so genau wissen, ob ihnen etwas fehlt (ebenfalls 54 %). Jeder Dritte hält solche Untersuchungen für unangenehm oder schmerzhaft, 21 % glauben, dass es ohnehin zu spät ist, wenn man bei einer solchen Untersuchung eine ernsthafte Erkrankung feststellen würde. Die Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben. Aber treffen die Antwortvorgaben auch den Kern der Selbstwahrnehmung vieler Männer?

Männer bewerten ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt besser und sind mit ihrer Gesundheit zufriedener als Frauen, wie unter anderem der Bundesgesundheitsurvey aufzeigt. Die Psychologie hat für diese Zufriedenheit den eher bössartigen Terminus technicus »optimistischer Fehlschluss« oder »unrealistischer Optimismus« (Weinstein) geprägt, der verdeutlichen soll, dass die »objektiven« Krankheitsrisiken insbesondere

von Männern subjektiv unterschätzt werden. Mit anderen Worten: Männer gehen davon aus, dass Krankheitsfolgen sie nicht treffen, obwohl sie kaum auf ihre Gesundheit achten oder sich gar gesundheitsriskant verhalten, also rauchen, zu viel trinken, zu fett essen oder Risikosportarten betreiben. Aber können statistische Erkrankungswahrscheinlichkeiten mit »objektiven« Risikokonstellationen für Individuen gleichgesetzt werden. Wo fängt die Wertung an? Wer setzt wann welche Normen und objektiviert seine eigenen Risikoeinschätzungen?

Kein Diskurs ohne Normsetzungen

Die sozialepidemiologische Binsenweisheit »women are sicker, but men die quicker« verführt dazu, es gut mit den Männern zu meinen und alles dafür zu tun, dass sie länger leben. Aber ist ein längeres Leben auch gleichzusetzen mit einem guten Leben, mit einem Höchstmaß an Lebensqualität? Ist ein längeres, möglicherweise auch von längeren Erkrankungsphasen dominiertes Leben ein besseres Leben als ein kürzeres ohne die Dauerbewusstheit von Risiken, ohne lange Erkrankungsphasen, aber mit zumeist unerwartetem, plötzlichem Tod? Antonovsky, der Begründer der Salutogenese, also der Theorie von dem, was den Menschen gesund erhält, hat bewusst auf enge Gesundheitsdefinitionen verzichtet. Er mahnte sogar, dass Gesundheitsdefinitionen immer auch die Festlegung von Normen beinhalten und damit die Gefahr, andere Menschen nach Maßstäben und Werten zu beurteilen, die für sie gar nicht zutreffen. In dem geschlechterbezogenen Gesundheitsdiskurs, zumindest in den überwiegenden Teilen, die über Männer geführt werden, stellen sich solche Fragen nach den zugrunde gelegten Maßstäben und deren Urhebern gar nicht. Im Gegenteil: Man kann nur zu dem Schluss kommen, dass einfach versucht wird, das Gesundheitsverhalten und -bewusstsein von Frauen sowie deren Lebenserwartung einfach als Maßstab für Männer anzulegen. Dabei kann man nur in skandalisierenden Sackgassen oder besserwisserischen Vorschlägen landen, die nichts dazu beitragen, dass es mehr Jungen und Männern gelingt, mehr Gesundheit in ihrem Alltag zu leben.

Schon die Medizin des 18. Jahrhunderts hatte eine Vorstellung von der Relativität von Gesundheit. In seinem »philosophisch-medizinischen Wörterbuch zur Erleichterung des höheren medizinischen Studiums« hält der Zimmermann fest: »Individuelle, relative Gesundheit ist die jedem einzelnen Menschen nach seiner eigenthümlichen Constitution zukommende Gesundheit, die mehr oder weniger von dem Ideale der absoluten Gesundheit abweicht; z. B. die Gesundheit des Kindes, des Jünglings, des Mannes, des Greisen. Jede dieser Gesundheitsarten hat ihre Individualität, d.h. sie ist auf einzelne Subjecte eingeschränkt«. Natürlich sind solche Zuschreibungen quasi nach Lebensphasen auch gefährlich, aber eine grundsätzliche Wertschätzung von subjektiven Gesundheitskonzepten fehlt in Bezug auf männliche Gesundheitskonzepte vollständig.

Andere Prioritäten – Neue Dialogmöglichkeiten?

Weil viele Männer möglicherweise andere als gesundheitliche Prioritäten im Leben setzen, ob nun bewusst als Inszenierung ihrer Männlichkeit oder unbewusst als vermeintliche Sklaven ihrer geschlechtstypischen Sozialisation, werden sie leicht als Vorsorgemuffel denunziert oder als schwer erreichbare Ziel-



gruppe deklariert. Aber wer zielt hier auf wen und mit was? Ein Blick zurück auf die jetzt 25 Jahre alte Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung könnte die Diskussionen in weniger wertende Bahnen lenken. Dort wurde klar festgehalten: »Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen«.

Ein höheres Maß an Selbstbestimmung über Gesundheit schließt die Akzeptanz anderer Gesundheitsvorstellungen sowie anderer Gesundheitsinformationsbedürfnisse mit ein und versucht nicht ständig zu erziehen oder aufzuklären. Das traditionelle Präventionsverständnis, das Defizite, ob nun informationeller oder verhaltensmäßiger Art immer dem kränkeren oder risikoträchtigeren Gegenüber zuschreibt, ist auch das Leitmotiv der meisten »männerspezifischen« Präventionsansätze. Die eigenen Werte, Haltungen, Sozialisationserfahrungen oder Vorurteile, die überhaupt zu dem Interesse einiger Akteure an dem Feld Männergesundheit führen, werden zumeist nicht hinterfragt. Noch viel weniger wird partizipativ vorgegangen und Programme im dialogischen Prinzip entwickelt. Stattdessen werden in der Kampagne »1000 mutige Männer« beispielsweise die Ehefrauen und Freundinnen mit Tipps, wie sie »ihn« in die Arztpraxis kriegen können, instrumentalisiert. »Wenn er sich zur Darmspektion entschlossen hat, braucht er Ihre Bestätigung, dass seine Entscheidung gut war. Männer wollen Helden sein und gelobt werden. Also tun Sie ihm den Gefallen und sagen Sie ihm, wie stolz Sie auf ihn sind«. Statt Wertschätzung von Lebensentwürfen findet man hier Entwertungen und Stereotype. Ein reflexives Innehalten in dem aufgeregten Diskurs könnte idealerweise mit einer eingehenderen Selbstreflexion aller der wohlmeinenden Akteure und Akteurinnen beginnen und sollte zu mehr Offenheit und Wertschätzung in der Wahrnehmung des (männlichen) Gegenübers führen. Dann kann man(n) auch ohne schlechtes Gewissen im vollen Galopp vom Pferd fallen oder vielleicht doch den Galopp grundsätzlich in Frage stellen. Die Entscheidung, was davon das bessere Leben für das jeweilige Individuum ist, kann niemand dem Individuum abnehmen!

BEATRIX DIETZ

Patientenmündigkeit: Chancen und Grenzen

Seit vielen Jahren ist die Forderung nach »mündigen« Kranken zu hören. Dabei sparen die Diskussionen aus, was genau darunter zu verstehen ist. Diesen Fragen wurde in einer großen empirischen Studie mit fast 2.000 chronisch Kranken nachgegangen.

Der »mündige Patient« – was bedeutet das?

Heute werden in gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen, im wissenschaftlichen Diskurs und von Patientenorganisationen Konzepte wie Patientenorientierung und Patientenmündigkeit als Alternativen zu dem traditionellen Arzt-Patienten-Modell diskutiert. Nach diesem stehen dem Arzt und der Ärztin in fürsorglich paternalistischer Rolle leidende Kranke unbeteiligt und erdulend gegenüber. Wenn auch der Wandel hin zu einem partnerschaftlichen Arzt-Patient-Verhältnis theoretisch immer wieder betont wird, entsteht daraus jedoch kein Fortschritt, solange unklar bleibt, was mündige Kranke sind, inwiefern sie tatsächlich als mündig gelten können und welche Chancen und Grenzen sich daraus ergeben.

Nach lexikalischen Definitionen wird der Begriff »Mündigkeit« im eigentlichen Sinne oft mit Zurechnungsfähigkeit oder Volljährigkeit gleich gesetzt. Für die Betrachtung der Patientenmündigkeit scheint jedoch eine Definition der Mündigkeit im weiteren Sinne als die Fähigkeit des Menschen zur Selbstbestimmung aufschlussreicher. Schon Kant (1783) erläuterte Unmündigkeit als das »Unvermögen, sich seines eigenen Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen« und knüpfte damit an den für die Zeit der Aufklärung charakteristischen Appell »Sapere aude!« (Habe Mut, Dich Deines eigenen Verstandes zu bedienen!) an. In diesen Zitaten spiegeln sich Eigenkompetenz und Selbstbestimmung wider und werden daher als Ausgangspunkt für mündiges Patientenverhalten gesehen: Mündige Patientinnen und Patienten suchen demnach intensiv nach Informationen, verfügen über ein hohes Maß an Wissen über ihre Krankheit und in einer Entscheidungssituation über einen hohen Grad an Mitbestimmung.

Wie mündig sind Patientinnen und Patienten heute?

In der Studie stellt sich die Realität noch anders dar als die Diskussionen derzeit vermuten lassen: Von »dem mündigen Patienten« und »der mündigen Patientin« kann nicht gesprochen werden. Auf Grundlage der oben genannten Definition wurde ein Index entwickelt, der die Patientenmündigkeit auf einer Skala von 0 bis 100 misst. Im Durchschnitt liegt dieser für alle untersuchten Kranken bei gerade 63 Punkten.

Jedoch zeigt sich bei einer genaueren Betrachtung, dass immerhin 24 % der Patientinnen und Patienten als mündig bezeichnet werden können und somit über ein intensives Informationsverhalten, ein hohes Ausmaß an Wissen sowie einen hohen Grad an Mitbestimmung verfügen.

Im Vergleich zu den übrigen Kranken in der Stichprobe sind in dieser Gruppe überproportional häufig Personen im Alter von 50–59 Jahren mit Abitur vertreten, die bereits lange von ihrer Erstdiagnose wissen. Sie nutzen Angebote von Selbsthilfegruppen intensiv. Ferner haben sie ein höheres Bewusstsein

für ihre Krankheit und Gesundheit und werden besser mit der Krankheit fertig. Sie verfügen zudem über eine hohe Problemlösungs- sowie Sprachkompetenz.

Mündige Patientinnen und Patienten: Chancen

Auf den ersten Blick mögen mündige Kranke die unangenehmeren sein. So konnte die Studie nachweisen, dass mündige Patientinnen und Patienten weniger arztzentriert sind und Arzt oder Ärztin nicht in den Himmel heben. Jedoch ist es keinesfalls so, dass mündige Kranke Ärztinnen und Ärzte zu Erfüllungsgehilfen degradieren: Selbst mündige Patientinnen und Patienten treffen in weniger als 10 % der Fälle alleine Entscheidungen, welche Therapie durchgeführt bzw. welches Medikament verschrieben werden soll. Das Gros der mündigen Kranken – nämlich fast 70 % – entscheidet hingegen im Dialog gemeinsam mit Arzt oder Ärztin. Auf Grund des guten Wissens können diese Kranken nicht nur kompetent über Diagnose und Therapieauswahl mitdiskutieren, sondern auch getroffene Entscheidungen gut nachvollziehen und verstehen. Auch sehen sie Ärztinnen und Ärzte neben Fachzeitschriften nach wie vor als eine der wichtigsten Informationsquellen an, mit denen sie zudem sehr zufrieden sind. Und es sind gerade mündige Kranke, welche das Arzt-Patienten-Verhältnis als besonders gut beurteilen und mit der getroffenen medizinischen Entscheidung zufrieden sind. Somit schränken mündige Patientinnen und Patienten auch nicht die Therapiefreiheit der Behandelnden ein oder bewirken gar einen Kontrollverlust. Durch die Schärfung des Problembewusstseins für die Krankheit weisen mündige Kranke zudem eine höhere Therapietreue auf, was letztlich zu einer besseren Ressourcenauslastung und -nutzung führt. Auch der anfängliche erhöhte Zeitaufwand, welcher Ärztinnen und Ärzten bis dato nicht vergütet wird, kann sich durchaus als Gewinn herausstellen, bedenkt man, dass diese Kranken eine höhere Compliance aufweisen.

Grenzen der Patientenmündigkeit

Gerade bei einer lebensbedrohlichen Diagnose werden Patientinnen und Patienten zunächst in ein Stadium der Unmündigkeit versetzt. Denn schließlich ist Gesundheit unser höchstes Gut und keine Ware, die man gegebenenfalls zurückgeben kann. Auch werden Patientinnen und Patienten durch die Krankheit zur Inanspruchnahme einer Leistung gezwungen, die sie eigentlich gar nicht haben möchten. Oftmals ist dann ein rationales und objektives Entscheiden nicht mehr möglich. Somit können Kranke bei existentiellen Fragen die Angemessenheit einer Therapie- bzw. Medikamentenentscheidung nur bedingt beurteilen. Hierin sind sicherlich die Grenzen der Mündigkeit zu sehen und demnach ein milder Paternalismus gefragt. Ein solcher ist auch dann erforderlich, wenn Kranke Entscheidungen treffen möchten, die auf keiner fundierten Informations- und somit Wissensbasis beruhen; in der durchgeführten Studie trifft dies immerhin auf 22 % der Befragten zu. Mündige Patientinnen und Patienten als reinen Mythos zu bezeichnen, wäre wohl nicht angebracht – allgemeine Realität geworden sind sie aber auch noch nicht.

PROF. DR. BEATRIX DIETZ, Hochschule für Wirtschaft und Recht, FB Wirtschaftswissenschaften, Campus Schöneberg, Badensche Straße 52, 10825 Berlin, Tel.: (0 30) 85 78 94 72, E-Mail: beatrix.dietz@hwr-berlin.de



UWE H. BITTLINGMAYER

Wissensüberflutung? Zum komplexen Zusammenhang von Wissen, Herrschaft und Ungleichheit im Gesundheitsbereich

Der Zusammenhang zwischen verfügbarem Wissen, sozialer Ungleichheit und Herrschaft ist im Gesundheitsbereich außerordentlich komplex. Die These von der Wissensüberflutung im Gesundheitsbereich steht in markantem Gegensatz zur Identifizierung immer neuer Wissenslücken in der wissenschaftlichen Praxis oder in den medizinischen Anwendungsbereichen. Auf der einen Seite wird durch Fernsehen, Radio, Internet und Printmedien eine ungeheure Vielzahl von gesundheitsbezogenem Wissen präsentiert und dadurch das Thema Gesundheit allgegenwärtig. Auf der anderen Seite investieren politische und privatwirtschaftliche Akteure viel Mühe in die Produktion neuen gesundheitsbezogenen Wissens – sei es in Form der Erforschung verhältnismäßig neuer Massenphänomene wie Burnout oder Magersucht, sei es in Form der sozioepidemiologischen Dauerbeobachtung der Gesundheitsberichterstattung.

Vor dem Hintergrund wissens- und wissenschaftssoziologischer Überlegungen sollen im Folgenden einige wenige Schlaglichter auf den Zusammenhang von Wissen, Herrschaft und Ungleichheit gerichtet werden.

Wissen und dessen Relevanz für soziale Praktiken

Spricht man von Wissensüberflutung, so wäre zunächst zu unterscheiden zwischen allgemein verfügbarem gesundheitsbezogenem Wissen, das im Internet prinzipiell allen zugänglich ist und milieuspezifischem, handlungsbezogenem Wissen, das individuelle Verhaltensgewohnheiten formt und die be-



wusste Wahrnehmung und Aneignung neuer Wissensformen bedingt.

Die These von der Wissensüberflutung lässt sich sinnvoll nur auf diese handlungsorientierten Bestandteile von Wissen beziehen, denn sie geht implizit davon aus, dass zu viel verfügbares Wissen zu Verunsicherung oder Orientierungslosigkeit führt. In den Lebenswelten und sozialen Nahräumen soll – so die Annahme – eine Wissensüberflutung mit gesundheitsrelevanten Daten, Fakten und Ratschlägen auffindbar sein, die die Handlungsroutinen von Menschen irritiert.

Nun ist es vermutlich richtig, auch wenn kaum belastbare Zahlen einer flächendeckend verstärkten »Gesundheitsbeschallung« vorliegen, dass die Anzahl von Fernsehsendungen, wöchentlich gedruckten Printerzeugnissen oder Internetseiten, die sich auf Gesundheit beziehen, in den letzten zwanzig Jahren enorm gestiegen ist. Aber das Bild einer gesundheitsbezogenen Wissensüberflutung ist meines Erachtens irreführend, weil die alltäglichen sozialen Praktiken sich durch solche medialen Formate nicht so schnell erschüttern lassen. Entweder sind die milieuspezifischen Verhaltensweisen ohnehin auf einen sorgsamsten Umgang mit der eigenen Gesundheit ausgerichtet und anschlussfähig an die kursförmigen Angebote der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention: oder eben nicht. Damit will ich nicht leugnen, dass der massenmediale Boom des Gesundheitsthemas keine Relevanz für alle sozialen Akteure hätte, sondern nur, dass die Relevanz anders gelagert ist als die Idee einer Wissensüberflutung suggeriert.

Ursachen der Dauerthematization von Gesundheit

Dies führt zu der Frage, welche Ursachen die ständige Thematization von Gesundheit hat. Eine – sicher nicht die einzige – wissenschaftssoziologische Erklärung liegt darin, dass in den letzten fünfzehn Jahren in Deutschland eine große Anzahl akademisierter Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler an den Hochschulen ausgebildet worden ist. Die Hochschulen, Universitäten und Forschungseinrichtungen absorbieren selbst nur einen Teil der mit gesundheitsbezogenen Wissensformen ausgestatteten Personen, so dass diese quasi gezwungen sind, ihre Wissensformen, Kompetenzen und Kenntnisse in außeruniversitären Bereichen einzubringen. Es ist eine wissenschaftssoziologische Einsicht, dass sich vor allem

Akademikerinnen und Akademiker mittelfristig ihren eigenen Bedarf selbst erzeugen; insofern lassen sich soziale Akteurs- und Berufsgruppen benennen, die ganz konkret von einer Dauerthematization profitieren und diese auch selbst aktiv betreiben.

Ein zweiter zentraler Aspekt, warum der Gesundheitsdiskurs augenblicklich so stark ist, liegt daran, dass er in seiner aktuellen Form enorm anschlussfähig ist an die Ideologie der Aktivierung, die die deutsche Sozial-, Arbeitsmarkt-, Gesundheits- und Integrationspolitik seit Jahren verseucht hat. Die Fokussierung auf die individuellen Verhaltensweisen als zentrale und einzige Ursache unerwünschter biografischer Erscheinungen (Arbeitslosigkeit, Fettleibigkeit, Depression, illegitimer Kinderreichtum, Bildungsferne usw.) ist die gemeinsame Klammer der Aktivierungsidee und der aktuellen massenmedialen Aufbereitung des Gesundheitsthemas.

Normierung von Lebensführungen und -stilen

Die gesundheitsbezogene Dauerbeschallung steht – so der französische Soziologe Bourdieu – in Verbindung mit einer »symbolischen Beherrschung« ressourcenschwacher Gruppen. Hier werden nicht nur Körperkonzepte und -maße normiert – übrigens unter tatkräftiger Unterstützung der Gesundheitswissenschaften –, sondern auch Lebensführungen und Lebensstile als rational oder irrational, vernünftig und maßvoll oder unvernünftig und maßlos sowie schließlich als diszipliniert oder undiszipliniert (sich gehen lassen!) festgeschrieben. Bourdieu bezeichnet eine Situation dann als symbolisches Herrschafts- und Gewaltverhältnis, wenn die beherrschten Akteure die Welt aus der Perspektive derer betrachten, die über die Definitionsmacht verfügen. Wenn etwa beliebte Menschen durch entwürdigende Praktiken vor laufender Kamera darum konkurrieren, wer »the biggest loser« ist, dann ist das ein Beispiel für solche symbolischen Gewaltverhältnisse.

Der Umgang mit kritischem Wissen

Das kritische Wissen, das in Public Health über Jahrzehnte akkumuliert worden ist, spielt augenblicklich keine oder kaum eine Rolle. Um nur willkürlich einiges herauszugreifen: Wir wissen aus den Studien von Richard Wilkinson und Kate Pickett, mit welchen gesamtgesellschaftlich gesundheitsabträglichen Effekten eine starke Einkommenspolarisierung einher geht (und dass sich in Deutschland nachweislich seit zehn Jahren die Einkommen polarisiert haben!); wissen auch, dass eine Gesundheits-, Integrations- und Bildungspolitik des Forderns und Förderns mit zivilisatorischen Rückschritten erkauft ist sowie welche gesamtgesellschaftlich verheerenden Folgen Prozesse fortschreitender Arbeitsverdichtung haben; wir wissen, dass die Etablierung gesundheitsfördernder Settings, die ihren Namen verdienen, gesellschaftlich sinnvoll und hilfreich ist (aber Geld kostet, das offiziell nicht da ist); wir wissen schließlich, dass die Privatisierung und Ökonomisierung im Gesundheitsbereich brutale gesamtgesellschaftliche Folgekosten beinhaltet und dass das System der privaten Krankenversicherung sozial ungerecht ist. All dieses gesundheitsbezogene Wissen ist auch da: Aber es flutet nicht.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. UWE H. BITTLINGMAYER, Pädagogische Hochschule Freiburg,
Kunzenweg 21, 79117 Freiburg, Tel.: (07 61) 68 21 51,
E-Mail: uwe.bittlingmayer@ph-freiburg.de



BENJAMIN KUNTZ, THOMAS LAMPERT

Bildung als Ressource für Gesundheit

Bildungsinvestitionen schlagen sich in den Humanressourcen einer Gesellschaft nieder und tragen gerade in rohstoffarmen Ländern wie Deutschland maßgeblich zum Wirtschaftswachstum und zur Sicherung des qualitativen und quantitativen Arbeitskräftebedarfs bei. Wie der zuletzt im Jahr 2010 veröffentlichte Nationale Bildungsbericht zeigt, sind mit Investitionen in Bildung darüber hinaus soziale Wirkungen verbunden. Neben einer Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts und einem höheren zivilgesellschaftlichen Engagement ist dies auch an einem besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung festzumachen. Empirische Studien liefern zahlreiche Belege für den Zusammenhang von Bildung und Gesundheit. Demnach gilt bis auf wenige Ausnahmen: Je höher das Bildungsniveau, desto besser ist die Gesundheit und umso geringer ist das Erkrankungs- und Sterberisiko.

Was ist Bildung?

Der Soziologe Bernhard Schäfers versteht unter Bildung »die Entwicklung des Einzelnen zu einem eigenverantwortlich handlungsfähigen Individuum sowie die Entwicklung seiner Kenntnisse und Fähigkeiten in Auseinandersetzung mit Kultur und Gesellschaft«. Bildung lässt sich demnach nicht bloß auf den Erwerb formaler Wissens reduzieren. Gelungene Bildung geht ebenso mit der Entwicklung und Förderung intellektueller, emotionaler und sozialer Kompetenzen einher. Damit stellt Bildung eine wesentliche Voraussetzung für die Teilhabe am sozialen, kulturellen und politischen Leben dar. Bildung erweitert den eigenen Handlungsspielraum, unterstützt zukunftsgerichtetes Denken sowie Handeln und eröffnet eine Vielzahl an Chancen und Wahlmöglichkeiten in Bezug auf die eigene Lebensgestaltung. Bildung endet nicht mit dem Abschluss der Schul- und Ausbildungszeit, sondern bedeutet gerade in modernen Wissensgesellschaften lebenslanges Lernen.

Dem Kindes- und Jugendalter kommt für den Bildungserwerb eine besondere Bedeutung zu. Da Kinder und Jugendliche einen Großteil ihrer Zeit in Einrichtungen des Bildungssystems verbringen, spielen diese als sekundäre Sozialisationsinstanzen für die Entwicklung der Heranwachsenden eine wichtige Rolle. Neben der in Kindertagesstätten, Schulen und den anderen Institutionen des Bildungswesens erworbenen formalen Bildung, können Aspekte non-formaler Bildung und informeller Bildung unterschieden werden. Unter non-formaler Bildung sind Lernvorgänge zu verstehen, die in der Freizeit von Kindern und Jugendlichen erfolgen, informelle Bildungsprozesse finden zumeist in der Familie, aber auch in der Gleichaltrigengruppe statt. Alle drei Bildungssegmente sind für die körperliche und geistige Entwicklung relevant, auch wenn Bildung als Indikator in sozialepidemiologischen Studien häufig lediglich anhand formaler Bildungsabschlüsse gemessen wird und non-formale und informelle Bildungsaspekte unberücksichtigt bleiben.

Was macht Bildung zur Gesundheitsressource?

Eine höhere Bildung kann sich über verschiedene Wege positiv auf die Gesundheit auswirken. Bildung drückt sich in Wissen und Handlungskompetenzen aus, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise unterstützen und die Suche sowie Interpretation von Gesundheitsinformationen erleichtern. Auch in der Deutung und Kommunikation von gesundheitlichen Beschwerden, der Art der Krankheitsbewältigung sowie der Interaktion mit den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen sind Patientinnen und Patienten mit höherer Bildung gegenüber niedrig Gebildeten im Vorteil. Zudem ist eine Vielzahl psychosozialer Schutzfaktoren wie das Ausmaß an Selbstwirksamkeitserwartung, Kontrollüberzeugungen sowie sozialer Unterstützung positiv mit dem Bildungsgrad assoziiert. Die Gesundheitswirksamkeit von Bildung kommt insbesondere im Hinblick auf lebensstilassoziierte Faktoren zum Ausdruck. Eine wichtige Rolle spielen dabei Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen, die sich bereits früh im Leben unter dem Einfluss der elterlichen Erziehung und der Bildungsinstitutionen entwickeln. Studien hierzu zeigen, dass Personen mit niedrigem Bildungsstatus seltener Sport treiben, häufiger übergewichtig bzw. adipös sind und sowohl häufiger als auch stärker rauchen als höher gebildete Personen gleichen Alters.

Da formale Bildungsabschlüsse darüber hinaus für die Möglichkeiten der Berufswahl und die Stellung in der Arbeitswelt von hoher Bedeutung sind, ergeben sich bei der Erklärung der Gesundheitswirksamkeit von Bildung indirekt auch Bezüge zu berufsbezogenen Belastungen und Ressourcen sowie zur Einkommenssituation. Die Höhe des Einkommens bestimmt wiederum maßgeblich die Qualität der Lebensbedingungen, den alltäglichen Konsum sowie die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung. Untersuchungen hierzu zeigen jedoch, dass Bildung auch von Einkommen und Berufsstatus einen positiven Einfluss bei statistischer Kontrolle – sprich unabhängig – auf verschiedene Gesundheitsindikatoren hat.

Gleiche Bildungschancen als Voraussetzung für gesundheitliche Chancengleichheit

Internationale Schulleistungsvergleiche wie PISA und IGLU haben gezeigt, dass in Deutschland Schulleistung und Schulerfolg stärker als in anderen Ländern an die soziale Herkunft geknüpft sind. Das hohe Maß an Bildungsungleichheit hat zur



Folge, dass soziale Vorteile bzw. Nachteile von einer Generation auf die nächste übertragen werden und soziale Mobilität nur in geringem Umfang stattfindet. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist der enge Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und den Bildungschancen von erheblicher Relevanz, da sich soziale Unterschiede bereits im Kindes- und Jugendalter auf die Gesundheit auswirken und Bildung nicht nur die soziale Teilhabe und die Berufschancen beeinflusst, sondern auch die gesundheitliche Entwicklung im weiteren Lebenslauf prägt. Auswertungen der am Robert Koch-Institut durchgeführten KiGGS-Studie haben Hinweise darauf erbracht, dass Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien, die den Sprung auf ein Gymnasium schaffen, ähnlich gute Gesundheitschancen aufweisen wie ihre Mitschülerinnen und Mitschüler aus sozial besser gestellten Elternhäusern.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich ableiten, dass sich eine erfolgreiche Schullaufbahn positiv auf die gesundheitliche Entwicklung auswirkt. Des Weiteren kann der Befund dahingehend gedeutet werden, dass unvorteilhafte Ausgangsbedingungen für eine gesunde Entwicklung, in einem gewissen Maße durch Teilhabe an Bildung kompensiert werden können. Vor diesem Hintergrund erscheint es sowohl aus bildungs- als auch aus gesundheitspolitischer Sicht sinnvoll, gezielt in die Ausbildung junger Menschen zu investieren, bestehende Bildungsungleichheiten weiter abzubauen und Chancen für Bildungsaufstiege zu ermöglichen. Denn gemäß des »Health in all Policies«-Ansatzes ist Bildungspolitik immer auch als Gesundheitspolitik zu verstehen.

BENJAMIN KUNTZ, DR. THOMAS LAMPERT, Robert Koch-Institut, FG 27, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, General-Pape-Straße 62–66, 12101 Berlin, E-Mail: b.kuntz@rki.de, t.lampert@rki.de

JENS BUCKSCH

Wie nutzt man Theorien zur Verhaltensänderung in der Praxis?

Die Gesundheit der Bevölkerung kann durch eine gesunde Lebensführung maßgeblich mitbestimmt werden. Um das Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen, sind aus Public Health-Sicht Interventionen notwendig, die u. a. anhand von Theorien zur Verhaltensänderung entwickelt werden sollten.

Theorien zur Erklärung und Änderung von Gesundheitsverhalten

Theorien können zunächst einmal verstanden werden als eine systematische Zusammenstellung, um ein Ereignis – z. B. das Gesundheitsverhalten – zu verstehen. Sie bestehen aus verschiedenen Einflussfaktoren, die in einer spezifischen Weise in Beziehung stehen und ein Ereignis erklären. Praktikerinnen und Praktiker können diese Theorien nutzen, um über die Intuition hinaus Anhaltspunkte für die Ausgestaltung von Design, Umsetzung und Evaluation einer Intervention zu gewinnen.

Zwei Arten von Theorien lassen sich unterscheiden. Zum einen existieren Theorien, die diejenigen Einflussfaktoren auf ein Verhalten beschreiben, die es möglichst gut erklären. D.h. es wird die Frage nach dem »Was muss getan werden?« beantwortet. Die Wissenschaft spricht hier von sogenannten »Erklärungstheorien«. Ein Beispiel hierfür ist die Theorie des geplanten Verhaltens, die davon ausgeht, dass sich eine Person dann gesundheitsrelevant verhält, wenn sie eine bewusste Absicht dazu hat und über die grundlegenden Fähigkeiten verfügt, diese umzusetzen. Die Bildung einer Verhaltensabsicht hängt wiederum u. a. von den positiven Erwartungen, die mit dem Verhalten assoziiert werden, zusammen.

Wenn eine Intervention theoriegeleitet aufgebaut ist, lässt sich nach dem vorgestellten Beispiel das Verhalten dann ändern, wenn z. B. die Überzeugungen und Erwartungen positiv beeinflusst werden.

Da nun geklärt ist, wo die Intervention ansetzen muss, stellt sich infolge dessen die Frage, wie nach dem Beispiel nun die Überzeugung durch praktisches Interventionshandeln beeinflusst werden kann. Diesem Problem nimmt sich eine zweite Art von »Theorien« an, die systematisches Wissen darüber bereit stellt, wie sich die – durch die »Erklärungstheorie« – identifizierten Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten modifizieren lassen, damit sich ein Gesundheitsverhalten ändert. Hier spricht die Wissenschaft von »Interventions- oder Änderungstheorien«.

Rahmenkonzept für die theoriegestützte Planung und Umsetzung

Im vorherigen Abschnitt wurde der grundsätzliche Nutzen von Theorien für die Entwicklung von Interventionen dargestellt. Hier werden diese nun in einen praxisnahen Planungsprozess für Interventionen eingeordnet und handhabbar gemacht. Also an welcher Stelle im Planungsprozess können Theorien zu einem Mehrwert beitragen. Es findet sich in der Literatur eine recht große Anzahl an Modellen, die diesen Prozess schrittweise beschreiben (z. B. »Intervention Mapping«; <http://interventionmapping.com/>). Wesentliche Planungsschritte lassen sich allerdings folgendermaßen zusammenfassen:

- 1 Identifizierung des Zielverhaltens
- 2 Auflistung der wissenschaftlich fundierten Einflussfaktoren
- 3 Auswahl der Methoden
- 4 Entwicklung von kreativen und umsetzbaren Strategien

Im **ersten Schritt** wird das genaue Zielverhalten festgelegt. Da, abhängig vom Zielverhalten, unterschiedliche Einflussfaktoren eine Rolle spielen, ist es hilfreich, dieses so spezifisch wie möglich zu definieren. Es ist z. B. ein Unterschied, ob es um die Förderung sportlicher Aktivität im Verein oder um eine körperlich aktive Fortbewegung im Alltag geht. Zusätzlich muss das Zielverhalten auf die Besonderheiten der Zielgruppe (z. B. Kinder), das übergeordnete Ziel (z. B. Steigerung des Wohlbefindens) und das Setting (z. B. Stadtteil) der Intervention abgestimmt werden.

Der **zweite Schritt** besteht darin, die relevanten Einflussfaktoren auf das Zielverhalten auszuwählen. In diesem Schritt wird die Frage »Was muss verändert werden?« beantwortet. Antworten können Praktikerinnen und Praktiker bei den »Erklärungstheorien« finden. Dazu zählen u. a. die klassischen Theorien der Verhaltensänderung wie die Theorie des geplanten Verhaltens oder auch das transtheoretische Modell.

In **Schritt 3** geht es um die Auswahl von Methoden. Methoden sind in diesem Kontext als »Interventions- bzw. Änderungstheorie« zu deuten, die vorgeben, wie Praktikerinnen und Praktiker die ausgewählten Einflussfaktoren verändern können. Eine allgemeine Methode, um beispielsweise die Selbstwirksamkeit zu verändern, könnte ein Zielsetzungstraining sein.

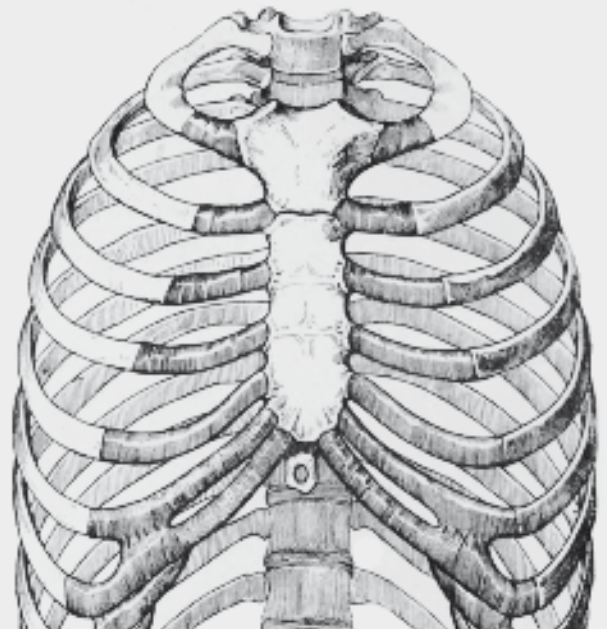
Im **Schritt 4** gilt es nun, die ausgewählten Methoden für den Anwendungsfall zu konkretisieren. Oftmals ist Kreativität gefragt, um praktikable Strategien zu entwickeln. Anknüpfend an die Methode Zielsetzungstraining kann z. B. ein Protokoll für die Zielsetzungserreichung als konkrete Strategie eingesetzt werden.

Ausblick

Die dargestellten Anregungen sind aus einer wissenschaftlichen Sicht formuliert. Zweifellos liegen in der Praxis viele weitere Erkenntnisse darüber vor, welche Maßnahmen (gerade in Hinblick auf die »Interventionstheorien«) erfolgreich sind. Ohne theoretische Fundierung, systematische Evaluation und Aufbereitung ist der Erkenntnisgewinn für die Wissenschaft allerdings gering und im Umkehrschluss kann das praktische Feld der Gesundheitsförderung nicht theorie- und letztlich evidenzbasiert weiterentwickelt werden. Grundsätzlich ist es deshalb empfehlenswert, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programme in der Zusammenarbeit von Praxis und Wissenschaft entwickelt und evaluiert werden. Nur durch die systematische Dokumentation und Auswertung von Erfahrungen lassen sich neue Erkenntnisse gewinnen, die zukünftig zur Planung evidenzbasierter Programme zur Verfügung gestellt werden können.

Literatur beim Verfasser

DR. JENS BUCKSCH, WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Postfach 100131, 33501 Bielefeld, Tel.: (05 21) 10 63 88 2, E-Mail: jens.bucksch@uni-bielefeld.de



ALEXANDRA MANZEI

Grenzen medizinischen Wissens in Gesundheitsfragen – Entstehungsgeschichte und Lösungsansätze

In Deutschland wie auch in anderen Staaten der westlichen Welt sind wir es gewohnt, bei Fragen nach Gesundheit und Krankheit medizinische Expertinnen und Experten zu konsultieren. Nicht nur als Einzelne, auch als Gesellschaft fragen wir medizinische Expertise überall dort nach, wo es im weitesten Sinne um Leben und Tod, Krankheit und Gesundheit geht. Spätestens bei der Beantwortung von komplexen Fragen zu Gesundheitsverhalten und Krankheitswirklichkeit durch hoch spezialisierte medizinische Expertinnen und Experten, stellen wir fest, dass uns Antworten verkürzt erscheinen und manche Probleme erst durch medizinische Therapien entstehen. Es entstehen Zweifel, ob sich beispielsweise die vielfältigen gesellschaftlichen Herausforderungen, die mit der Zunahme von Demenzerkrankungen verbunden sind, durch die Untersuchung der Hirnstrukturen lösen lassen. Auch die Frage, wie die Zunahme multiresistenter Keime in Krankenhäusern, die grade in Ländern mit einem gut ausgebauten medizinischen Versorgungssystem zu einer steigenden Todesrate führen, eingedämmt werden kann, bleibt unbeantwortet.

Medizin als Naturwissenschaft vom Körper?

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts zog die medizinische Forschung noch vielfältige soziale, politische, verhaltensspezifische und auch körperliche Ursachen für die Entstehung von Erkrankungen in Betracht. Erst die Orientierung am erfolgreichen Vorbild der Naturwissenschaften führte zu einer zunehmenden Zentrierung des medizinischen Blicks auf den menschlichen Körper. Der Körper wurde ein physischer Gegenstand, der – wie andere physische Körper auch – in Teile zerlegt und im Labor untersucht werden konnte. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte sich die moderne Medizin durch Spezialisierung als universitäre Labormedizin etabliert. Die Ursachen von Krankheiten wurden nicht mehr in der Wechselwirkung des



Menschen mit seiner sozialen und natürlichen Umgebung gesucht, sondern in immer kleineren Einheiten im Körper, die sich dann medikamentös oder chirurgisch therapieren ließen. Noch am Ende des 19. Jahrhundert forderten medizinische Pioniere wie Rudolf Virchow, dass Gesundheitspolitik vor allem auch Sozialpolitik sein müsse und präventiv die gesellschaftlichen Missstände beheben solle, die Krankheiten und Unfälle verursachen. Dennoch etablierte sich die Medizin nach dem 2. Weltkrieg zunehmend als organzentrierte, kurative Therapie, die ausschließlich am Individuum ansetzte und deren Hauptakteure akademisch ausgebildete Ärztinnen und Ärzte waren. Pflegende, Hebammen und andere gesundheitspolitisch relevante Akteure, deren Wissen und Praxis für die Genesung eine wesentliche Rolle spielen, rückten medizinisch und versicherungstechnisch in den Hintergrund. Und auch das subjektive Wissen der Betroffenen über ihren Körper und ihre Befindlichkeit wurde gegenüber der medizinischen Expertise abgewertet.

Technisiert, kurativ, individualisiert – Die Grenzen medizinischen Wissens

Diese zweite Verengung der Medizin, ihre Spezialisierung auf kuratives, ärztliches Wissen und ihre Konzentration auf das kranke Individuum ist der besonderen politischen und gesellschaftlichen Situation im Nachkriegsdeutschland geschuldet: (1) zum einen dem Bestreben der Gesundheitspolitik, sich gegenüber der Rassenhygiene der Nationalsozialisten abzugrenzen, (2) zum anderen der Technisierung der Medizin in den 1960 und 1970er Jahren.

(1) Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte sich der gesundheitspolitisch sinnvolle Präventionsgedanke, die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen zu verbessern, um Krankheiten und Unfällen vorzubeugen, in sein Gegenteil verkehrt. Vordenker des Nationalsozialismus, wie der Sozialhygieniker Alfred Grotjahn, ergänzten und ersetzten den sozialpolitischen Schutzgedanken durch einen kruden Biologismus: Öffentliche Gesundheitspolitik habe die »Volksgesundheit« vor allem auch durch die Auslese »guter Erbanlagen« zu schützen, was in der »Rassen-

hygiene« der Nationalsozialisten im millionenfachen Massenmord endete. Das Bestreben nach größtmöglicher Abgrenzung gegenüber dem Rassenwahn der Eugenik führte in der Gesundheitspolitik der Nachkriegszeit dazu, dass in West-Deutschland zunächst jede bevölkerungspolitische Präventionspolitik ins Hintertreffen geriet. Sofern Präventionskonzepte überhaupt Berücksichtigung fanden, setzten sie am Verhalten und am Körper der Individuen an.

Darüber hinaus wurde (2) die individualistisch-kurative Ausrichtung der Medizin durch die enorme Technisierung diagnostischer und therapeutischer Verfahren seit den 1970er Jahren forciert. Das naturwissenschaftliche Körper- und Krankheitsverständnis und die industrielle Technisierung der Medizin verstärkten sich hier wechselseitig. Technische Verfahren, ob pharmakologisch, chirurgisch oder biotechnologisch, können immer nur am Individuum ansetzen: kurativ an seinem Körper oder präventiv an seinem Verhalten. Bevölkerungspolitische Präventionsmaßnahmen, wie die Verbesserung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, sind aus Sicht der Medizinindustrie hingegen uninteressant. Gefördert wird dieser Zusammenhang zwischen biomedizinischer Industrie und naturwissenschaftlich-kurativer Individualmedizin seit den 1990 Jahren noch einmal zusätzlich durch eine staatliche Forschungsförderung, die sich die Patentierung und Vermarktung von medizinischen Technologien zum Ziel gesetzt hat.

Disziplinübergreifende Forschung und Lehre, statt naturwissenschaftlicher Spezialisierung

Erst in den 1980er Jahren kamen verschiedene Entwicklungen zusammen, die eine Spezialisierung der Medizin als naturwissenschaftsbasierte, kurative Individualmedizin in Frage stellten. Die Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen (wie Herz-Kreislauferkrankungen) oder auch das Auftreten von AIDS zeigten die Notwendigkeit, die kurative Individualmedizin durch gruppenspezifische Präventionsmaßnahmen zu ergänzen und nicht-medizinische Akteure und ihr Wissen im Gesundheitssystem zu stärken. Anstatt an die belasteten gesundheitspolitischen Konzepte der faschistischen Vergangenheit anknüpfen zu müssen, ließ sich nun auf präventionspolitische Ansätze zurückgreifen, wie sie sich in anderen europäischen Staaten und den USA entwickelt hatten.

Das Wissen, das sich seit den 1990er Jahren auch allmählich in Deutschland etabliert, zeichnet sich durch Anwendungsorientierung, durch Kontextbezogenheit und vor allem durch disziplinübergreifende Forschung und Lehre aus. Es ist die Orientierung am Problem selbst, die bestimmt, welches Wissen zu seiner Lösung erforderlich ist. Adipositas im Kindesalter oder das sogenannte Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom lassen sich dann als Probleme der psychosozialen Vernachlässigung von Kindern in einer Gesellschaft begreifen, die ihre Jüngsten schon ab dem Kindergarten auf Leistung trimmt, für Betreuung und Bildung aber immer weniger Geld ausgibt. Individuelle medizinische Therapien sind in diesen Ansätzen keineswegs ausgeschlossen, sie dominieren jedoch nicht, sondern haben ihren Platz in systemischen Lösungsansätzen, die das Individuum als sozialen Akteur in seinen Lebens- Arbeits- und Umweltbedingungen betrachten.

PROF. DR. ALEXANDRA MANZEI, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Pallottistraße 3, 56179 Vallendar, Tel.: (02 61) 64 02 502, Fax: (02 61) 64 02 120, E-Mail: amanzei@pthv.de

THOMAS LEMKE, REGINE KOLLEK

Prädiktive Gentests und ihre Folgen

Prädiktive Gentests stellen fest, ob sich in der genetischen Ausstattung eines Menschen Hinweise auf Risiken für zukünftige Erkrankungen finden. Diese Aussicht machen solche Untersuchungen in Zukunft immer attraktiver. Die prädiktive Diagnostik stellt die Gesellschaft vor große Herausforderungen. Von einigen wird in diesem Artikel die Rede sein.

Die Genetifizierung der Medizin

Verstärkt seit den 1990er Jahren werden genetische Faktoren für immer mehr Krankheiten und krankheitsrelevante Prozesse direkt oder indirekt verantwortlich gemacht. Die Genetifizierung des Krankheitsbegriffes verändert das Ziel medizinischen Handelns. An die Stelle einer reaktiven Heilkunst tritt eine prädiktive Maschinerie, die sich auf die aktive Verhinderung von Krankheiten spezialisiert und auf die Diagnose von Auffälligkeiten, Dispositionen und Risiken konzentriert. Dabei werden de facto alle Menschen zu Patientinnen und Patienten gemacht – zu asymptomatischen Kranken, die einer genetischen Überwachung und Aufklärung bedürfen. Zudem untergräbt die prädiktive Medizin die Vorstellung einer genetischen Normalität. Ein risikofreies Genom gibt es nicht. Dies kann Konsequenzen für die Präventionspolitik haben.

Die Public Health Genetik

Die neue Disziplin der Public Health Genetik befasst sich »mit der Frage nach dem gesellschaftliche Bedarf an spezifischen genetischen Gesundheitsleistungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung und der Verbesserung der Lebensqualität des Individuums sowie ganzer Bevölkerungsgruppen«. Befürchtet wird eine Konzentration auf biologisch-genetische Risikofaktoren und in der Folge eine Verengung der Präventionsperspektive, die es künftig erschwert, komplexe und interdisziplinär angelegte Gesundheitskonzepte zu verfolgen.

Die genetische Risikoperson und ihre Verantwortung

Durch den Befund, die genetische Disposition für eine bestimmte Erkrankung zu besitzen, wird aus einer gesunden Person eine genetische Risikoperson. Daran knüpfen sich verschiedene Fragen: Wie sinnvoll ist es, ein solches Wissen zu haben, wenn es ganz unklar ist, ob diese Erkrankung jemals auftreten wird? Wie sinnvoll ist es, von einer eventuellen Erkrankung zu erfahren, wenn es keine Behandlungsmöglichkeiten oder präventive Maßnahmen gibt? Wie wichtig wäre es, dass sich andere Familienmitglieder auch untersuchen lassen? Sollten Menschen mit Kinderwunsch wissen (wollen), ob sie ein genetisches Risiko vererben?

Prinzipiell lassen sich drei Dimensionen »genetischer Verantwortung« unterscheiden: die Reproduktionsverantwortung (Verhinderung der Weitergabe genetischer Risiken), die Informationsverantwortung (Kommunikation genetischer Risiken) und die Eigenverantwortung (Kontrolle genetischer Risiken). Mit der Redefinition von Gesunden als genetische Risikopersonen wachsen die Anforderungen an die Einzelnen, ein umfassendes Risikomanagement zu betreiben.



Die Gefahr genetischer Diskriminierung

In den vergangenen zwanzig Jahren hat eine Reihe von empirischen Studien in verschiedenen Ländern den Nachweis erbracht, dass das zunehmende genetische Wissen zu neuen Formen von Ausgrenzung, Benachteiligung und Stigmatisierung führt. Das Spektrum dieser »genetischen Diskriminierung« reicht von Benachteiligungen im Arbeitsleben über Probleme mit Versicherungsverträgen bis hin zu Schwierigkeiten mit Adoptionsagenturen. So wurde etwa in einigen Fällen den Bewerbern mit dem Hinweis auf eine eventuelle spätere Krankheit die Qualifikation für einen Arbeitsplatz abgesprochen und die Einstellung verweigert. Ebenso kündigten Kranken- und Lebensversicherungen Verträge oder verweigerten deren Abschluss, wenn bei ihren (potenziellen) Kundinnen oder Kunden der Verdacht auf genetische Erkrankungsrisiken bestand. In anderen Fällen wurde Ehepaaren die Adoption von Kindern untersagt, wenn bei einem der Elternteile eine Disposition für eine genetische Krankheit vorlag.

Die Angst vor genetischer Diskriminierung kann dazu führen, dass (potenziell) Betroffene nicht mit anderen über ihre genetischen Besonderheiten sprechen oder diese verheimlichen, weil sie Stigmatisierung, Missachtung und Ausgrenzung befürchten müssen. Menschen können aus diesen Gründen auch von prädiktiven Tests Abstand nehmen, obwohl es medizinisch sinnvoll oder für die Familienplanung hilfreich wäre.

Ausblick

Dem optimistischen Szenario einer auf das individuelle Genom abgestimmten personalisierten Medizin steht die wachsende Anerkennung genetischer und biologischer Komplexität in der biowissenschaftlichen Forschung entgegen. Immer deutlicher zeigt sich, dass Genotyp und Phänotyp nur in vergleichsweise wenigen Fällen in linearer, unidirektionaler Weise miteinander verbunden sind. Gene sind in der Regel keine determinierenden Faktoren, sondern ihre Aktivität wird in hohem Maße nicht nur durch andere genetische und zelluläre, sondern auch durch Entwicklungs- und Alterungsprozesse sowie durch Umweltfaktoren beeinflusst. Angesichts dieser Befunde fordern Kritikerinnen und Kritiker des genetischen Determinismus seit langem, dass die reduktionistische Wahrnehmung von Genfunktion und Genregulation durch ein komplexeres Verständnis ersetzt werden muss. Neuere theoretische Perspektiven wie etwa die Theorie der Entwicklungssysteme sehen Gene nicht mehr als determinierende Agenzien, sondern als Akteure in einem komplexen Netzwerk.



Trotz des durch die neuen Erkenntnisse in System- und Entwicklungsbiologie eingeleiteten Paradigmenwechsels steht nicht zu erwarten, dass sich der Diskurs über die Funktion von Genen und Genomen bald grundlegend ändern wird. Genanalytik und Gendiagnostik haben sich auch jenseits der Medizin im Bereich der Forensik und der Verwandtschaftsnachweise fest etabliert. Zudem steht im Bereich der Genomanalytik inzwischen eine komplexe und ausdifferenzierte Testtechnologie bereit, deren Entwickler und Entwicklerinnen nichts unversucht lassen werden, um ihren Anwendungen neue Märkte zu erschließen.

Literatur bei Verfasserin und Verfasser

PROF. DR. THOMAS LEMKE, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften, FLAT Gebäude, Raum 428, Robert-Mayer-Straße 1, 60054 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 79 82 25 67, Fax: (0 69) 79 82 80 09, E-Mail: lemke@em.uni-frankfurt.de

EIN INTERVIEW MIT PROF. DR. GERD ANTES

Das unvollständige Wissen

impulse: Herr Prof. Antes, Sie sind Direktor von Cochrane Deutschland. Diese Einrichtung hat die Aufgabe, mittels systematischer Übersichtsarbeiten Grundlagen für Empfehlungen zum besten medizinischen Vorgehen zu entwickeln. Sie reklamieren, dass Sie nicht alle für eine vollständige Bewertung von Medikamenten und Therapien nötigen Studienergebnisse zu Gesicht bekommen. Wo liegen hierfür die Ursachen?

» Prof. Gerd Antes: Die Ursachen für Nicht-Publikationen bzw. für verzerrte Publikationen betreffen alle daran beteiligten Gruppen und nicht nur – wie es gerne dargestellt wird – die Industrie. Wenn man genauer hinschaut, sehen wir bei Universitäten und Krankenkassen das gleiche Fehlverhalten. Unliebsame Studienergebnisse werden insgesamt weniger und auch langsamer publiziert. Auf der anderen Seite, und das betrifft dann doch speziell die Industrie, werden wunschgemäße Ergebnisse in sehr hohen Auflagen in die Welt geworfen. Auf der einen Seite wird nicht publiziert, was nicht gefällt, und auf der anderen Seite schneller und überproportional pu-

bliziert. Ein weiteres Problem ist das so genannte selektive Berichten. Das heißt, man bekommt eine Publikation, aber sie ist unvollständig und verzerrt. Und das ist wesentlich schwieriger zu erkennen, weil man zunächst das Gefühl hat, dass eine saubere Veröffentlichung vorliegt.

impulse: Und die Logik dahinter sind monetäre Interessen?

» Prof. Gerd Antes: Nein, nicht nur. Es gibt zwar häufig monetäre Interessen, zum Beispiel wenn eine Studie in der Schublade bleibt, weil die Umsetzung des beforschten Verfahrens das System sehr teuer kommen würde. Aber es gibt auch Beispiele, die eher im Bereich Forscherdrang und Ehrgeiz anzusiedeln sind. Dann gibt es noch solche Fälle, wo sich wissenschaftliche Schulen völlig verrannt haben. Irgendwann, als klar wurde, dass die Ergebnisse, die diese Wissenschaftler Jahre oder jahrzehntelang propagiert hatten, falsch waren, gelang es ihnen nicht, sich davon zu lösen. Stattdessen wurde versucht, die Wahrheit zu manipulieren.

impulse: Wie groß schätzen Sie den Umfang der nicht veröffentlichten Studien ein?

» Prof. Gerd Antes: 50 % und mehr. Es gibt dazu weltweit dutzende Studien. Wir haben jetzt aktuell dazu eine Studie in Deutschland gemacht und uns angeschaut, was im Jahr 2000, 2001 und 2002 durch die Freiburger Ethikkommission lief und mit einem so genannten positiven Votum entschieden wurde. Dann haben wir in detektivischer Kleinarbeit untersucht, ob diese Studien, die dort begonnen wurden, in irgendeiner Form publiziert wurden. Das Ergebnis war vorhersagbar: nur 48% davon sind auffindbar. Es kann sein, dass wir ein paar übersehen haben, aber das kann nur wenige Prozente ausmachen. Diese Zahlen bestätigen sich auch in Untersuchungen in Frankreich, Großbritannien und Kanada.

impulse: Welche Auswirkungen haben die fehlenden Daten/Studien auf die Ergebnisse Ihrer Arbeit?

» Prof. Gerd Antes: Das bedeutet, dass viele der Reviews oder Metaanalysen, auch wenn sie intern völlig auf dem Stand der Kunst gemacht sind, zwangsläufig zu einem falschen Ergebnis führen müssen, weil das Fundament nicht stimmt. Das hat jetzt in einem konkreten Beispiel zum ersten Mal zu einem völligen Umdenken geführt, nämlich beim Grippemittel Tamiflu. Der Tamiflu-Report, der am 18. Januar dieses Jahres veröffentlicht wurde, hat konsequent Zeitschriftenpublikationen außen vor gelassen und sich nur an dem orientiert, was man bei den internationalen Zulassungsbehörden gefunden hat. Das Ergebnis ist ein Desaster. Mehr als 60 % der Daten aus den Tamiflu-Studien sind nicht wissenschaftlich publiziert worden.

impulse: Im konkreten Fall war die Folge eine Überschätzung der Wirkung und eine Unterschätzung der Nebenwirkungen?

» Prof. Gerd Antes: Ja, das stimmt. Eine Überschätzung der Wirkung auf der einen Seite und natürlich eine Unterdrückung der potentiellen Schäden auf der anderen Seite. Das ist immer genau das Pärchen, was da zusammenspielt. Ökonomisch ist das verständlich, nur wenn man davon ausgeht, dass das Gesundheitssystem eigentlich den Patientinnen und Patienten dienen soll, dann muss man ernsthaft darüber nachdenken, wie man das Problem in den Griff bekommt.

impulse: Welche Auswirkungen hat das auf Patientinnen und Patienten?

» Prof. Gerd Antes: Da sind zunächst die unmittelbaren und häufig leider fatalen Auswirkungen. Dazu gehört auf der einen Seite eine Unterbehandlung, weil eine Therapie nicht die Wirksamkeit zeigt, von der man ausgeht. Es gibt zum Beispiel im Bereich der Antidepressiva Aussagen, dass aufgrund des beschriebenen Problems die Wirksamkeit einzelner Medikamente aus dieser Gruppe um 20 % bis 40 % überschätzt wird. Auf der anderen Seite gibt es hingegen auch Beispiele, bei denen es in der Folge zu einer Überbehandlung kommt, die im Einzelfall schwere Folgeerkrankungen oder Tod nach sich ziehen kann.

Auch die Ärzteschaft hat keine Chance, dem Problem zu entgehen. Sie muss sich daran orientieren, was ihr an Evidenz geliefert wird. Das Entscheidungspärchen »Arzt-Patient« ist dann auf einer schiefen Ebene und beide können nichts dagegen tun.

Andere Auswirkungen sind vergleichsweise weniger dramatisch und umfassen die Schädigung der Wissenschaft und auch den Prozess der Erstattungsfähigkeit von Medikamenten, den der gemeinsame Bundesausschuss steuert. Dort kommt es aufgrund der allgemeinen Täuschung bezüglich der zugrunde liegenden Wirksamkeit zu Fehlurteilen.

impulse: Wie sollte aus Ihrer Sicht eine Lösung des Problems aussehen?

» Prof. Gerd Antes: Für das Problem der »verschwindenden« Studiendaten gibt es nur eine Stelle, wo es sich prinzipiell lösen lässt: Vor Beginn jeder Studie wird der Antrag dafür, also der Studienplan, von einer Ethikkommission beraten und mit einem zustimmenden Votum beschieden. Ethikkommissionen sollten eine viel maßgeblichere Rolle spielen, Transparenz sofort mit Beginn von Studien herzustellen. Deshalb sollten erstens – gekoppelt an den Bewilligungsprozess durch die Ethikkommissionen – alle Studien mit Eckdaten registriert werden. Ein solches Register muss im Internet barriere- und kostenfrei als Information für die Öffentlichkeit zugänglich sein. In den USA ist das – im Gegensatz zu Deutschland – bereits Gesetz. Es gibt einen WHO-Datensatz mit 20 Feldern, der praktisch als Geburtsurkunde zur Studie fungiert. Mittels einer Suche in diesem Geburtsregister kann man sehen, welche Studien begonnen wurden und dann suchen, welche davon publiziert sind. Das ist alles vorbereitet. Die technischen Einrichtungen sind z. B. im Deutschen Register Klinischer Studien (www.drks.de) vorhanden. Das Ganze ist unter der Schirmherrschaft der WHO international vernetzt.

Der zweite Punkt ist, dass die Verpflichtung gegeben sein muss, die Studienergebnisse zu publizieren. Auch das ist in den USA Gesetz, funktioniert jedoch nicht, weil man die zur Verfügung stehenden Sanktionen nicht anwendet. In Deutschland hat der Gesetzgeber bislang versäumt, das in einer adäquaten Form, beispielsweise in das Arzneimittelgesetz aufzunehmen.

impulse: Herr Prof. Antes, wir danken Ihnen für dieses Interview.

PROF. DR. GERD ANTES, Deutsches Cochrane Zentrum, Berliner Allee 29, 79110 Freiburg, Tel.: (07 61) 20 36 715, E-Mail: antes@cochrane.de



ANGELA SPELSBERG

Mündige Patientinnen und Patienten, informierte Selbsthilfe oder interessengeleitete Wissensvermittlung durch Einflussnahme mächtiger Lobbyisten?

Die Förderung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen gehört, wie auch das regelmäßige Sponsoring von Ärzteorganisationen, Fachgesellschaften, medizinischen Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen, seit vielen Jahren zur Marketing-Strategie großer Hersteller von Medizinprodukten in den westlichen Industrienationen. Die Mittel für Patienten- und Selbsthilfeorganisationen werden als direkte Kundenwerbung – Direct-To Consumer Advertising (DTCA) – ausgewiesen. Dieser Marketingbereich macht zwar nur einen relativ unbedeutenden Teil (4,9 Milliarden US \$ oder 7 %) der gesamten Marketingausgaben (über 50 Milliarden US \$) aus, jedoch werden die Mittel sehr gezielt eingesetzt. Untersuchungen in den USA belegen, dass durch jeden in DTCA investierten US-Dollar ein Vierfaches an Umsatzsteigerung erzielt wird. Wie aber sieht es mit dem Nutzen von DTCA für die Patientinnen und Patienten einerseits und mit dem allgemeinen Nutzen der Medikamentenwerbung aus?

Sich wandelnde Patientenrolle

Im Zuge einer sich wandelnden Konzeption der Patientenrolle vom passiven medizinischen Versorgungsempfänger hin zur aktiven Partnerschaft (»shared decision making«), bei der Behandlungsentscheidungen gemeinsam mit den medizinischen Leistungserbringern getroffen werden, wuchs auch die Bedeutung von DTCA. Die gegenwärtige Wandlung des solidarisch finanzierten Krankenkassensystems zu einem Gesundheitsmarkt macht aus aktiven Patientinnen und Patienten gar Kundinnen und Kunden. Nach diesem Modell sind sie gleichberechtigte Vertragspersonen, die allein und souverän über Gesundheitsleistungen entscheiden. Einzig notwendige Voraussetzung hierfür: Informationen, z. B. direkt vom Medizinproduktehersteller.

Strategische Umsetzung: Weltweite Aufhebung des Werbeverbotes

DTCA für verschreibungspflichtige Medikamente ist bisher nur in den USA und Neuseeland erlaubt. Nicht überraschen kann es daher, dass vehemente Forderungen nach Lockerung des Werbeverbotes für rezeptpflichtige Arzneimittel von der Gesundheitsindustrie, aber auch der Medienindustrie weltweit erhoben werden und tatsächlich bereits in politische Konzepte (z. B. der EU-Kommission zur Lockerung de Werbeverbotes) aufgenommen wurden. Offensichtlich sind politische Entscheidungsträger, nicht zuletzt aufgrund der stets präsenten Propaganda der Lobbyisten, immer mehr davon überzeugt, dass ein Mehr an Gesundheit nur durch Ausweitung der Gesundheitsleistungen, Medikalisierung der Prävention und medizinischen Fortschritt erreicht werden kann.

Trägerische Marketingbotschaften des Gesundheitsmarktes und ihre Werbeträger

Um dem Wachstum des Gesundheitsmarktes breiten Vorschub zu leisten, fließen in das Marketing der Gesundheitsindustrie gewaltige Summen. Es werden Botschaften an das Individuum gerichtet, die die Krankheits-Awareness, Angst vor Erkrankungen und Lifestyle-Änderungen propagieren. Nicht selten werden diese Botschaften über Social Media, Internet-Seiten und Internet Communities, aber auch über Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie nationale und internationale wissenschaftliche Expertisen und Gremien oder auch öffentliche Gesundheitsinstitutionen lanciert. In diesem gewaltigen Strom nimmt sich die finanzielle Förderung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen mit »passenden« Krankheitsbildern verschwindend gering aus – dennoch bedingt sie großen Schaden. Selbsthilfe- und Patientenorganisationen werden, ohne es zu merken und aktiv zu wollen, Teil der Kampagne. Auf der Strecke bleiben Glaubwürdigkeit und Freiheit von Interessenkonflikten und damit auch die Möglichkeit, sich als Interessenvertreter der Betroffenen einsetzen zu können.

Wege aus der Abhängigkeit von mächtigen Förderern

Die nicht zuletzt durch die mangelnde öffentliche Unterstützung der Selbsthilfe bedingte Allianz mit den großzügigen Förderern der Gesundheitsindustrie nährt die Illusion der Gemeinsamkeit von Interessen an einer besseren Versorgung, an mehr Qualität im Gesundheitswesen und an mehr Gesundheit für alle. Diese zwangsläufige Abhängigkeit kann sehr einfach durchbrochen werden, wenn Selbsthilfeförderung einen größeren finanziellen Anteil des Gesundheitsetats erhält. Denkbar ist es z. B., einen gemeinsamen Fonds für Selbsthilfeförderung zu etablieren, in den neben Krankenkassenmitteln und/oder Steuergeldern auch Teile der bisherigen Marketingaufwendungen der Hersteller fließen.

Allgemeinwohl und Gesundheitsmarkt

Die Rolle des Staates ist im wachsenden Gesundheitsmarkt marginalisiert. Ebenso sind die Eingriffsmöglichkeiten der betroffenen und nicht betroffenen Zivilgesellschaft sehr begrenzt. Als Pflichtversicherte werden die Interessen zwar nominell von den Krankenkassen vertreten – da aber Krankenkassen in einer Gesundheitswirtschaft ihrerseits zu Unternehmen mit Eigeninteressen geworden sind, die noch dazu miteinander im Wettbewerb stehen, ist eine gemeinschaftliche Wahrung



der Interessen der Versicherten faktisch ausgeschlossen. Die im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz 2011 geschaffene Möglichkeit für die gesetzlichen Krankenkassen, mit Wirtschaftsunternehmen integrierte Versorgungsverträge zu schließen, besiegelt den Paradigmenwechsel. Die Vereinbarkeit der Entwicklung mit dem Auftrag der Krankenkassen nach dem Sozialgesetzbuch ist allerdings fraglich.

Dem wachsenden Gesundheitsmarkt liegt auch nichts am Wahrheitsgehalt seiner Werbebotschaften. Unabhängige Forschung und Bewertung der Forschungsergebnisse der heilversprechenden Gesundheitsprodukte, also evidenzbasierte Information, ist geradezu wachstumsgefährdend und findet daher kaum noch oder gar nicht mehr statt.

Die Frage, ob die Gesellschaft einen Gesundheitsmarkt will oder nicht, wurde ihr nie offen gestellt. Ebenso wenig wird über die möglichen Folgen gesprochen. Ähnlich dem Finanzsektor ist das Gesundheitswesen weitgehend intransparent und demokratischer Kontrolle entzogen. Im Unterschied zur Finanzwirtschaft erhält der Gesundheitsetat aber Zwangsbeiträge der Versicherten, deren Verwendung durch das Sozialgesetzbuch Auflagen erteilt sind. Dazu gehört auch die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen. Diese kann aber nur ermittelt werden, wenn Studien und Forschungsergebnisse öffentlich zugänglich gemacht werden und eine von den jeweiligen Geldgebern unabhängige Bewertung durch von Interessenkonflikten unbelastete Expertengremien oder Institutionen erfolgt. Solches Wissen ist derzeit nicht erhältlich. Wir müssen alles daran setzen, dass sich das wieder ändert. Dabei hätten unabhängige Selbsthilfe- und Patientenorganisationen als Interessenvertretung der Zivilgesellschaft eine wichtige demokratische Funktion zu erfüllen.

DR. ANGELA SPELSBERG, Mitglied des Vorstands von Transparency International Deutschland e.V., Alte Schönhauser Straße 44, 10119 Berlin, Tel.: (0 30) 5 49 9 80, E-Mail: office@transparency.de

CHRISTOPH DOCKWEILER, CLAUDIA HORNBERG

Wer will was wissen? Diversity bei Gesundheitsinformationen

Mündige Bürgerinnen und Bürger gelten als Ideal einer modernen »Risikogesellschaft«. Dieses Leitbild ist eng verknüpft mit der Frage, wie informative und partizipative Strukturen im Gesundheitswesen ermöglicht werden können, die sowohl Wertschätzung und Gleichberechtigung in der Arzt-Patienten-Beziehung gewährleisten als auch Ausdruck einer eigenständigen, über Kompetenzen definierten Patientenrolle sind. Die Fähigkeit, souverän handeln zu können und Gesundheitsleistungen kritisch zu hinterfragen, setzt einen umfassenden, qualitativ gesicherten und situationsangepassten Zugang zu Informationen ebenso voraus wie die Kompetenz, Informationen zum eigenen gesundheitlichen Nutzen einordnen und bewerten zu können. Neben der bestehenden Qualitätsproblematik bei Gesundheitsinformationen – insbesondere innerhalb onlinebasierter Kontexte – sind hierbei Fragen der zielgruppenspezifischen Ausrichtung von Informationsinhalten und Kommunikationsmedien entlang der individuellen Bedarfe der Rezipienten zu betrachten.

Gesundheit und Krankheit und ihr Einfluss auf Informationsbedarfe

Das stärkste Motiv für die Informationssuche ist der individuelle Gesundheitszustand. Im akuten Krankheitsfall werden Informations- und Beratungsangebote als notwendig erachtet und direkt eingefordert. Bei chronischen Erkrankungen kann sich der Bedarf an Informationen im Krankheitsverlauf ändern. Sachbezogene medizinische Informationen werden dabei insbesondere in der Phase zwischen Diagnose und erster Therapieentscheidung nachgefragt. Direkt nach der Diagnosestellung treten Informationsbedarfe mit Blick auf die emotionale Verarbeitung in den Vordergrund. Medizinische Informationen bleiben im weiteren Verlauf auf Grund von Maßnahmen des Gesundheitsmonitorings und Therapieanpassungen latent relevant. Informations- und Beratungsbedarfe hinsichtlich des Lebens mit der Erkrankung nehmen zu. Dabei sind nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch ihre Angehörigen zentrale Zielgruppen von Informationsangeboten.

Frauen und Männer auf der Suche nach Gesundheitsinformationen

Die Wahrnehmung und Bewertung von Symptomen sowie die Bereitschaft und Fähigkeit, krankheitsbedingte Anzeichen zu kommunizieren und zu differenzieren, sind geschlechterbezogenen Unterschieden unterworfen. Frauen ordnen emotionale Unterstützung, schnelle Erreichbarkeit, den Wunsch nach Hilfe, den Abbau von Ängsten sowie die Steigerung des Selbstwertgefühls als wichtig für eine bedarfsgerechte Versorgung ein. Diesen Bedarfen müssen auch Informations- und Unterstützungsangebote Rechnung tragen. Frauen greifen im Vergleich zu Männern auf eine Vielzahl von Medien zur Gesundheitsinformation zurück. Ihr gesteigertes Interesse an gesundheitsbezogenen Informations- und Beratungsangeboten ist unabhängig vom Familienstand. Das Informationsverhalten von Männern wird dagegen sehr viel deutlicher dadurch geprägt, in welcher Lebensphase sie sich befinden. Der Anteil der Männer, die sich überhaupt nicht informieren, ist doppelt so groß wie bei Frauen.

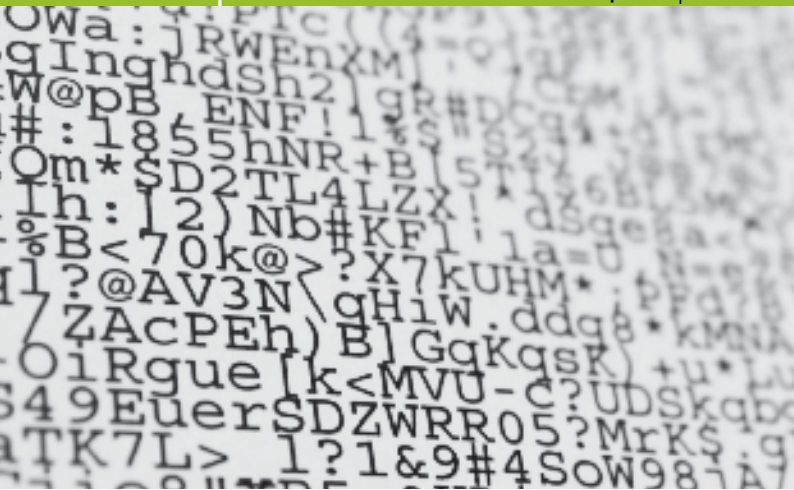


Das Alter und die Nutzung von Gesundheitsinformationen

Das Interesse an Gesundheitsinformationen steigt mit dem Alter und wird maßgeblich durch den sich verändernden Gesundheitszustand moderiert. Für ältere Menschen ist dabei immer noch der Hausarzt zentraler Ansprechpartner. Das private Umfeld, Broschüren und Zeitschriften (z. B. der Krankenkassen und Apotheken) werden ergänzend genutzt. Das Internet spielt aufgrund häufig fehlender »Computer Literacy« noch eine untergeordnete Rolle bei der Informationsaneignung älterer Menschen. Sie wünschen sich eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung mit ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin und den Angehörigen. Insbesondere die Einbeziehung des familiären Umfeldes in die Informationsabläufe ist entscheidend. Angehörige fungieren hier nicht selten als »Übersetzer« von Informationen. Informationsbedarfe entstehen im Alter häufig an der Schwelle der (ambulanten und stationären) Versorgungssektoren von Kuration und Pflege sowie bei der Inanspruchnahme weiterer sozialer Unterstützungsangebote. Eine spezifische Definition dieser Bedarfe im Alter ist jedoch aufgrund der hohen Heterogenität dieser Lebensphase schwierig. Alterungsprozesse kennzeichnen sich durch eine erhebliche Variabilität der biologischen, psychologischen und sozialen Einflussfaktoren, aus denen individuelle Bedarfe an Information und Beratung erwachsen können.

Kulturelle Unterschiede

Kulturell divergierende Krankheitskonzepte können Symptomwahrnehmung, Art und Ausdruck des Krankheitserlebens ebenso wie die Vorstellungen von adäquaten und akzeptierten Interventionen beeinflussen. Die oftmals abweichenden Erklärungsmodelle der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund spielen eine wichtige Rolle für den Behandlungsverlauf und damit auch für die Bereitstellung von Informations- und Beratungsangeboten. Vor dem Hintergrund des individuellen sozioökonomischen Status und der kulturellen Einbindung von Menschen entstehen unterschiedliche Informationsbedarfe bei Diagnosestellung und im Krankheitsverlauf. Menschen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland leben, weisen eine andere Altersstruktur auf, haben eine starke Familienbindung, sind häufiger verheiratet und die Anzahl der Kinder pro Familie ist höher. Dieser Kontext bestimmt nicht nur die Informationsinhalte, sondern auch den Informationszugang und damit die Wahl der Kommunikations- und Beratungsstrategien.



Handlungsbedarfe

Die Berücksichtigung dieser Unterschiede von Bedarfen in unterschiedlichen Zielgruppen verlangt eine konsequente Zielgruppenorientierung und -segmentierung bei kommunikationsorientierten Interventions- und Präventionsmaßnahmen. Hier gilt es, verstärkt einen auf Lebensphasen und Lebenslagen bezogenen Ansatz zu fokussieren, an dem sich nicht nur die Inhalte, sondern vor allem die Informationszugänge messen lassen. Grundlegend ist dabei, Informationswünsche und Beratungsbedarfe der unterschiedlichen Zielgruppen herauszufinden. Das spezifische Zusammenspiel von somatischen, psychosozialen und emotionalen Problemsituationen im Krankheitsverlauf sowie der hieraus erwachsene Bedarf nach Informationen muss stärker als bisher berücksichtigt werden. Derzeit liegen zu wenige Primärstudien vor, die den Diversitätsgedanken von Informationsbedarfen aufgreifen. Es fehlt an systematischen Evaluationen bestehender Kommunikationsansätze. Notwendig erscheint ferner eine stärkere Zusammenarbeit von Politik, Wissenschaft und Patientenberatungsstellen sowie Selbsthilfegruppen.

Literatur bei Verfasserin und Verfasser

CHRISTOPH DOCKWEILER, PROF. DR. CLAUDIA HORNBERG, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, E-Mail: christoph.dockweiler@uni-bielefeld.de, claudia.hornberg@uni-bielefeld.de

GABRIELE SEIDEL, MARIE-LUISE DIERKS

Health Literacy und die Vermittlung von Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenzen

Seit den 1970er Jahren beschäftigt sich die Wissenschaft, zuerst vorwiegend im angelsächsischen Raum, mit der »Health Literacy« der Bevölkerung, zunächst im Wortsinn verstanden als die Fähigkeit von Menschen, Texte zu lesen und zu verstehen. Dabei zeigte sich, dass diese grundlegende, auch als funktionale Health Literacy bezeichnete Fähigkeit bei vielen Bürgerinnen und Bürgern nur rudimentär vorhanden ist. Daten der Level-One Studie in Deutschland belegen beispielsweise, dass 14,5 % der Erwachsenen zwar einzelne Sätze lesen oder schreiben können, nicht jedoch zusammenhängende, auch kürzere Texte.

Im Laufe der Weiterentwicklung der Forschungen zu Health Literacy wurde die ursprünglich auf die Lese- und Schreibfähigkeit begrenzte Betrachtung deutlich erweitert. Die WHO

beispielsweise definierte Ende der 1990er Jahre Health Literacy als die Gesamtheit der kognitiven und sozialen Fertigkeiten, die Menschen motivieren und befähigen, ihre Lebensweise derart zu gestalten, dass sie für die Gesundheit förderlich ist. Entsprechend sieht das Health Care Communication Laboratory (HCC Lab) Health Literacy als »wissensbasierte [soziale und kulturelle] Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung«.

Health Literacy im deutschsprachigen Raum

Im deutschsprachigen Raum wird Health Literacy von vielen Autorinnen und Autoren mit »Gesundheitskompetenz« übersetzt, manchmal auch mit Gesundheitsbildung oder Gesundheitsfähigkeit. Aktuell liegen unterschiedliche Definitionen vor. Viele sehen Gesundheitskompetenz als einen dynamischen Prozess im Lebenslauf der Menschen und fassen die funktionale Literacy, das Gesundheitswissen, die Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit, die Handlungsfähigkeit, intrinsische Motivation, Entscheidungskompetenz und/oder Gesundheitssystemkompetenz darunter. Die Konzepte basieren auf unterschiedlichen Theorien diverser Wissenschaftsdisziplinen und fokussieren auf unterschiedliche Schwerpunkte, entsprechend unterschiedlich stellen sich darauf basierende Programme zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz im Sinne der Gesundheitsbildung dar.

Gesundheitsbildung an der Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover

In der 2006 gegründeten Patientenuniversität basieren die Bildungsangebote auf einer Arbeitsdefinition von Gesundheitskompetenz, die alle oben beschriebenen Aspekte umfasst. Daneben entwickeln die Teilnehmenden ihre Artikulations- und Durchsetzungsfähigkeit weiter und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wird gestärkt. Sie werden befähigt, mit einem komplexen Gesundheitssystem so umzugehen, dass ihre Bedürfnisse darin angemessen befriedigt werden können. Gesundheitsbildung, so die Vorstellung, soll nicht nur (chronisch) Erkrankte erreichen, sondern auch »gesunde« Bürger. Entsprechend richten sich die Kurse und Bildungsreihen an alle interessierten Menschen in der Region. Teilprojekte widmen sich der Gesundheitsbildung von Schülerinnen und Schülern im Rahmen der »rollenden Patientenuniversität«, der zugehenden Informationsvermittlung in Betrieben oder der Vermittlung von Systemwissen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Speziell für mehrteilige Bildungsreihen unter zentralen Leitthemen wie »Das Organsystem«, »Die Sinnesorgane« oder »Gesund und selbstbestimmt älter werden« wurde ein ganz spezielles didaktisches Format entwickelt, das unter der Überschrift »Gesundheitsbildung für jedermann«, Expertenvorträge von erfahrenen Klinikerinnen und Klinikern sowie Personen aus der Wissenschaft mit interaktiven Formen der Wissensvermittlung kombiniert. Wichtiges Prinzip ist hier die aktive Einbindung der Teilnehmenden und das Lernen mit »Kopf, Herz und Hand« an sogenannten Lernstationen, die einer definierten Struktur folgen. Diese bieten unter anderem die Möglichkeit, unter Anleitung Körperzellen im Mikroskop zu betrachten, Organe im Tiermodell zu untersuchen, Modelle zum besseren Verständnis des Körpers und seiner Systeme zu analysieren, Experimente durchzuführen, präventive Maßnahmen zu verstehen und anzuwenden oder sich über Medikamente zu informieren. Die Lernstationen bieten auch Gelegenheit, »en passant« weitere Aspekte der Gesundheitskom-



petenz, nämlich Systemwissen, Hinweise auf Patientenrechte, Hinweise auf Selbsthilfemöglichkeiten oder den Umgang mit wissenschaftlicher Evidenz zu vermitteln, Themen die erfahrungsgemäß von den Adressatinnen und Adressaten kaum genutzt würden, wenn sie als Seminarüberschrift oder Hauptthema angekündigt werden würden.

Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten

Eine retrospektive Befragung einer Gruppe von 1.323 Personen (Rücklauf 40 %) zeigt, dass auch Wochen und Monate nach den Veranstaltungen die Zufriedenheit mit dem Erlernen hoch ist, darüber hinaus haben die Menschen nach eigenen Angaben ihr Verhalten in Bezug auf die Gesundheit verändert. Jeder Fünfte hat Ernährungsumstellungen im Hinblick auf »gesündere Lebensmittel« vorgenommen, jeder Vierte verzichtet auf Nahrungsergänzungsmittel, fast jeder Dritte treibt mehr und regelmäßiger Sport. Immerhin jeder fünfte Befragte ist im Umgang mit Ärzten selbstbewusster geworden und verhält sich bei Ärgernissen im Gesundheitswesen anders als früher, wie die folgenden Formulierungen verdeutlichen: »Bin selbstbewusster, verstehe das System besser« oder »Ich lasse mir nicht mehr so schnell etwas einreden, was sich unlogisch anhört.«

Ausblick

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Teilnahme an den Veranstaltungen Effekte auf unterschiedliche Bereiche der Gesundheitskompetenz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hat. Die Teilnehmenden berichten in der retrospektiven Befragung von Verhaltensveränderungen, nicht eindeutig geklärt ist indes, auf welche Aspekte genau diese Veränderungen zurückzuführen sind. Weitere Untersuchungen sollen diese Ergebnisse in zwei Richtungen ausweiten – die (Weiter-)entwicklung und Validierung von spezifischen Erhebungsinstrumenten zur Effektmessung und die Kontrastierung der Eigeneinschätzung der Bürgerinnen und Bürger mit Einschätzungen von Expertinnen und Experten.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. GABRIELE SEIDEL, PROF. DR. MARIE-LUISE DIERKS, Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, E-Mail: seidel.gabriele@mh-hannover.de

SILJA SAMERSKI

Das Ende der guten Hoffnung? Schwangerschaft unter Wissens- und Entscheidungszwängen

Die schwangere Frau Schramm ist beim Frauenarzt. Sie müsse ihr Schicksal nicht hinnehmen, betont der Frauenarzt. Mit 37 habe sie ein erhöhtes Risiko für ein Kind mit Down-Syndrom. »Immerhin weiß man das«, mahnt er sie, und weiter: »Man kann, wenn man will, das eben vorher abklären«. Und zwar, so schlägt er vor, durch den Ersttrimester-Test. Je nach Ergebnis könne sie dann entscheiden, ob sie eine Fruchtwasseruntersuchung machen lassen wolle. Eine Fruchtwasseruntersuchung würde ihr die Sicherheit geben, dass die Chromosomen des Kindes normal seien oder nicht. Allerdings ginge sie mit dem Eingriff ein geringes, aber nicht unerhebliches Risiko ein, eine Fehlgeburt zu provozieren.

Frau Schramm legt die Hand auf ihren wachsenden Bauch. Was sie plötzlich alles wissen soll: »Chromosomenstörung«, »Down-Syndrom«, »erhöhtes Risiko«, »Fehlgeburt« ... Ihr schwirrt der Kopf. Eigentlich ist sie zuversichtlich, dass ihr Kind wohlauf ist. Der Arzt hatte sie allerdings für »risikoschwanger« erklärt, weil die statistische Wahrscheinlichkeit für ein Kind mit Down-Syndrom qua medizinischer Übereinkunft ab 35 als erhöht gilt. Wäre das Kind nicht normal, hatte der Arzt erklärt, dann könnte sie die Schwangerschaft abbrechen.

Frau Schramm sitzt in der »Entscheidungsfalle«. Die Aufklärung des Arztes hat ihre gute Hoffnung in schlechte Erwartung verwandelt. Doch sie soll nicht nur über die Entwicklungsrisiken ihres kommenden Kindes Bescheid wissen, sondern darauf auch folgenreiche Entscheidungen gründen: Zunächst die Entscheidung, welchen Tests sie ihren Sprössling unterzieht, und dann, ob sie ihn angesichts der Testergebnisse überhaupt auf die Welt bringen will. Ohne Wenn und Aber die Schwangerschaft auszutragen, wie es noch zur Generation ihrer Mutter selbstverständlich war, das kann Frau Schramm nicht mehr. Auch dafür müsste sie eine informierte Entscheidung treffen – und die entsprechenden Risiken auf die eigene Kappe nehmen.

Ein Risiko für ein behindertes Kind eingehen, das möchte Frau Schramm nicht. Wie stünde sie da, überlegt sie, wenn sie das ärztliche Angebot ausschläge und mit ihrem Kind nachher tatsächlich etwas wäre? »Wer nicht will«, so hatte der Arzt ausdrücklich erklärt, »muss sein Schicksal nicht hinnehmen«. Aber was, wenn beim Test etwas herauskommt und... Nein, soweit möchte Frau Schramm nicht denken. Nein, es wird schon alles gut gehen. Schließlich willigt sie ein, den Test machen zu lassen.

Trivialisierung der vorgeburtlichen Selektion

Fast alle Schwangeren unterziehen sich heute vorgeburtlichen Untersuchungen, vom Fehlbildungsschall über den Ersttrimestertest bis hin zur Fruchtwasseruntersuchung, die bei positivem Befund das Kommen ihres Kindes in Frage stellen. Worauf sie sich damit einlassen, machen sich nur die wenigsten bewusst. Die meisten erhoffen sich Beruhigung und die Gewissheit, dass das Kind gesund sein wird. Was Frauenärzte ungern ausführen und auch Frau Schramm nicht zu Ende denken will: Erstens kann kein Test die Gewissheit geben, dass das Kind gesund sein wird. Und zweitens stellen vorgeburtliche

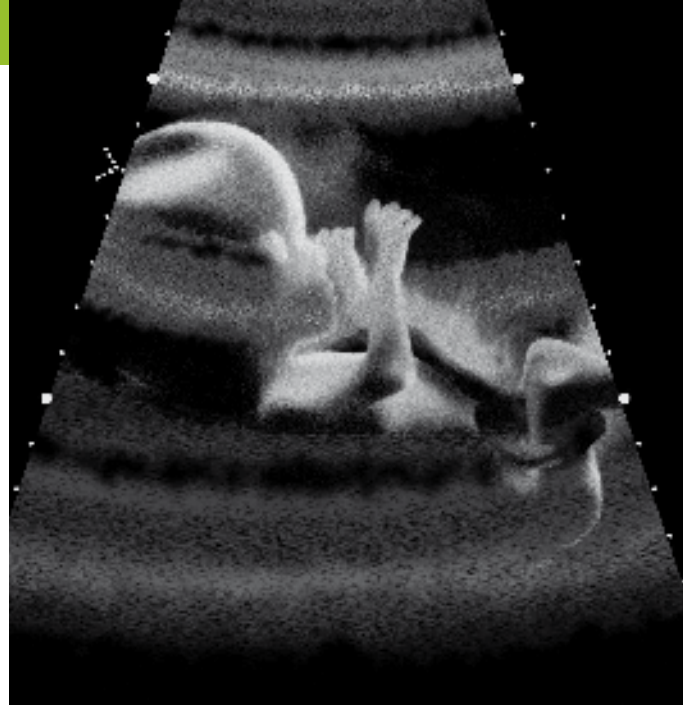
Untersuchungen einen Patienten her, der nicht geheilt, sondern nur abgetrieben werden kann. Was das heißt, darüber wird selten gesprochen: Für eine Absaugung ist das Ungeborene bereits zu groß. Die Schwangeren bekommen Tabletten und müssen ihr Kind unter starken Schmerzen zu Tode gebären. Manchmal kann das, wie bei einer normalen Geburt, viele Stunden oder Tage dauern. »Frauen lassen sich auf ein vernunftgeleitetes Suchen von Information und Wahlmöglichkeiten ein und finden sich in einem Albtraum wieder«, so die amerikanische Soziologin Barbara Katz Rothman zu den wirklichen Folgen oftmals unwirklicher Entscheidungen.

Vergangenes Jahr wurde heftig über die Testung und Auswahl von Embryonen im Reagenzglas (PID) gestritten. Die drohende Trivialisierung der vorgeburtlichen Selektion erregte bisher kaum die Gemüter: Geht es nach der Pränataldiagnostik, der Biotechnologie-Branche und dem Bundesforschungsministerium, dann wird die Entscheidungsfalle bald für alle Schwangeren alltäglich. Ein Konstanzer Biotech-Unternehmen, mit Bundesmitteln gefördert, will in diesem Jahr einen Bluttest auf Down-Syndrom auf den Markt bringen. Bereits in der 10. Woche soll dieser Test anhand weniger Milliliter mütterlichen Blutes ziemlich sicher feststellen, ob das kommende Kind eine Trisomie 21 hat. Da kein Eingriffsrisiko bestünde, könnte der Bluttest allen Schwangeren angeboten werden, unabhängig von Alter und Risikostatus. Frauen, die keine »Schwangerschaft auf Probe« wollen, kämen stark unter Druck. Wer einen einfachen Pieks gegen Ende des dritten Monats ablehnt, muss gewichtige Gründe dafür haben. Kein Wunder, dass daran so fieberhaft geforscht wird: Der Bluttest hat, wie es die Autoren der zypriotischen Studie formulieren, ein enormes »kommerzielles und medizinisches Potenzial«.

Das Ende der Geburtlichkeit?

Das vermeintliche Wissen, das die Pränataldiagnostik verheißt, hat das, was Schwangergehen und Gebären einst bedeutete, radikal verändert. Eine Schwangere erwartet heute kein Kind, auf das sie sich freuen könnte, sondern einen Risikoträger, der schon im Mutterleib vermessen, berechnet und nach seinen Entwicklungschancen bewertet wird. Die vorgeburtlichen Testangebote zwingen die werdende Mutter zur Entscheidung, ob sie ihr Kind angesichts seines derzeitigen Risikoprofils auf die Welt bringt oder ob sie mehr über die Zukunft wissen will. Sie ist also gezwungen, ihre gute Hoffnung aufzugeben und, wie ein Versicherungsunternehmer oder Börsenmakler, Risiken abzuwägen. Sie lernt, das Ungeborene als eine Art Investmentpaket zu behandeln, das sie je nach Entwicklungschancen behalten oder absetzen kann.

Philosophie und Theologie haben dem Sterben als Teil der *Conditio humana* viel Aufmerksamkeit gewidmet, nicht aber der Geburt. Hannah Arendt ist hier eine große Ausnahme. Sie hat die Geburtlichkeit des Menschen zum Ausgangspunkt ihres Nachdenkens über das Handeln gemacht hat. Jeder Geburt wohnt ein Neuanfang inne, so Arendt, und eben dieser absolute Neuanfang ist für sie Sinnbild und Grundlage menschlicher Handlungsfähigkeit. »Weil jeder Mensch auf Grund des Geborens ein Initium, ein Anfang und Neuankommeling in der Welt ist, können Menschen Initiative ergreifen, Anfänger werden und Neues in Bewegung setzen.« Dieser Neuanfang ist nicht planbar und berechenbar, sondern eine Überraschung. Menschen stehen immer wieder staunend vor dem Neugeborenen, dem ganz Neuen, einzigartig und unvorhersehbar: »Der Neuanfang steht stets im Wider-



spruch zu statistisch erfassbaren Wahrscheinlichkeiten, er ist immer das unendlich Unwahrscheinliche; er mutet uns daher, wo wir ihm in lebendiger Erfahrung begegnen (...) immer wie ein Wunder an«.

Die vorgeburtlichen Risikoatteste, Laborbefunde und Entscheidungszwänge machen Schluss mit dem Wunder der Geburt. Sie erzeugen eine Form von Wissen, durch das das kommende Kind zum Träger von genetischen Anomalien und Risiken mutiert. Noch bevor die werdende Mutter ihm ins Angesicht schauen kann, soll sie es als Gen- und Risikoprofil behandeln, als gesichtslosen Fall. Sie soll ihr Wissen um das »Du«, das in ihr wächst, durch statistische Kalküle und Laborwissen ersetzen. Und daraufhin abwägen, ob sie es annehmen will oder nicht.

Literatur bei der Verfasserin

DR. SILJA SAMERSKI, Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover, Institut für Soziologie, Im Moore 21, 30167 Hannover, Tel.: (05 11) 762-45 67, E-Mail: s.samerski@ish.uni-hannover.de

ANKE STECKELBERG, MARTINA BUNGE,
INGRID MÜHLHAUSER

Wie komme ich zu einer informierten Entscheidung? Welches Wissen ist dafür notwendig?

Szenario 2030: Die mündige Bürgerin:

Ärztin: Nehmen Sie an der Früherkennung auf Skeptizismus teil?

Bürgerin: Ich habe die Evidenz-basierte Information zur Früherkennung auf Skeptizismus gelesen. Die Testgüte ist ziemlich gut. Der Test erkennt 90 von 100 Personen mit der Erkrankung. In meiner Altersgruppe erhalten mit Früherkennung 25 von 1000 Frauen in den nächsten zehn Jahren die Diagnose. Im Vergleich dazu werden 20 von 1000 Frauen, die nicht an der Früherkennung teilnehmen, die Diagnose bekommen. Mit der Teilnahme an der Früherkennung alle 2 Jahre über 10 Jahre wird 1 Frau einen Nutzen haben, weil sie nicht an der Erkrankung verstirbt. Deshalb werde ich ...

Informierte Entscheidungen und Partizipation

Bürgerinnen und Bürger wünschen ein hohes Maß an Partizipation an medizinischen Entscheidungen. Dieser Wunsch besteht weitgehend unabhängig von Gesundheitszustand, Bildung und Alter. Partizipation setzt voraus, dass evidenzbasierte Informationen verfügbar sind. Eine informierte Entscheidung liegt dann vor, wenn die Betroffenen evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zur Verfügung hatten und diese auch verstanden haben und zudem die persönlichen Präferenzen für oder gegen eine Teilnahme im Einklang sind mit dem Handeln.

Auch die EU-Leitlinien zum Mammographie- und Darmkrebscreening sehen explizit eine umfassende, objektive und täuschungsfreie Information der Bürgerinnen und Bürger als Grundlage für eine informierte Entscheidung vor.

Kampagnen verhindern informierte Entscheidungen

Kampagnen zur Krebsfrüherkennung führen zu Täuschungen und Trugschlüssen. Das Schüren von Angst und falsche Versprechungen produziert groteske Überschätzungen von Erkrankungsrisiken und Präventionsmöglichkeiten. Kampagnen, wie die der Felix Burda Stiftung, zur Darmkrebsfrüherkennung bieten den Bürgern irreführende Informationen. Eine europäische Studie hat gezeigt, dass der Nutzen des Mammografie- und Prostata-spezifischen Antigen Screenings in der Bevölkerung nach wie vor massiv überschätzt wird. Die Basis für informierte Entscheidungen scheint in Europa nicht vorhanden zu sein.

Der nationale Krebsplan formuliert in Ziel 1 nach wie vor: »Die informierte Inanspruchnahme der im Nutzen belegten Krebsfrüherkennungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen wird gesteigert.« Zudem wird seit Februar 2012 seitens der Bundesregierung die Diskussion erneut geführt, dass bei Nicht-Teilnahme an der Krebsfrüherkennung spätere mögliche Behandlungskosten nicht vollständig übernommen würden. Dabei ist die Nicht-Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennung ein ethisch verbrieftes Recht.

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen – Voraussetzung für informierte Entscheidungen

Qualitätskriterien für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen sind international definiert. Ethische Leitlinien führen an, welche Informationen zur Verfügung gestellt werden sollen. Um die Transparenz der Information zu gewährleisten, sind Verfasserinnen und Verfasser, Sponsorinnen und Sponsoren, finanzielle Abhängigkeiten, Ziele der Informationen, Informationsquellen sowie Angaben zur Aktualität erforderlich. Die eigentliche Sachinformation sollte den natürlichen Verlauf der Erkrankung (Beschwerdebild und Prognose der Erkrankung ohne Intervention); die vollständige Nennung aller Optionen, einschließlich gegebenenfalls der Möglichkeit, auf eine Intervention (vorerst) zu verzichten; die Wahrscheinlichkeiten zu Erfolg, Nichterfolg und Schaden zu den anstehenden medizinischen Interventionen; patientenrelevante Zielparameter; das Fehlen von Evidenz für diagnostische Maßnahmen sowie Daten zu möglichen falsch-positiven und falsch-negativen Ergebnissen umfassen. Die Gesundheitsinformation ist unverzerrt darzustellen. Bei der Entwicklung von Gesundheitsinformationen gilt es zudem, die Zielgruppe in den Entwicklungsprozess einzubeziehen.

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass evidenzbasierte Patienteninformationen relevantes Wissen erhöhen,



Trugschlüsse vermindern und bessere individuelle Entscheidungen von Patientinnen und Patienten ermöglichen. Zudem kann die Einbeziehung der Zielgruppe in die Erstellung von Gesundheitsinformationen deren Qualität verbessern.

Neue Strukturen für die Erstellung evidenzbasierter Informationen sind notwendig

Strukturen zur Erstellung evidenzbasierter Informationen sind dringend nötig. Vorgeschlagen wird die Einrichtung von themenspezifischen Arbeitsgruppen, die von Expertinnen und Experten in den Methoden der evidenzbasierten Medizin und der Entwicklung von Patienteninformationen geleitet werden können. Die Unabhängigkeit der Mitglieder müsste gewährleistet sein.

Zudem sollten Leitlinienentwicklungsgruppen bereits bei der Erstellung berücksichtigen, dass Leitlinien als Grundlage für Patientenleitlinien nutzbar sein müssten. Hierzu wären zum Beispiel die Ergebnisse der Studien mit den notwendigen Zahleninformationen zu präsentieren.

International sind Gesundheitsfachberufe bereits vielerorts in ein multidisziplinäres Team integriert, das die Beratung, evidenzbasierte Patienteninformation und das Shared Decision Making im Versorgungsprozess sicherstellt. Sie ermöglichen eine umfassende Diskussion der Optionen und stellen sicher, dass die Bürgerinnen und Bürger verstanden haben, welche Entscheidungen anstehen und welche Optionen mit welchen Ergebnissen zur Auswahl stehen.

Diese neuen Strukturen setzen jedoch die Einsicht aller Akteure des Gesundheitswesens voraus, dass sich das Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts in einem radikalen Umbruch befindet. Sir Muir Gray, der frühere Chief Knowledge Officer des englischen nationalen Gesundheitsdienstes, spricht von der dritten Revolution des Gesundheitswesens, der die Fachkräfte jedoch ein bis zwei Jahrzehnte hinterher hinken.

Teile des Artikels wurden in ähnlicher Form bereits publiziert.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. PHIL. ANKE STECKELBERG, Universität Hamburg, MIN Fakultät Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-King-Platz 6, 20146 Hamburg, Tel.: (0 40) 4 28 38 72 22, E-Mail: asteckelberg@uni-hamburg.de

CLAUDIA KAISER

Das Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012

Die Bevölkerungsstruktur der Europäischen Union verändert sich im Zeichen des demographischen Wandels deutlich: Zwar altert und schrumpft die Gesellschaft in den europäischen Mitgliedsstaaten unterschiedlich schnell, dennoch sehen die Herausforderungen für Wirtschaft und Gesellschaft überall ähnlich aus: immer mehr ältere Menschen stehen immer weniger jüngeren gegenüber. In der öffentlichen Diskussion werden vor allem die Risiken dieses Wandels problematisiert und noch zu wenig die Potenziale der älteren Bevölkerung erkannt. Vor diesem Hintergrund hat der Europäische Rat gemeinsam mit dem Europäischen Parlament das Jahr 2012 zum »Europäischen Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen« ausgerufen.

Das Europäische Jahr 2012 in Europa

Ziel des Europäischen Jahres 2012 ist es, eine Kultur des aktiven Alterns in Europa anzuregen, deren Grundlage eine Gesellschaft für alle Altersgruppen bildet. Daher werden die Mitgliedstaaten, ihre regionalen und lokalen Behörden, die Sozialpartnerinnen und -partner, die Zivilgesellschaft sowie die Wirtschaft dazu angehalten und dabei unterstützt, ein aktives Altern zu fördern und mehr zu unternehmen, um das Potenzial der rasch wachsenden Bevölkerungsgruppe der Menschen im Alter von Ende 50 und älter zu mobilisieren.

Der Fokus soll auf einer stärkeren Sensibilisierung der Bevölkerung für den Wert des aktiven Alterns liegen. Es sollen Rahmenbedingungen für das Eingehen von Verpflichtungen und für konkrete Maßnahmen geschaffen werden, damit die Union, die Mitgliedstaaten und die Akteurinnen und Akteure auf allen Ebenen innovative Lösungen, Maßnahmen und langfristige Strategien entwickeln sowie spezifische Ziele im Bereich des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen verfolgen können. Es sollen konkrete Aktivitäten gefördert werden, die zur Bekämpfung von Altersdiskriminierung und zur Überwindung von Altersklischees beitragen. Dabei soll ein Informationsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten und den Handelnden auf allen Ebenen erfolgen, um das Voneinander-Lernen zu erleichtern.

Die Europäische Union stellt für die Umsetzung des Jahres 5 Mio. Euro für Kommunikations- und Öffentlichkeitsarbeit auf der EU-Ebene und für Unterstützungsleistungen für die Mitgliedsstaaten zur Verfügung. Die konkrete Umsetzung des Europäischen Jahres auf nationaler Ebene liegt in der Verantwortung der Mitgliedsstaaten.

Auftakt in Deutschland

Der offizielle Startschuss des Europäischen Jahres für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012 in Deutschland fiel am 6. Februar 2012 in Berlin. Auf der zentralen Auftaktveranstaltung unter Beteiligung der Bundesminis-



Europäisches Jahr für **aktives Altern** und **Solidarität zwischen den Generationen 2012**



terin Dr. Kristina Schröder diskutierten über 300 Interessierte und Aktive aus Politik, Wissenschaft, Verbänden und der Praxis die Frage, wie in einer Gesellschaft für alle Altersgruppen eine Kultur des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen unterstützt werden kann und wie die Potenziale älterer Menschen angemessen wahrgenommen sowie für die Gesellschaft fruchtbar gemacht werden können.

Das nationale Arbeitsprogramm

Das nationale Arbeitsprogramm der Bundesregierung gibt Auskunft darüber, welche thematischen Schwerpunkte die Grundlage für die vielfältigen Aktivitäten auf deutscher Seite bilden werden. Dazu gehören a) Altersbilder und Altersgrenzen, b) Potenziale Älterer für die Zivilgesellschaft und Solidarität der Generationen, c) Potenziale älterer Menschen für die Wirtschaft, d) Eigenständiges Leben älterer Menschen durch Anpassungen in den Bereichen Wohnen, Wohnumfeld und e) Infrastruktur, Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bzw. Pflege und Familie.

Bereits im Herbst 2011 war in einem bundesweiten Aufruf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für eine breite Beteiligung der Zivilgesellschaft und aller interessierten Akteure geworben worden. Mit dem Aufruf wurden außerdem Fördermittel in Aussicht gestellt, mit deren Hilfe Projekte und Aktionen im Jahr 2012 mit einer Gesamtsumme von über 800.000 Euro finanziell unterstützt werden. Aus den mehr als 300 interessanten Vorschlägen sind 46 Projektideen ausgewählt worden, die thematisch zu den Schwerpunkten des nationalen Arbeitsprogramms passen und die zentralen Themen des Jahres aufgreifen. Die ausgewählten Projekte reichen von großen Fachveranstaltungen, überregionalen Aktionswochen und Kampagnen, Veranstaltungsreihen bis hin zu kleineren lokalen Aktivitäten. In einigen Projekten werden auch Anrainerstaaten bzw. Partnerstädte beteiligt und damit der Blick nach Europa und die Nachbarländer gerichtet.

Get involved – Mach mit!

»Get involved« oder »Mach mit!« lautet das Motto des Jahres. Die von der deutschen Geschäftsstelle EJ2012 eingerichtete Internetseite www.ej2012.de bietet eine Plattform für den Austausch von Ideen und für die Bekanntmachung von Projekten und Veranstaltungen. Tragen auch Sie Ihre Veranstaltung in den Kalender ein oder berichten Sie in der Projektdatenbank von Ihren Aktivitäten, damit eine breite Wirkung und Beteiligung möglich wird.

CLAUDIA KAISER, Geschäftsstelle Europäisches Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012, c/o BAGSO e.V., Bonngasse 10, 53111 Bonn, Tel.: (02 28) 24 99 93 26, E-Mail: kaiser@ej2012.de



MARTIN SCHUMACHER

Qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen für Männer – Männergesundheitsportal der BZgA ist online

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im Februar 2012 das Männergesundheitsportal (www.maennergesundheitsportal.de) der Öffentlichkeit vorgestellt. Über das Portal werden aktuelle und qualitätsgesicherte männer-spezifische Gesundheitsinformationen bereitgestellt. Das Männergesundheitsportal geht unter anderem zurück auf die Ergebnisse und Impulse des im Oktober 2009 in der BZgA durchgeführten Fachforums zur Männergesundheit und wird darauf aufbauend von einem interdisziplinär zusammengesetzten Redaktionsteam betreut. Die Umsetzung wird durch einen Arbeitskreis »Männergesundheit« begleitet, der sich aus fachlich ausgewiesenen Expertinnen und Experten, u. a. aus den Bereichen Sportwissenschaft, Gesundheitsförderung, Psychologie, Urologie/Andrologie und Erziehungswissenschaften, zusammensetzt.

Qualitätsgesicherte Contententwicklung

Die Informationen des Männergesundheitsportals sollen ein hohes Qualitätsniveau sicherstellen. Das zugrunde liegende Qualitätssicherungsverfahren basiert auf nationalen und internationalen Standards und Richtlinien für Gesundheitsinformationen via Internet. Die Gestaltung und der Aufbau der Gesundheitsinformationen innerhalb des Portals orientieren sich an männlichen Kommunikations- und Rezeptionsgewohnheiten. Ein Schwerpunkt liegt auf kurzen Informationsbeiträgen mit Visualisierungselementen und schneller Erreichbarkeit weitergehender Informationsmöglichkeiten. Es wird, anders als in zahlreichen Internetauftritten zu Männergesundheitsthemen, weder mit zugeschriebenen Risikoverhaltensweisen noch mit produktorientierten Werbestrategien gearbeitet.

Inhaltliche Schwerpunkte und Weiterentwicklung

Das Männergesundheitsportal fokussiert zunächst auf die Felder Psychische Gesundheit, Bewegung und Sport, Ernährung, Früherkennung sowie Suchtprävention und wird sukzessive mit weiteren Themenbereichen ausgebaut. Übergeordnete, zentrale Themen wie z. B. Behinderung, Migration, Soziale Benachteiligung sind als Querschnittsthemen in allen Inhalten präsent. Die redaktionelle Bearbeitung erfolgt entlang von Qualitätskriterien hinsichtlich Angebotstransparenz, Vermittlungsqualität und inhaltlichen Aspekten wie geschlechtsspezifische und fachlich-wissenschaftliche Relevanz, Berücksichtigung wissenschaftlicher Standards sowie Vertrauenswürdigkeit und fachliche Absicherung der Informationen. Das Portal verweist ausschließlich auf werbefreie Gesundheitsinformationen. Bereits seit Dezember 2009 wird das Portal von einem Newsletter Männergesundheit begleitet, der vierteljährlich verschickt wird. Die BZgA informiert darin regelmäßig über Aktuelles im Themenfeld, Daten, Tagungen, neue Projekte und Publikationen. Im Portal steht ein Archiv mit den bislang versandten Newslettern zur Verfügung.

Perspektiven

Die Freischaltung des Männergesundheitsportals ist ein wichtiger Schritt, um Transparenz über das im Feld vorhandene Wissen herzustellen und das Thema Männergesundheit sowohl für Forschung und Politik als auch für interessierte Bürgerinnen und Bürgern noch besser nutzbar zu machen. Das an der wissenschaftlichen Begleitung des Portals beteiligte Robert Koch-Institut erarbeitet derzeit einen »Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland«, der voraussichtlich im zweiten Halbjahr 2012 veröffentlicht wird. Auch darin werden die Themen Prävention, körperliche Bewegung und psychische Krankheiten, aber auch die Arbeitswelt sowie die Frage, inwieweit Männer mit den bestehenden Angeboten der gesundheitlichen Versorgung erreicht werden, eine wichtige Rolle spielen.

Literatur beim Verfasser (siehe Impressum)

TANIA-ALETTA SCHMIDT

Seniorenservicebüros in Niedersachsen

In Niedersachsen werden seit 2008 Seniorenservicebüros durch das Land Niedersachsen für jeweils vier Jahre gefördert. Diese sind Anlaufstellen für alle Fragen rund um das Alter und Älterwerden. Mit diesem Thema ist eine Vielzahl von Fragestellungen verbunden. Die Lebenssituationen und Lebenslagen älterer Menschen differieren und dementsprechend unterschiedlich sind Bedarfe und Bedürfnisse sowie die Anforderungen an Beratung und Angebote. Die Mitarbeitenden in den Seniorenservicebüros sind sowohl Ansprechpersonen für Seniorinnen und Senioren und deren Angehörige als auch für Menschen, die sich in der ehrenamtlichen Begleitung älterer Menschen engagieren möchten.

Landesweite Struktur

Aufgrund eines abgestuften Förderverfahrens wurden seit 2008 jährlich neue Seniorenservicebüros in die Landesförderung aufgenommen, mit dem Ziel, eine landesweite Struktur in Niedersachsen zu schaffen. Vorgesehen war die Einrichtung



eines Seniorenservicebüros pro Landkreis bzw. kreisfreier Stadt. 2011 haben nun die Büros der letzten Förderrunde ihre Arbeit aufgenommen, so dass derzeit 45 Seniorenservicebüros landesweit zur Verfügung stehen und somit eine nahezu flächendeckende Struktur geschaffen wurde. Wenngleich sowohl Trägerstruktur als auch die Bedingungen vor Ort unterschiedlich sind, verfügen die Seniorenservicebüros über ein einheitliches Aufgabenspektrum. Um sich über diese Aufgaben, Ziele und die Umsetzung vor Ort auszutauschen, findet auf Landesebene einmal im Jahr ein Treffen aller Mitarbeitenden in Seniorenservicebüros statt. Darüber hinaus gibt es regelmäßige dezentrale Treffen auf regionaler Ebene, um bezüglich der Umsetzung vor Ort voneinander zu lernen und Synergieeffekte zu erzielen.

Aufgabenspektrum

Das Aufgabenspektrum der Seniorenservicebüros erstreckt sich von der Beratung über Bewegungs- und Freizeitangebote, Möglichkeiten des bürgerschaftlichen Engagements, über die Vermittlung von Seniorenbegleitungen oder Wohnberatungen bis zur Weiterleitung in spezielle Beratungsangebote z. B. zum Thema Pflege. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden ist es notwendig, einen guten Überblick über die bestehenden Angebote und Institutionen zu haben. Die Seniorenservicebüros dienen als Anlauf- und Vernetzungsstelle in dem jeweiligen Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt und arbeiten vor Ort mit den relevanten Trägern und Einrichtungen zusammen, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Verlängerung der ersten Förderrunde

Die Förderung der ersten 16 Seniorenservicebüros, die bereits seit vier Jahren besteht, ist nun noch einmal für ein Jahr verlängert worden. Dabei wurden die Aufgabenschwerpunkte entsprechend aktueller Entwicklungen modifiziert. Zu den Aufgabenbereichen gehört nun die Information von interessierten Seniorinnen und Senioren über die Möglichkeiten, sich im Bundesfreiwilligendienst zu engagieren. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf dem Thema Generationendialog, d. h. generationenübergreifende Aktivitäten stärker zu fokussieren und zu unterstützen.

Ziel ist es, die landesweit aufgebaute Struktur zu verstetigen und damit flächendeckend Beratung und Information für Seniorinnen und Senioren aus einer Hand anzubieten.

Anschrift der Verfasserin: siehe Impressum

VERONIKA WEITHE

AOK-Leonardo – Gesundheitspreis für digitale Prävention

Die neuen Medien rücken immer mehr in den Fokus der Prävention und Gesundheitsförderung. Fast jede Aktion hat inzwischen einen Online-Auftritt oder ein »App« (Application) zum Herunterladen. Diese Dinge gehören für immer mehr Menschen zum Alltag und bieten die Gelegenheit, das Leistungsspektrum im Bereich der Prävention zu erweitern. Über diese technischen Möglichkeiten können zukünftig noch mehr Menschen erreicht und es könnte das Bewusstsein für gesunde Ernährung und Bewegung nachhaltig in den Alltag integriert werden. Die AOK setzt auf diese neue Technik und hat vor diesem Hintergrund erstmals den »AOK-Leonardo – Gesundheitspreis für Digitale Prävention« ausgeschrieben. Der AOK Leonardo – Gesundheitspreis für Digitale Prävention gliedert sich in zwei Kategorien:

- » Der AOK-Leonardo – für praxiserprobte Programme und Anwendungen, mit Preisgeldern in Höhe von insgesamt 25.000 Euro
 - » Leonardo Förderpreis/Innovation – für noch nicht in die Praxis eingeführte Ideen (zur Projektentwicklung werden Fördermittel in Höhe von bis zu 200.000 Euro vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in Aussicht gestellt).
- Die Schirmherrschaft für den AOK-Leonardo haben das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung und Forschung übernommen.

In diesem Jahr widmet sich der Preis Projekten mit dem Schwerpunkt Familiengesundheit, da sich aus der AOK-Familienstudie 2010 ergab, wie wichtig ein gesunder und strukturierter Alltag für Eltern und Kindern, für die Gesundheit und das Wohlbefinden ist. Aus den 40 Bewerbungen kristallisierten sich drei Gewinner heraus, die auf der CeBIT am 6. März 2012 prämiert wurden.

Den Preis für praxiserprobte Programme und Anwendungen erhielten die Projekte »rehasonanz«, – ein zwölfmonatiges Nachsorgeprogramm, das die Nachhaltigkeit eines Kur-Aufenthaltes sichern soll – und das Programm »mobiler Gesundheitsmanager« – das in Echtzeit individuelle Tages-Stressprofile liefert.

Der AOK-Leonardo-Förderpreis ging an das Projekt »Fam-Time« der Hochschule Fulda. Die nun geförderte Projektidee stammt von Frau Prof. Beate Blättner und Frau Elisabeth Hintz aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit. In diesem Projekt soll ein Familienmanager entwickelt werden, der den Alltag von Familien besser strukturiert und gemeinsame Rituale schafft, wie gesunde Ernährung und Bewegung.

Weitere Informationen:

AOK-Bundesverband, Webredaktion, www.aok-leonardo.de



IRIS PIGEOT, WOLFGANG AHRENS

Die IDEFICS-Studie – Gesundes Leben lernen

Ziele

Die im 6. EU-Rahmenprogramm geförderte IDEFICS-Studie (Identification and prevention of Dietary – and lifestyle-induced health Effects In Children and infantS) verfolgt zwei Hauptziele:

- (1) Erforschung der Ursachen von ernährungs- und lebensstilbedingten Gesundheitsstörungen bei Kindern durch standardisierte Erfassung von Risikofaktoren (Ernährung, Lebensstil, psychosoziale, biochemische, genetische Faktoren) und gesundheitlicher Endpunkte (Adipositas, metabolisches Syndrom, Knochengesundheit) sowie Beschreibung ihrer Verteilung in den beteiligten Ländern;
- (2) Entwicklung, Implementation und Evaluation eines evidenzbasierten Programms zur Adipositasprävention.

Design

Ausgehend von Kindergärten und Grundschulen wurde in den Jahren 2007 und 2008 eine umfangreiche Basisuntersuchung bei mehr als 16.000 Kindern im Alter von zwei bis neun Jahren aus acht europäischen Ländern in je zwei Regionen durchgeführt. Die Hälfte der Kinder nahm an einem Programm zur Primärprävention von Adipositas teil (Interventionsregion), um sie mit den Kindern der Kontrollregion zu vergleichen. Zwei Jahre später nahmen alle Kinder an einer ersten Folgeuntersuchung teil, um so die Auswirkung des Präventionsprogramms auf das Körpergewicht und andere Gesundheitsparameter beurteilen zu können. Mit einer späteren Nachbefragung wurde die Nachhaltigkeit des Präventionsprogramms in Bezug auf Verhaltensänderungen evaluiert. Die Präventionsaktivitäten konzentrierten sich auf sechs Schlüsselbotschaften zu Ernährung, körperliche Aktivität und Stress (Tab. 1).

Bereich	Schlüsselbotschaft
Ernährung	Täglichen Wasserkonsum erhöhen
	Täglichen Obst- und Gemüseverzehr erhöhen
Körperliche Aktivität	Fernsehzeit reduzieren
	Tägliche körperliche Aktivität erhöhen
Stress, Coping und Entspannung	Mehr Zeit mit der Familie verbringen
	Ausreichende Schlafdauer sicherstellen

Tabelle 1: Schlüsselbotschaften

Das Untersuchungsprogramm

Eltern wurden zu Lebensstil, Soziodemographie und Ernährungsverhalten befragt, während die Kinder ein umfangreiches Messprogramm absolvierten (Akzelerometrie, Körpermaße [Gewicht, Größe, Körperfaltungendicke, Halsweite], Fitnessstests und Geschmackssensortests in Untergruppen). In Urin, Speichel und Blut wurden Biomarker bestimmt.

Erste Ergebnisse

In den beteiligten Ländern war jedes fünfte Kind übergewichtig oder adipös, mit einer höheren Prävalenz im Süden Europas. Dabei ergab sich ein negativer Einfluss von:

- » Schlafmangel (< 11 Stunden/Nacht);
 - » geringer körperlicher Aktivität (< 60 Minuten moderater bis starker körperlicher Aktivität/Tag);
 - » Medienkonsum (z. B. Fernsehen > 14 Stunden/Woche);
 - » sozialen Faktoren (geringes Einkommen/Bildung, Alleinerziehende, Migrationshintergrund, übergewichtige Eltern).
- Insbesondere übergewichtige Mädchen zeigten im Geschmackstest eine Vorliebe für süß und fettig. Davon unabhängig bevorzugten Kinder, die viel fernsahen, fettreichere und stärker zuckerhaltige Lebensmittel. Aktive Kinder dahingegen waren nicht nur schlanker, sondern hatten auch festere Knochen.

Fazit

Die ersten Ergebnisse der IDEFICS-Studie zeigen bereits Möglichkeiten für gezielte Präventionsmaßnahmen. Weitere Auswertungen sollen dabei helfen, Empfehlungen zur Gesundheitsförderung bei Kindern zu formulieren.

Um Verhaltensänderungen nachhaltig zu verankern müssen Präventionsprogramme auch die Lebensumgebung in den Fokus nehmen. Dies kann nur durch eine enge Zusammenarbeit aller Interessensgruppen erreicht werden. Daher haben sich die Bürgermeister der IDEFICS-Interventionsregionen zu einem Netzwerk zusammengeschlossen und im Mai 2011 in Göteborg ein gegenseitiges Abkommen zum nachhaltigen Handeln unterzeichnet. Eine Toolbox mit den IDEFICS-Präventionsmodulen und Kommunikationsstrategien soll andere Städte unterstützen, das Präventionsprogramm erfolgreich zu implementieren.

Ausblick

Das 7. EU-Forschungsrahmenprogramm ermöglicht eine Nachverfolgung der IDEFICS-Kinderkohorte im Rahmen des Projekts I. Family, in dem die Determinanten und gesundheitlichen Folgen des Ernährungsverhaltens von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien untersucht werden.

PROF. DR. WOLFGANG AHRENS, BIPS – Institut für Epidemiologie und Präventionsforschung GmbH, Abt. Epidemiologische Methoden und Ursachenforschung, Bremen, Tel.: (04 21) 21 85 68 22, E-Mail: ahrens@bips.uni-bremen.de, www.bips.uni-bremen.de, www.idefics.eu



GABRIELE FRECH

Cara – Beratungsstelle zu Schwangerschaft und vorgeburtlicher Diagnostik

Cara wurde 1990 gegründet um eine von der Medizin unabhängige psychosoziale Beratung anzubieten. Fast ebenso wichtig war die aktive und vor allem auch kritische Beteiligung an der gesellschaftlichen Diskussion zur Pränataldiagnostik (PND). Das Anliegen der Beratungsstelle war, schwangere Frauen bereits vor der Inanspruchnahme von PND zu informieren und bei der persönlichen Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Vor über 20 Jahren wurde Schwangeren über 40 die Fruchtwasseruntersuchung als ein zusätzliches Angebot zur Schwangerenvorsorge angeboten. Heute sind Fruchtwasseruntersuchung und NT-Screening, eine Ultraschalluntersuchung verbunden mit einer zeitgleich durchgeführten Laboruntersuchung aus dem mütterlichen Blut, zu einem normalen Bestandteil der Schwangerenvorsorge geworden. Jede Frau wird damit konfrontiert, häufig schon zu Beginn der Schwangerschaft. Beratung vor Inanspruchnahme vorgeburtlicher Untersuchungen spielt fast keine Rolle mehr. Psychosoziale Beratung wird mehr und mehr zu Beratung bei einem auffälligen Befund.

Konsequenzen der vorgeburtlichen Diagnostik

Vorgeburtliche Diagnostik soll Frauen Handlungsoptionen bieten. In der Realität sind sie jedoch mit einer Diagnose überfordert, verschiedene Optionen sind in solch einer Situation

kaum denkbar. Das Wissen katapultiert die Eltern in eine traumatische Situation. Oft werden sie unvorbereitet damit konfrontiert über Leben und Tod ihres erwünschten Kindes zu entscheiden. Sie waren »guter Hoffnung«, erwarteten die medizinische Bestätigung »das alles o.k. ist« und fallen jetzt »aus allen Wolken«. »Es ist die Hölle« beschreiben immer wieder Paare ihr Erleben, nachdem ihnen ein Befund mitgeteilt wurde. Mit dem Wissen kommt das Nicht-Wissen, die Angst vor dem Unbekannten – dem Leben mit einem Kind mit Behinderung. Eltern werden nach Erhalt eines auffälligen Befundes von ambivalenten Gefühlen überrollt. Hoffnungen, Wünsche, die das Paar mit dem Kind verbunden hat, werden mit einem Schlag in Frage gestellt. An die Stelle der Hoffnung tritt Enttäuschung, die Angst, das alles nicht zu schaffen. Es beginnt oft eine verzweifelte Suche nach einer eindeutigen Prognose für das Kind, die es so nicht gibt. Überfordert mit dieser Situation, fühlen sich Eltern oft allein gelassen. Sie »möchten nur noch raus aus dem Film«. Frauen beschreiben, dass sie den Kontakt zu dem Ungeborenen abgebrochen haben, nur so ist die emotionale Ambivalenz aushaltbar für sie.

Entscheidung über den Schwangerschaftsabbruch

Die Entscheidung eines Paares für oder gegen einen Abbruch der Schwangerschaft beruht entscheidend auf der individuellen Lebenserfahrung des Einzelnen, dem Miteinander des Paares, verbunden mit der sozialen Lebenssituation. Der Prozess der Entscheidungsfindung ist eine große psychische Belastung, die sich in einer Depression manifestieren kann und sich erschwerend auf folgende Schwangerschaft und Geburt auswirkt.

Aber auch wenn sich das Paar für das Kind entscheidet, wird die Schwangerschaft beeinträchtigt von Sorgen um das Wohl des Kindes, um das gemeinsame Leben nach der Geburt. Auch dann ist die Schwangerschaft nicht mehr unbelastet. Wissen kann Therapie ermöglichen und Frauen bzw. Paaren Entscheidungsmöglichkeiten geben. Es kann aber auch neues Nicht-Wissen entstehen, anderes Leid, Überforderung und (neue) Verunsicherung.

Schwangerschaft als medizinische Diagnose

Auf gesellschaftlicher Ebene hat das Wissen der Medizintechnik zu einer enormen Veränderung von »Schwangerschaft« geführt. Schwangerschaft ist mehr und mehr in das Medizinsystem integriert, obwohl eine schwangere Frau nicht krank ist.

Frauen vertrauen ihrem eigenen Gefühl »von schwanger sein« weniger und suchen Sicherheit im medizinischen System. Manchmal wird dieser Wunsch zu einem Anspruch, geradezu zu einem »Recht haben auf«.

Der Verlust des Vertrauens in das eigene Erleben verhindert Selbstregulation und Selbstgestaltung. Er vermindert auch das Gefühl, gestaltend wirken zu können. Dies alles sind aber notwendige Kompetenzen für Gesundheit.

Wir müssen uns die Frage stellen, ob wir das zunehmende Wissen noch verstehen, durchschauen und individuell verkraften können. Es stellt sich ebenso die Frage, welche Auswirkung die immer weitergehende Testung von ungeborenem Leben auf uns als Person und auf unser Zusammenleben haben wird.

GABRIELE FRECH, Domsheide 2, 28195 Bremen, Tel.: (04 21) 59 11 54, E-Mail: cara-ev@t-online.de, Internet: www.cara-beratungsstelle.de



MARIA GIES, TATJANA STOCK

Förderung des seelischen Wohlbefindens

Aufgrund der steigenden Zahlen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern führt die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) seit Oktober 2011 ein Modellprojekt mit dem Titel »Schatzsuche« durch. Das Projekt läuft insgesamt 2,5 Jahre und verfolgt das Ziel, das seelische Wohlbefinden von Kindern in Kindertageseinrichtungen zu fördern. Hierzu werden insbesondere die Stärken und Schutzfaktoren der Kinder als »Schätze« in den Blick genommen.

Kooperationspartner

Am Modellprojekt, das von den gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg finanziert wird, sind zunächst zwölf Hamburger Kindertagesstätten und eine Elternschule beteiligt. Zudem haben sich fünf große Kita-Verbände und Träger finanziell beteiligt und sich bereit erklärt auch nach Ende der Projektlaufzeit das Thema »Seelisches Wohlbefinden« in ihren Einrichtungen zu fördern. Zu den beteiligten Trägern gehören: Die Vereinigung Hamburger Kindertagesstätten GmbH, der Paritätische Wohlfahrtsverband Hamburg e.V., der DRK Landesverband Hamburg e.V. und der Kirchengemeindeverband Kitas Kirchenkreis HH-Ost.

Anleitung für Schatzsucher

Von August bis Dezember 2011 haben 24 Erzieherinnen und Erzieher an der sechsteiligen Weiterbildung teilgenommen. Themenschwerpunkte waren das »seelische Wohlbefinden von Kindern« und »Wege der Einbindung von Eltern«. In der Weiterbildung wurden Methoden, Materialien und Medien für die Durchführung des Elternprogrammes erprobt und gemeinsam mit den Erzieherinnen und Erziehern überarbeitet. Die gemeinsame Zeit wurde außerdem dazu genutzt, deren professionelle Haltung sowie Rolle zu reflektieren und einen kollegialen Austausch zu fördern. Zudem wurden im Rahmen dieses Prozesses die Ressourcen der Erzieherinnen und Erzieher entdeckt und gestärkt. Seit Januar 2012 wird in allen beteiligten Kitas eine Inhouse-Fortbildung durchgeführt, um alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für das Thema und das Elternprogramm zu sensibilisieren.

Die Schätze werden gehoben

Seit Januar 2012 haben die ersten Kitas begonnen, das Elternprogramm »Schatzsuche« mit Unterstützung der HAG durchzuführen. An sechs Terminen werden sich die Eltern unter Anleitung der qualifizierten Erzieherinnen und Erzieher für je 2,5 Stunden auf die Suche nach den inneren Schätzen und Ressourcen ihrer Kinder begeben. Das Programm beinhaltet folgende Themen:

- » Die Schatzsuche beginnt – Gemeinsam anfangen
- » Spurensuche – Entwicklung von Kindern verstehen
- » Eine Kiste voller Gefühle – Was Gefühle sagen
- » Bei Wind und Wetter – Streit und Lösung
- » Wegweiser – Alltag und Familienregeln
- » Große und kleine Schätze – Unterstützungsangebote, Ausblick und Abschluss.

Neben der Wissensvermittlung über »seelisches Wohlbefinden von Kindern« bietet das Programm vor allem die Möglichkeit, mit den Eltern ins Gespräch zu kommen und den Austausch unter den Eltern zu fördern. Der Austausch und der Blick auf die »Schätze« der Kinder sollen helfen, die Freude und den Spaß an Erziehungsaufgaben zu fördern. Hierzu wurden für das Elternprogramm anschauliche Materialien entwickelt, die hauptsächlich über Bilder sprechen und soweit möglich auf Schriftsprache verzichten. Die Materialien befinden sich in der Erprobungsphase. In einem partizipativen Prozess fließen die Anregungen und Erfahrungen der Erzieherinnen und Erzieher stetig in die Entwicklung der Materialien ein. Im Rahmen des Elternprogramms werden außerdem stadtteilbezogene Unterstützungsangebote vorgestellt. Das Projekt »Schatzsuche« wird von einem Team des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf evaluiert. Langfristig soll das Elternprogramm auf weitere Kitas übertragen werden.

MARIA GIES, TATJANA STOCK, Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Repsoldstraße 4, 20097 Hamburg, Tel.: (0 40) 2 88 03 64 13, E-Mail: Maria.Gies@hag-gesundheit.de, www.hag-gesundheit.de

RÜDIGER SZCZEPANSKI

Fit für ein besonderes Leben: Modulares Schulungsprogramm für chronisch kranke Kinder und Jugendliche sowie deren Familien

Vor dem Hintergrund der KiGGS-Daten 2007 und dem Strategiepapier der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit hat das BMG die Entwicklung eines modularen Schulungsprogramms für chronisch kranke Kinder und Jugendliche mit weniger seltenen Erkrankungen ausgeschrieben. Daneben sollen die Zugangswege zu Familien aus sozialen Randgruppen verbessert werden. Das Projekt wird seit dem 01.12.2009 vom Kompetenznetz Patientenschulung (KomPaS) durchgeführt.

Modulare Schulung (ModuS)

ModuS ist ein Baukastensystem, das die Generierung angemessener medizinisch-psychologischer Patientenschulungen vereinfachen soll. ModuS behandelt neben der Vermittlung handlungsrelevanten Wissens Inhalte, die im Hinblick auf Krankheitsmanagement im Alltag, Selbstwirksamkeit, Bewältigung emotionaler Belastungen und sozialer Teilhabe bedeutsam sind. Es setzt sich aus vier generischen, d. h. krankheitsübergreifenden Modulen zusammen, die relativ unabhängig von dem jeweiligen Krankheitsbild eingesetzt werden können, und drei spezifischen Modulen, die sich auf indikationsabhängige Aspekte beziehen. Die Module liegen in einer Eltern- und einer Kinderversion vor.



Modul 0 beschreibt Aspekte der vorbereitenden Organisation und Planung

Modul 1 dient der Begrüßung der Teilnehmenden, dem gegenseitigen Kennenlernen sowie der Klärung von Erwartungen.

Modul 2 hat die motivierende Aufklärung zur jeweiligen Krankheit zum Inhalt. Dabei sollen die Familien lernen, dass ein engagiertes Krankheitsmanagement einen spürbaren, aktuellen und zukünftigen Gewinn an Gesundheit und Lebensqualität erzeugt. Gleichzeitig sollen die Familien durch Eingehen auf die Themen Schuld und Grenzen der Kontrollierbarkeit aber auch entlastet werden.

Modul 3 beschäftigt sich mit den Kompetenzen und der Motivation für das symptomarme Intervall. Es umfasst die Aspekte der jeweiligen Basistherapie (z. B. medikamentös, diätetisch, bewegungstherapeutisch, krankheitsspezifische Lebensführung) und Möglichkeiten des Selbst- und Fremdmonitorings. Im **Modul 4** geht es um Vermeiden bzw. kompetentes Handeln akuter Krisen bzw. deutlicher Verschlechterungen des Krankheitsbildes durch die Betroffenen, zumindest bis zu einer eventuell notwendigen adäquaten ärztlichen Versorgung. Dazu gehört ein Selbstwahrnehmungstraining und das Trainieren von notwendigen sozialen Kompetenzen. Dieses Modul spielt nur bei den Krankheiten eine Rolle, bei denen es akute Krisen gibt, die von den Patienten selbst erkannt werden können.

Modul 5 fördert und unterstützt Ressourcen für die Bewältigung psychosozialer Auswirkungen; Herausforderungen werden aufgegriffen und eine emotionale Entlastung ermöglicht. Dazu gehören beispielsweise der Umgang mit krankheitsbedingten Ängsten, Schuldgefühlen und Scham. Ein weiterer Bereich ist die Aufteilung der Verantwortung für das Therapiemanagement zwischen Eltern und Kind. Diese Themen werden einerseits in einem separaten Block, andererseits begleitend zu den anderen Modulen behandelt, wenn sich das Thema dort ergibt.

Das **Modul 6** bildet den Abschluss. Zentrale Schulungsinhalte werden rekapituliert und ein motivierender Ausklang wird geschaffen, möglichst incl. eines individuellen Familienabschlussgesprächs.

Im Rahmen der multizentrischen Modellerprobung (bis Ende 2012) kommt ModuS für folgende Indikationen zum Einsatz: Chronische Bauchschmerzen – Chronisch-entzündliche Darmkrankungen – Harninkontinenz – Mucoviscidose – Nephrotisches Syndrom – Phenylketonurie PKU – Primäre Immundefekte.

Zugangswege

Ein weiterer Aspekt von ModuS ist die Verbesserung der Zugangswege für Familien aus sozial benachteiligten Gruppen bzw. mit Migrationshintergrund, da diese nach den KiGGs-Daten besonders stark von chronischen Krankheiten betroffen sind und Schulungsangebote seltener nutzen. Nach einer Sensibilisierung von Schulungszentren und niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten für eine patientenzentrierte interkulturelle Kommunikation werden die regionalen Möglichkeiten von Interventionen auf den unterschiedlichen Ebenen erarbeitet und erprobt.

Ausblick

Trotz der durch ModuS vereinfachten Verbreitung von Schulungsprogrammen gilt weiterhin, dass Schulungen als eine »Kann«-Leistung nur über den § 43 SGB V erbracht werden können. Mit den gesetzlichen Krankenkassen sollen Möglichkeiten einer Implementierung der Schulungsprogramme für seltene Erkrankungen gefunden werden.

DR. RÜDIGER SZCZEPANSKI, Kinderhospital, Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück, Tel.: (05 41) 5602-197, Fax: (05 41) 5602-107, E-Mail: Szczepanski@kinderhospital.de, www.kinderhospital.de

ANGELIKA MAASBERG

Kita-Leitungen in Braunschweig haben es satt

»Wir sind 17 Erzieherinnen und Erzieher in der Einrichtung, und alle leiden wir irgendwie unter Hörproblemen, Rückenschmerzen u. ä. In der letzten Zeit sind 5–7 Fachkräfte krank, und dann lautet die Frage: Hast du einen Springer für mich? Aber wo soll ich diese Person herbekommen? Wenn ich keinen Springer bekomme, muss das Team das Problem auffangen. ... Und dann kommen da auch noch ständig neue Anforderungen von außen auf uns zu, z. B. durch die Bildungspolitik, durch den Träger und manchmal auch durch die Eltern. Zeit- und Leistungsdruck prägen unseren Arbeitsalltag und zwingen uns immer häufiger, Abstriche bei der Qualität unserer pädagogischen Arbeit zu machen ... Manchmal wissen wir nicht mehr, wo uns der Kopf steht.«

Diese und ähnliche Äußerungen haben die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e. V. und den Gemeinde-Unfallversicherungsverband Braunschweig veranlasst, Erzieherinnen und Erzieher sowie Kita-Leitungen zu dem Thema »Gesunde Organisation für Kita-Fachkräfte« einzuladen. Ziel ist es, eine regionale Plattform zu bieten, auf der Erzieherinnen und Erzieher sich längerfristig mit dem Thema Gesundheit – z. B. in vier bis fünf Treffen pro Jahr – auseinandersetzen, Erfahrungen austauschen, neue Informationen weiterleiten und sich mit Sach- und Handlungswissen versorgen. Darüber hinaus sollen neuen Kooperationspartnerinnen und -partner gefunden und die Vernetzung angeregt werden.

Belastungen und Arbeitsbedingungen

Kein Zweifel: Die Arbeit und der Arbeitsalltag im Elementarbereich haben sich in den letzten Jahren entscheidend verändert. Nicht nur die gesellschaftlichen Anforderungen, z. B. hin-

sichtlich der Bildungs- und Qualitätsstandards wachsen, sondern auch die eigenen Ansprüche an die persönlichen Kompetenzen und Ziele in der pädagogischen Arbeit mit Kindern steigen stetig an. Gepaart mit einem zunehmenden Personal- und Zeitmangel prägen diese Belastungen die Arbeitsbedingungen und wirken sich spürbar auf die Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher aus. Sie sind erheblichen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt, die in einigen Bereichen sogar die anderer Berufsgruppen überschreiten. Diese Belastungen wurden schon vor Jahren in der GEW-Kita Studie »Wie geht's im Job?« aus 2007 sichtbar. Die Mehrheit der hier befragten Erzieherinnen gab an, dass sie besonders der hohe Lärmpegel sowie der Personal- und Zeitmangel verbunden mit zu wenig Vor- und Nachbereitungszeit belastet. Auch die 2009 erstellte Sonderauswertung des Index »Gute Arbeit für die Erzieherinnen und Erzieher« zeigte deutlich die Unzufriedenheit der Berufsgruppe mit ihren Arbeits- und Einkommensbedingungen. Insgesamt bewerten nur 8 % der pädagogischen Fachkräfte ihre Arbeits- und Einkommensbedingungen als umfassend gut, 63 % als mittelmäßig, 29 % berichten von Arbeits- und Einkommensbedingungen, die auf Grund fehlender Ressourcen und vielfältiger Belastungen als »schlecht« bezeichnet werden. Die Begründung hierfür ist in der fehlenden Leistungsgerechtigkeit des Einkommens sowie in der unzureichenden beruflichen Perspektive zu finden. Beide Aspekte wurden ebenfalls von vielen Befragten als belastend empfunden. Trotz dieser Erkenntnisse hat sich seitdem kaum etwas getan.

Ziele der gemeinsamen Arbeit

Der Bedarf an Veränderungen hinsichtlich der Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern ist groß, und so haben – mit Blick auf die förderlichen Bedingungen – die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf der ersten Veranstaltung festgelegt, welche Erwartungen sie zur Vernetzung haben, welche Ziele im Netzwerk verfolgt werden und wie die Rahmenbedingungen der gemeinsamen Arbeit aussehen. Ihr Ziel ist es, die belastenden Rahmenbedingungen in den Kitas unter die Lupe zu nehmen und Möglichkeiten zu entwickeln, wie ihnen konkret begegnet werden kann. Dabei soll der Blick auf die Regionalität helfen, Ressourcen zu erschließen. Die Suche nach Unterstützung und Kooperationen außerhalb der eigenen Einrichtung ist hier nahe liegend.

Das Schwerpunktthema für die nächsten regionalen Arbeitstreffen lautet »Gesund alt werden im Beruf«. Die ausgewählten Unterthemen sind: Lärm in Bezug auf die Gruppengrößen von ca. 25 Kindern, die eigene Stimme sowie Leistungsfähigkeit und zunehmende Anforderungen. Dahinter stehen auch die Fragen: Wie sehen die Probleme aus und was sind ihre möglichen Ursachen? Was machen wir bereits? Welche Lösungsmöglichkeiten gibt es? Was können und wollen wir ausbauen? Mit welchen Maßnahmen kann gearbeitet werden? Wer kann uns unterstützen? In den nächsten Netzwerktreffen wird es also darum gehen, genau hinzuschauen, das ausgewählte Schwerpunktthema einzugrenzen und lösungsorientierte Ansätze zu erarbeiten.

Literatur bei der Verfasserin (siehe Impressum)



IMPRESSUM



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

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

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

» **Beiträge:** Prof. Dr. Wolfgang Ahrens, Thomas Altgeld, Prof. Dr. Gerd Antes, Prof. Dr. Uwe H. Bittlingmayer, Dr. Jens Bucksch, Martina Bunge, Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Prof. Dr. Beatrix Dietz, Christoph Dockweiler, Gabriele Frech, Maria Gies, Merle Heidkötter, Prof. Dr. Claudia Hornberg, Claudia Kaiser, Regine Kollek, Benjamin Kuntz, Dr. Thomas Lampert, Prof. Dr. Thomas Lemke, Michaela Ludewig, Angelika Maasberg, Prof. Dr. Alexandra Manzei, Sabrina Mende, Ingrid Mühlhauser, Maria-Theresia Nicolai, Iris Pigeot, Klaus D. Plümer, Dr. Silja Samerski, Tania-Aletta Schmidt, Prof. Dr. Bettina Schmidt, Martin Schumacher, Dr. Gabriele Seidel, Dr. Angela Spelsberg, Dr. Anke Steckelberg, Tatjana Stock, Dr. Rüdiger Szczepanski, Dr. Kai Wehkamp, Veronika Weithe, Juli Zeh

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 75: 02.05.2012

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

» **Auflage:** 8.500

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

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

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

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

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

» **Fotos:** Fotolia.com: © Nailia Schwarz, goodluz, Sebastian Kaulitzki, dresden, finnegan.nyul, Stefan Körber, zothan, Robert Kneschke, Stephen Coburn, picsfive, adimas, levgen Getmanets, flashpics, Kadmy, Robert Kneschke, livestockimages, Kaarsten, ingenium-design.de, gunnar3000, Maridav, Robert Kneschke, contrastwerkstatt, Arto, drubig-photo, by-studio, D.aniel, philidor

Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht

Das umfangreiche Fachbuch gibt einen Überblick über den Entwicklungsstand in Geschlechtertheorien in ihrem Bezug zu Sozialwissenschaften und Sozialarbeit. Es enthält in alphabetischer Reihenfolge 160 Grundbegriffe und Konzepte, die einen Zugang zu Gender-Perspektiven erleichtern. Diese können sowohl einzeln als auch im Zusammenhang gelesen werden. Das Wörterbuch richtet sich an Praktizierende, Studierende und Lehrende. (bw)

GU DRUN EHLERT, HEIDE FUNK, GERD STECKLINA: Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Juventa Verlag, Weinheim, 2011, 546 Seiten, ISBN 978-3-7799-2243-8, 34,95 Euro

Armut im Alter

Nach einem Problemaufriss, der die demografische Entwicklung und die Auswirkungen der längeren Lebenserwartungen auf das Gesundheitssystem behandelt, wird zunächst in dieser österreichischen Studie eine Einführung in das Thema Alter gegeben. Im Anschluss wird der Themenbereich Armut umfassend und aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Armutskonzepte und -begriffe werden zusammenfassend erläutert, armutsgefährdete soziale Gruppen unter besonderer Berücksichtigung des Alters identifiziert oder auch Armut als Thema in parteipolitischen Programmen und Kriterien der Armutsbekämpfung dargestellt. Im zweiten Teil der Dissertation wird eine empirische Untersuchung zu Armut im Alter vorgelegt. Insbesondere wird auf die subjektive Lebensqualität von alten Menschen, ihre Lebenssituation und das soziale Leben in einer ländlichen Gemeinde eingegangen und es wird der Blick auf armutsverursachende Faktoren gerichtet. Das Werk schließt mit einer Diskussion der Konsequenzen für künftige regionale und überregionale Sozialpolitik. (ark)

KO PLENIG, DIETMAR: Armut im Alter. Eine empirische Untersuchung zur Lebenssituation alter Menschen im ländlichen Raum. Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften, Saarbrücken 2009, 432 Seiten, ISBN 978-3-8381-0392-1, 128,00 Euro

Nähe, die beschämt. Armut auf dem Land

Bisher wurde das Phänomen der Armut im ländlichen Raum nur wenig erforscht. Für die vorliegende Studie wurden Menschen auf dem Land im Alter zwischen 19 und 78 Jahren aus fünf Landkreisen interviewt, die von Armut und Abstieg bedroht sind. Es werden acht Kernaussagen formuliert wie z. B.: zu Mobilität, Erwerbstätigkeit, Ausgrenzung und Zugehörigkeit, Alltag im Dorf und Gesundheit gemacht. Zusammenfassend kommt die Autorin zu dem Schluss, dass ländliche und städtische Armut in vieler Hinsicht Parallelen aufweisen, jedoch Wirkung, Folgen, Ursachen und Ausprägung sehr unterschiedlich sind. Sie sagt außerdem voraus, dass prekäre Versorgungslagen für Ältere auf dem Land künftig zunehmen werden. (ark)

MAR LIS WINKLER: Nähe, die beschämt. Armut auf dem Land. Eine qualitative Studie des Sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD SI Konkret 1. Literaturverlag Dr. W. Hopf, Berlin, 2010, 101 Seiten, ISBN 978-3-643-10720-6, 16,90 Euro

Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege

Die Autorin beschreibt theoretische Grundlagen für Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege sowie Aufgaben für Pflegenden in den unterschiedlichen Sektoren der Gesundheitsversorgung. Es bietet eine systematische Einführung in Prävention und Gesundheitsförderung in diesen Bereich. Dabei soll die Vorstellung einer verrichtungsbezogenen Pflege von dem Verständnis einer Gesundheitsprofession abgelöst werden. Der dargelegte konzeptionelle Ansatz bezieht sich auf Ressourcen und Potenziale pflegerischer Berufsgruppen, erforderliche Qualifikationen und Kompetenzen sowie gesundheitspolitische, institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen. Das Fachbuch richtet sich an Studierende, Forschende und Lehrende. (bw)

MARTINA HASSELER: Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege – ein konzeptioneller Ansatz. Juventa Verlag, Weinheim, 2011, 240 Seiten, ISBN 978-3-7799-1981-0, 24,95 Euro



Lernen in Beziehung

Künkler verfolgt in seinem Buch »Lernen in Beziehungen« das Ziel ein alternatives Subjekt- und Lernverständnis zu entwickeln, das den Einfluss der »Anderen« auf das Lernen berücksichtigt. Dazu zeigt er in seiner ersten Studie, dass es einen Zusammenhang zwischen Einseitigkeiten, Problemen und Widersprüchlichkeiten der verschiedenen Lernverständnisse (Behaviorismus, Kognitivismus, Konstruktivismus und die Neurowissenschaften) und der dualistischen und individualtheoretischen Bahnung des Subjektverständnisses gibt. Er schlussfolgert daraus, dass es notwendig ist, ein neues Konzept zu entwickeln, das sowohl die verschiedenen Lernverständnisse als auch die dualistische und individualtheoretische Bahnung verbindet. Daraufhin reflektiert er in seiner zweiten Studie die verschiedenen Subjektverständnisse des Lernens und kommt zu dem Schluss: »Ob und vor allem was gelernt wird, hängt entscheidend davon ab, was für bedeutsame Andere bedeutsam ist.« Lernen funktioniert in Beziehungen. Seine Studien tragen dazu bei, dass sich die Erziehungswissenschaft weiterhin mit der Thematik auseinandersetzen muss. (vw)

TOBIAS KÜNKLER: Lernen in Beziehung. Zum Verhältnis von Subjektivität und Relationalität in Lernprozessen. Verlag transcript, Bielefeld, 2011, 608 Seiten, ISBN 978-3-8376-1807-5, 39,80 Euro

Geschlechtssensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe

Gender Mainstreaming ist in der Altenhilfe bislang noch wenig elaboriert, erfährt jedoch wachsende Aufmerksamkeit. Der Band bietet einen Überblick zum Thema »Gender Care und Diversity« in den verschiedenen Feldern der Gesundheitsversorgung von älteren Menschen. So werden, nach Erörterung ethischer Grundüberlegungen, verschiedene ambulante und stationäre Settings beleuchtet und auf ihre Herausforderungen und Chancen bei der Realisierung genderadäquater Versorgung hin untersucht. Ebenso diskutiert wird die Implementierung des Konzepts Diversity Management in den an der Gesundheitsversorgung älterer Menschen am Lebensende beteiligten Institutionen. (ms)

ELISABETH REITINGER & SIGRID BEYER (Hrsg.): Geschlechtssensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2010, 331 Seiten, ISBN 978-3-940529-68-8, 29,90 Euro

Gesundheitswissenschaften – Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung

Das Standardwerk greift Erklärungsansätze und Elemente aus verschiedenen Wissenschaften auf, die mit dem Konzept von Public Health in Verbindung stehen und entscheidenden Einfluss auf deren Entwicklung hatten. Neben Modellen der Salutogenese und Pathogenese werden positive wie negative Einflussfaktoren vorgestellt. Dem Feld der Gesundheitsförderung und Prävention ist abschließend ein gesamtes Kapitel gewidmet. Da Prävention gelebt werden muss, stellt der Autor Praxisprojekte aus den letzten Jahrzehnten vor und weist auf die Bedeutsamkeit des Settings hin. Die Erwähnung zahlreicher Studien, auf welchen die Grundlagenforschung der Gesundheitswissenschaften basiert, helfen dem Lesenden, ungeachtet seiner Fachrichtung, ein Verständnis für das bedeutsame Thema zu entwickeln. (sm)

HEIKO WALLER, BEATE BLÄTTNER: Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2011, 288 Seiten, ISBN 978-3-17-021082-0, 25,90 Euro

Quantitative empirische Sozialforschung

Der Autor vermittelt die Facetten statistischer Verfahren von der Datenerhebung bis hin zur Datenanalyse im sozialwissenschaftlichen Kontext. Die Leserinnen und Leser werden im Rahmen einer klar strukturierten Darstellung mit Visualisierungen und Praxisbeispielen ausgehend von den Grundlagen standardisierter Erhebungsmethoden, -verfahren und -ansätzen zu Übungen der Datenanalyse geführt. In den Texten wird der aktuelle wissenschaftliche Diskurs aufgegriffen und diskutiert, wodurch ein reflexiver Gebrauch der Methoden gestärkt werden kann. Das Lehrbuch richtet sich an Studierende der sozialen Arbeit, Erziehungs- und Sozialwissenschaften. Ein Ziel des Autors ist es, dieser Zielgruppe eine Orientierung in eigenen Forschungsprozessen zu geben. (an)

HEINZ-GÜNTHER MICHEEL: Quantitative empirische Sozialforschung. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2010, 188 Seiten, ISBN 978-3-8252-8439-8, Preis 29,90 Euro

Kommunale Zeitpolitik für Familien

Zwischen Sorge- und Erwerbsarbeit erleben viele Familien in Deutschland chronische Zeitnot. Sie versuchen täglich Kinder, Erwerbsleben und die Pflege von älteren Angehörigen miteinander zu vereinbaren. Die Expertise der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins hat das Handlungsfeld einer kommunalen Zeitpolitik anhand von Praxisbeispielen untersucht. Es wird dargestellt, was konkrete Zeitpolitik auf kommunaler Ebene ist und welche Möglichkeiten es gibt, Familien lokal zeitlich zu entlasten. Im Mittelpunkt stehen weiterhin zentrale Herausforderungen für die Praxis und Voraussetzungen für eine erfolgreiche kommunale Zeitpolitik. Die Expertise richtet sich an Interessierte in Wissenschaft und Politik sowie an Gestaltende und Entscheidende auf kommunaler Ebene. (bw)

JOHANNA POSSINGER: Kommunale Zeitpolitik für Familien. Ansätze, Erfahrungen und Möglichkeiten der Praxis / Reihe Jugend und Familie. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Berlin, 2011, 44 Seiten, ISBN 978-3-7841-2024-9, 9,20 Euro

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention

In dem Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden werden 109 zentrale Begriffe der Gesundheitsförderung und Prävention ausführlich dargestellt. Es bietet dadurch sowohl Orientierungsmöglichkeiten als auch Anregungen zur Vertiefung der eigenen Arbeit. Die Leitbegriffe der Neuausgabe 2011 wurden um das Handlungsfeld der Prävention erweitert und sind thematisch in fünf Bereiche untergliedert: 1.) Allgemeine Grundbegriffe, 2.) Wissenschaftliche Perspektiven, Bezugsdisziplinen, Theorien und Modelle, 3.) Kernkonzepte und Entwicklungen der Gesundheitsförderung, 4.) Strategien, Handlungsansätze und Methoden und 5.) Strukturen, Settings und Zielgruppen. Das Glossar richtet sich an Lehrende, Studierende, Praktikerrinnen und Praktiker sowie Neu- oder Quereinsteigende. (ml)

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg, 2011, 588 Seiten, ISBN 978-3-929798-44-9, 19,90 €

Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.)

H.I.L.DE. ist ein Beobachtungsinstrument zur Erfassung der Lebensqualität von Heimbewohnerinnen und -bewohnern mit Demenz in allen Krankheitsstadien. Das Manual gliedert sich in drei Teile: 1.) Einführung und theoretischer Hintergrund, 2.) Durchführungsteil und Kurzanweisung und 3.) Wissenschaftlicher Teil zu den Gütekriterien von H.I.L.DE. Dieser Aufbau ermöglicht es den Leserinnen und Lesern sich selbstständig und unabhängig in das Instrument einzuarbeiten. H.I.L.DE. richtet sich sowohl an Beschäftigte in der Pflegepraxis als auch an Lehrende und Forschende im Bereich Pflegewissenschaften sowie an am Thema Interessierte. (ml)

STEFANIE BECKER, ROMAN KASPAR, ANDREAS KRUSE: H.I.L.DE. Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.). Verlag Hans Huber, Bern, 2011, 168 Seiten, ISBN 978-3-456-84903, 28,95 Euro

Die Entscheidungsfalle

Die Autorin hat sich als Biologin und Sozialwissenschaftlerin mit dem Thema der genetischen Aufklärung auseinandergesetzt. Im Rahmen ihrer Forschungstätigkeit hat sie sich mit den Zielen und gesellschaftlichen Hintergründen sowie den Auswirkungen auf individuelle Entscheidungen beschäftigt und setzt sich dabei kritisch mit der Thematik der informierten Entscheidung auseinander. Nach einer kurzen theoretischen Einführung zeigt sie anhand von Beratungsgesprächen auf, wie die Vermittlung von genetischem Wissen zur Selbstbestimmung befähigen soll und beschreibt die Situation der »Entscheidungsfalle« in der sich beispielsweise schwangere Frauen befinden. (ts)

SILJA SAMERSKI: Die Entscheidungsfalle. Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 2010, 192 Seiten, ISBN 978-3-534-23687-9, 24,90 Euro

Integrationspotenziale in kleinen Städten

Immerhin fast die Hälfte der Migrantinnen und Migranten in Deutschland lebt in kleineren Städten und im ländlichen Raum. Grund genug für dieses Werk über ihr Leben in kleineren Städten. In acht Studien werden neben (forschungs-)methodologischen Überlegungen zur Rekonstruktion integrationsbezogener Orientierungsmuster weitere Fragestellungen, wie beispielsweise die Integrationsleistungen der Zugewanderten im ländlichen Raum untersucht. Zudem wird Integration als lokale Aufgabe unter dem Fokus von Wohnen, Partizipation oder Organisation von Migrantinnen und Migranten untersucht. Die Integrationspolitik der Kommunen wird angesprochen sowie Formen der Selbstorganisation innerhalb von Migrantencommunities. Die handlungsforschenden Studien waren so angelegt, dass sie in eine partizipative Projektentwicklung vor Ort mündeten, den »eigentlichen Potenzialen der Integration«, die gesellschaftliche Teilhabe erschließen können. (ark)

MONIKA ALISCH, MICHAELA MAY (HRSG.): Integrationspotenziale in kleinen Städten – Rekonstruktion der Interessensorientierungen von Zuwanderern. Verlag Barbara Budrich, Opladen, 2011, 233 Seiten, ISBN 978-3-86649-403-0, 24,90 Euro

Bildungsapanik

Bildung ist ein Feld, auf dem man soziale Unterschiede ausspielen kann. Das Bedürfnis sich zu unterscheiden und die Angst vor dem sozialen Abstieg lassen sich nicht wegdiskutieren. Die Schuldebatte muss daher nach Ansicht des Autors das Grundrecht auf Bildung genauso ernst nehmen wie das Bedürfnis, durch Bildung höheren sozialen Status zu erreichen. Mit seinem Werk soll die Diskussion um die Fragen, wie viel Gleichheit unsere Gesellschaft braucht, wie viele Unterschiede sie erträgt und was das für das Schulsystem bedeutet, in Gang gehalten werden. Dazu werden die grundlegenden Entwicklungen in den Bildungsverhältnissen thematisiert, die in aller Munde sind, aber auch die Tatsache, dass Kinder stets auch Herkunft und Eltern in der Schule repräsentieren. Die daraus entstehenden Privilegien, Chancen, Optionen und ihr Einfluss auf die soziale Mobilität werden ausführlich beleuchtet. (ark)

HEINZ BUDE: Bildungsapanik. Was unsere Gesellschaft spaltet. Carl Hanser Verlag, München, 2011, 142 Seiten, ISBN 978-3-446-23761-2, 14,90 Euro

Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung

Grundlegend und trotzdem in der notwendigen Kürze beschreibt dieses Handbuch zentrale Fragestellungen und Theoriekonzepte, Methoden und Methodologie, Arbeitsfelder und Forschungsergebnisse der Frauen- und Geschlechterforschung. Es führt unter Hinzuziehung auch international tätiger Autorinnen und Autoren die verschiedenen Ebenen der Frauen- und Geschlechterforschung systematisch zusammen und liefert einen Überblick über die theoretischen Ansätze, die methodischen Verfahren und die empirischen Erkenntnisse. Ein zentrales Schlagwortregister vermittelt zusätzlich Übersichtlichkeit. (ark)

RUTH BECKER, BEATE KORTENDIECK: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. erweiterte und durchgesehene Auflage, VS Verlag, Wiesbaden, 2010, 986 Seiten, ISBN 978-3-531-17170-8, 59,95 Euro

Aktiv trotz Demenz

Ausgehend von allgemeinen Informationen über Demenz entwickelt die Autorin Grundlagen zur Aktivierung von Demenzerkrankten. Dazu werden die Ressourcen- und Zielorientierung, ein demenzspezifischer Umgang mit den Erkrankten sowie organisatorische Bedingungen für die Arbeit erläutert. Das umfangreichste Kapitel enthält vielfältige Aktivitäten von Biografiearbeit, Gedächtnistraining, Bewegungsangeboten, Musizieren, Sinnesanregungen, kreativem Gestalten und Aktivitäten im Alltag. Es werden darüber hinaus für themenorientierte Gruppenstunden Vorschläge entwickelt. Die Stärke dieses handlungsorientierten Buches ist die Strukturierung und der Umfang von Maßnahmen der Aktivierung von demenzerkrankten Menschen. Es richtet sich an Interessierte und alle Berufsgruppen in Pflege und Betreuung. (bw)

JOHANNA RADENBACH: Aktiv trotz Demenz – Handbuch für die Aktivierung und Betreuung von Demenzerkrankten. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2011, 200 Seiten, ISBN 978-3-89993-243-0, 26,95 Euro

Arbeitshilfen zur Sturzprävention in der Eingliederungshilfe, Sturzrisikofaktoren erkennen und handeln

In diesem Handbuch wird Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Eingliederungshilfe eine Anleitung zur Sturzprävention vorgestellt, um dem erhöhten Sturzrisiko von Menschen mit geistiger Behinderung entgegenzuwirken. Die Erfassung der verschiedenen Sturzrisikofaktoren der Betroffenen und die daraus abzuleitende Planung und Durchführung der präventiven Maßnahmen ist Kern des Handbuches. Die verschiedenen Handlungsanleitungen sind verständlich und kurz formuliert sowie mit entsprechenden Formularen, Kopiervorlagen und einer CD-Rom hinterlegt. (mn)

LUTZ WORMS: Arbeitshilfen zur Sturzprävention in der Eingliederungshilfe. Sturzrisikofaktoren erkennen und handeln. Bethel-Verlag, Bielefeld, 2011, 140 Seiten, ISBN 978-3-935972-32-1, 29,80 Euro

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

Argumente für Gesundheit – Krebserkrankungen in der Diskussion 23. April, 21. Mai, 18. Juni und 16. Juli 2012, Hannover

Die Diagnose einer Krebserkrankung trifft viele Menschen und hat bei den meisten Betroffenen trotz aller Fortschritte der Medizin nichts von ihrem Schrecken verloren. Was ist der aktuelle Stand der Wissenschaft? Welche Ansätze werden diskutiert? Stimmt es, dass die Naturheilmedizin eine Alternative ist oder zumindest die Nebenwirkungen der starken Medikamente abschwächen kann? Diese und andere Fragen werden in der Veranstaltungsreihe beleuchtet. Die einzelnen Veranstaltungen stehen unter den Überschriften: »Krebsfrüherkennung: Risikoreduktion oder Panikmache?«, »Rückkehr in den (Berufs-)Alltag – was hilft?«, »Wer entscheidet über das Ende der Therapie?« und »Krebstherapie zwischen leitliniengerechter Behandlung und Naturheilverfahren«.

Tüchtig und/oder Süchtig? Umgang mit psychosozialen Belastungssituationen und Süchten in der öffentlichen Verwaltung 23. April 2012, Hannover

Mit der Folgeveranstaltung zur XXI. Niedersächsischen Suchtkonferenz steht das Zusammenspiel von psychischen Belastungssituationen und Suchtverhalten insbesondere in der öffentlichen Verwaltung im Fokus. Es werden arbeitsbezogene Einflussfaktoren auf das Suchtverhalten beleuchtet, Wege der Kommunikation sowohl aus Sicht der Beschäftigten als auch aus Sicht von Führungskräften in den Blick genommen und verschiedene Instrumente zur Suchtprävention vorgestellt. Mit gelungenen Beispielen aus der öffentlichen Verwaltung werden darüber hinaus Impulse für die praktische Umsetzung gegeben.

Tischlein deck dich – Teil 2, Lernen, Erfahren, Essen, Trinken, Probieren, Bewegen 23. Mai 2012, Hannover

Die Veranstaltung knüpft an die Themen der vorangegangenen Tagung in 2011 an. Bildung, Ernährung und Bewegung spielen eine entscheidende Rolle beim gelingenden Erziehungsprozess in Kita und Familie. Welche Rahmenbedingungen fördern diesen Prozess? Welche aktuellen Modellprojekte existieren? Wie kann die Lebenswelt Kita agieren? Ziel der Tagung ist es, diesen Fragen nachzugehen, neue Projekte vorzustellen und ins Gespräch zu kommen. Der Fachtag richtet sich an Erzieherinnen und Erzieher, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus den Bereichen Sport, Ernährung und Gesundheit.

Psychisch gesund bleiben in der Migration – Ideen, Impulse und Konzepte für die Zukunft 04.–06. Juni 2012, Hannover

Mit den Sonnenberger Leitlinien ist 2002 eine Programmatik für die Versorgung von Migrantinnen und Migranten formuliert worden, die weite Akzeptanz in der Gesundheitspolitik gefunden hat. Aber welche institutionellen und fachlichen Konsequenzen haben sich auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie realisieren lassen? Ein Jahrzehnt Sonnenberger Leitlinien sind der Anlass, das bisher Erreichte zu überdenken und die Visionen für die Zukunft zu bündeln. Viele offene Zukunftsfragen müssen Beantwortung finden und noch mehr (selbst-)kritische sind zu stellen. Das Gesicht einer kulturoffenen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist zu gestalten und neue Ansätze zur Förderung einer wirkungsvollen interkulturellen therapeutischen Alltagspraxis wollen in eine Form gebracht werden.

Aktives gesundheitsförderliches Handeln – Überall oder nirgends? Ständig oder nie? 26. Juni 2012, Hannover

Die Verabschiedung der Ottawa-Charta im Jahr 1986 löste im Bereich der Gesundheitsförderung weltweit eine Aufbruchstimmung aus. Es entstanden die Ansätze der gesundheitsfördernden Settings, eine ganze Reihe neuer Gesundheitsberufe sowie veränderte salutogenetische Forschungsprojekte. Die Jahrestagung der LVG & AFS geht der Frage nach, warum diese Erklärung so einflussreich wurde. Anhand der fünf Handlungsebenen – Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln, Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen, Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, Persönliche Kompetenzen entwickeln und Gesundheitsdienste neu orientieren – wird das Erreichte bilanziert sowie Trends und Herausforderungen für die Zukunft aufgezeigt. Abgerundet wird das Programm durch Filmbeiträge und Beispiele aus der Praxis.

selbst. bestimmt. entscheiden. 03. Juli 2012, Hannover

In Zeiten zahlloser, frei zugänglicher Quellen fällt es leicht, sich über Gesundheitsthemen zu informieren. Eine selbstbestimmte Entscheidung dürfte vor diesem Hintergrund kein Problem sein. Aber genau da liegt die Schwierigkeit: Wo kommen die Informationen her? Welche Interessen sind damit verbunden? Was ist ein frauengerechter Bedarf? Gibt es ein Recht auf Nichtwissen? Werden Frauen überredet oder überzeugt? In einem Werkstattgespräch möchten wir zu Austausch und Diskussion über die selbstbestimmte Entscheidung anregen. Neben einem einleitenden allgemeinen Input werden zwei Themen auf der Tagesordnung stehen, die eng mit dem Begriff der Selbstbestimmung verknüpft sind: Kaiserschnitt und Untersuchungen während der Schwangerschaft. Eingeladen sind neben den Mitgliedern des Netzwerks Frauen, Mädchen und Gesundheit auch freiberufliche und angestellte Hebammen, Mitarbeiterinnen von Schwangerenberatungsstellen, Ärztinnen und Ärzte, Gleichstellungsbeauftragte sowie am Thema Interessierte.

VORSCHAU

Jahrestagung des »Netzwerks Kita und Gesundheit Niedersachsen« Erzieherinnen und Erzieher sind Mehrwert! 09.07.2012, Hannover

Zukunft der Gesundheitsversorgung – Zukunftsregionen Gesundheit die Antwort? 05.09.2012, Hannover

19. Robert-Koch-Tagung 06.–07.09.2012, Clausthal-Zellerfeld

Alt trifft Jung 24.09.2012, Hannover

Sommer-Forum Generationendialog 06.–08.09.2012, Hannover

Viel zu privat?! Umgang mit Sexualität in der Altenpflege 17.09.2012, Hannover

Fachtagung zum 5. Nds. Aktionstag für seelische Gesundheit 10.10.2012, Hameln

13. SOPHIA-Fachtagung 09.11.2012, Hannover

20.–21.04.2012 » 54. Bundeskongress VDD, Ernährung und Medizin 2012, Wolfsburg, Kontakt: Verband der Diätassistenten (VDD) – Deutscher Bundesverband e.V., 45136 Essen, Tel.: (02 01) 94 68 53 70, Fax: (02 01) 94 68 53 80, E-Mail: vdd@vdd.de, www.vdd.de

25.04.2012 » Körper, Liebe, Doktorspiele. Die kindliche Sexualentwicklung, Hannover, Kontakt: Kinderschutz-Zentrum Hannover, Raquel Vazquez Perez, Martha-Wissmann-Platz 3, 30449 Hannover, Tel.: (05 11) 3 74 34 78, Fax: (05 11) 3 74 34 80, E-Mail: vazquez@ksz-hannover.de

04.–06.05.2012 » 1. Symposium des Dachverbandes Salutogenese, Chronisch krank und doch gesund, Göttingen, Kontakt: DachS c/o Zentrum für Salutogenese, Am Mühlenteich 1, 37581 Bad Gandersheim, Tel.: (0 53 82) 9 55 47 30, Fax: (0 53 82) 9 55 47 12, E-Mail: info@salutogenese-dachverband.de, www.salutogenese-dachverband.de

08.–10.05.2012 » 79. Deutscher Fürsorgetag, Ohne Bildung keine Teilhabe, Hannover, Kontakt: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Michaelkirchstraße 17/18, 10179 Berlin, E-Mail: info@deutscher-fuersorgetag.de, www.deutscher-fuersorgetag.de

09.–10.05.2012 » Erfolgsfaktor Gesundheit – Gesundheit in einer sich wandelnden Arbeitswelt, Wolfsburg, Kontakt: Volkswagen AG, Zentrales Gesundheitswesen, Simone Benzler, 38436 Wolfsburg, Tel.: (0 53 61) 98 91 37, E-Mail: simone.benzler@volkswagen.de

12.05.2012 » Niedersächsisches Ernährungsforum, Oldenburg, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), Sektion Niedersachsen, Geschäftsstelle Oldenburg, Hanna Boklage, Hugo-Zieger Str. 37, 26133 Oldenburg, Tel.: (04 41) 9 49 09 07, Fax: (04 41) 9 49 09 08, E-Mail: h.boklage@t-online.de

16.–17.04.2012 » 17. Deutscher Präventionstag, Sicher leben in Stadt und Land, München, Kontakt: Deutscher Präventionstag, Am Waterlooplatz 5A, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 2 35 49 49, E-Mail: dpt@praeventionstag.de

18.04.2012 » Tagung, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Hamburg, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg, Tel.: (0 40) 28 80 36 40, Fax: (0 40) 2 88 03 64 29, E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

19.–20.04.2012 » Fachtagung, Bürgerschaftliches Engagement in Kindertagesstätten, Mainz, Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (BBE), Katrin Gewecke, Michaelkirchstr. 17/18, 10179 Berlin, Tel.: (0 30) 62 98 01 05, Fax: (0 30) 62 98 01 51, E-Mail: tagungsbuero@b-b-e.de

19.–20.04.2012 » 1. Fuldaer Public Health Nutrition Tagung, Fulda, Kontakt: Hochschule Fulda, Fachbereich Oecotrophologie, Annika Wessendorf, Marquardtstr. 35, 36039 Fulda, Tel.: (06 61) 9 64 03 88, Fax: (06 61) 9 64 03 99, E-Mail: phn@he.hs-fulda.de

03.–05.05.2012 » 10. Deutscher Seniorentag, JA zum Alter!, Hamburg, Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO), Bonngasse 10, 53111 Bonn, Tel.: (02 28) 24 99 93-0, Fax: (02 28) 24 99 93 20, E-Mail: dst@bagso.de, www.deutscher-seniorentag.de

04.–05.05.2012 » Tagung, Ernährung aktuell, Gießen, Kontakt: Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V., Sandusweg 3, 35435 Wetzlar/Gießen, Tel.: (06 41) 80 89 60, Fax: (06 41) 80 89 650, E-Mail: orga@ugb.de

05.–06.05.2012 » eHealth Conference 2012, Gesundheit.de – digital, besser, effizienter, Saarbrücken, Kontakt: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Hansaring 43, 50670 Köln, Tel.: (02 21) 91 28 67-0, Fax: (02 21) 91 28 67-6, E-Mail: ehealth@gvg.org

09.05.2012 » 2. Telemedizin-Fachtagung Bayern 2012, Telemedizin – Zukunft der Gesundheitsversorgung, Ebersberg, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Telemedizin, Landesverband Bayern, Postfach: 400143, 12631 Berlin, Fax: (03 33) 39 87 85 91, E-Mail: info@dgtelemed.de, www.dgtelemed.de

10.05.2012 » Fachtagung, Von der Fensterbank ins grüne Quartier - Green Care auch für Menschen mit Pflegebedarf, Köln, Kontakt: Kuratorium Deutsche Altenhilfe, An der Pauluskirche 3, 50677 Köln, Tel.: (02 21) 9 31 84 70, Fax: (02 21) 9 31 84 76, www.kda.de

16.–19.05.2012 » Kongress, Wirtschaft und Gesundheit, Bad Kissingen, Kontakt: Akademie Heiligenfeld GmbH, Anita Schmitt, Altenbergweg 6, 97688 Bad Kissingen, Tel.: (09 71) 84 41 25, Fax: (09 71) 84 40 29, E-Mail: Anita.Schmitt@akademie-heiligenfeld.de

17.–19.05.2012 » Deutscher Homöopathie Kongress 2012, Homöopathie ist individuelle Medizin, Freiburg, Kontakt: Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte e.V., Reinhardtstr. 37, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 3 25 97 34 16, Fax: (0 30) 3 25 97 34 19, www.homoeopathie-kongress.de

22.–23.05.2012 » KNP-Jahrestagung, Lebensphase Alter gestalten – Gesund und aktiv älter werden, Bonn, Kontakt: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Susanne Linden, Ostmerheimerstr. 220, 51109 Köln, Tel.: (02 21) 8 99 23 29, Fax: (02 21) 8 99 23 00, E-Mail: knpforschung@bzga.de

31.05.2012 » Europäische Tagung, Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen erkennen und handeln: Chancen und Barrieren in der Praxis, Fulda, Kontakt: Hochschule Fulda, Anna Grundel, Marquardtstr. 35, 36039 Fulda, Tel.: (06 61) 96 40 63 24, E-Mail: anna.grundel@pg.hs-fulda.de

11.06.2012 » Fachtagung, Von der Hilflosigkeit zur Handlungskultur – Elternschaft als Thema der Suchthilfe, Berlin, Kontakt: Gesamtverband für Sucht-krankenhilfe, Altensteinstr. 51, 14195 Berlin, Tel.: (0 30) 84 31 23 55, Fax: (0 30) 84 41 83 36, E-Mail: gvs@sucht.org

13.–15.06.2012 » Hauptstadtkongress 2012, Medizin und Gesundheit, Berlin, Kontakt: Agentur WOK GmbH, Klaus Schultze, Palisadenstraße 48, 10243 Berlin, Tel.: (0 30) 4 98 55 00, Fax: (0 30) 49 85 50 40, E-Mail: info@hauptstadtkongress.de, www.hauptstadtkongress.de

18.–20.06.2012 » 25. Heidelberger Kongress, Meilensteine der Suchtberatung, Heidelberg, Kontakt: Fachverband Sucht e.V., Walramstr. 3, 53332 Bonn, Tel.: (02 28) 26 15 55, Fax: (02 28) 21 58 85, E-Mail: sucht@sucht.de

02.–03.05.2012 » Kongress, Integrierte Versorgung: Durch Kooperation und Netzwerkarbeit zum Erfolg?!, Linz, Kontakt: FH Oberösterreich, Franz-Fritsch-Str. 11, A-4600 Wels, Tel.: (00 43) 5 08 04 10, Fax: (00 43) 50 80 41 19 00, E-Mail: info@fh-ooe.de

10.–12.05.2012 » Konferenz, eHealth 2012 – Health Informatics meets eHealth – von der Wissenschaft zur Anwendung und zurück, Wien, Kontakt: AIT Austrian Institute of Technology GmbH, Reinighausstr. 13/1, A-8020 Graz, Tel.: (00 43) 5 05 50 29 53, Fax: (00 43) 31 65 05 50 29 50, E-Mail: office@eHealth.at

13.–15.05.2012 » The Jerusalem International Conference on Integrative Medicine, Jerusalem, Kontakt: Paragon-Conventions, 18 Avenue Louis-Casai, CH-1209 Geneva, Tel.: (00 41) 2 25 33 09 48, E-Mail: ilanab@paragon-conventions.com

29.05.–02.06.2012 » 59th Annual Meeting and 3rd World Congress on Exercise is Medicine, San Francisco, Kontakt: American College of Sports medicine, 401 West Michigan Street, Indianapolis, IN 46 202 – 3233, Tel.: (0 01) 31 76 37 92 00, Fax: (0 01) 31 76 34 78 17, E-Mail: meeting@acsm.org

14.06.2012 » Fachtagung, Was kann gesundheitsfördernde Schule verändern?, Wien, Kontakt: Fonds Gesundes Österreich, Aspernbrückengasse 2, A-1020 Wien, Tel.: (00 43) 18 95 04 00 10, Fax: (00 43) 18 95 04 00 20, E-Mail: fgoe@goe.at

20.–23.06.2012 » 9th eass Conference 2012, Sport in Globalised Societies Changes and Challenges, Bern, Kontakt: Institute of Sport Science, University of Bern, Bremgartenstr. 145, CH-3012 Bern, E-Mail: eass2012@ispur.unibe.ch

21.06.2012 » Symposium, Bessere Medizin: Best Practice der Integrierten Versorgung, Zürich, Kontakt: Organizers GmbH, Obere Egg 2, CH-4312 Magden, Tel.: (00 41) 6 18 36 98 78, Fax: (00 41) 6 18 36 98 77, E-Mail: registration@organizers.ch