

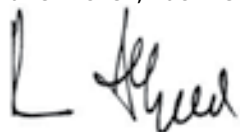
78 impulse

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

Endlich erwachsen?! Gesundheit der Generation 20+

EDITORIAL » Behalten Lebensphasen und Generationsbedürfnisse in Zeiten der Pluralisierung von Lebensweisen und Individualisierung überhaupt noch ihre Bedeutung, wie es der Titel dieser impulse-Ausgabe suggerieren mag? Ist die Entwicklungsaufgabe einer 20-Jährigen mit Migrationshintergrund ohne formalen Bildungsabschluss dieselbe wie die einer 20-Jährigen Arzttochter mit Einser-Abi und Deutscher Studienstiftung im Hintergrund? Um junge Erwachsene hat sich die Präventions- und Gesundheitsförderungsszene bislang wenig profunde Gedanken gemacht. Den Lieblingssettings der meisten Präventionsakteure, KiTa und Schule, sind sie dann entwachsen und in dem Lieblingssetting der gesetzlichen Sozialversicherungen, der Arbeitswelt, oft noch nicht richtig angekommen. Wir haben in diesem Heft versucht, die vorhandenen gesundheitsrelevanten Daten für diese Altersgruppe zusammenzutragen und einzelne Facetten, wie etwa die Schattenseiten des Körperkults oder gesundheitliche Risiken im Übergang zum Berufsalltag näher zu beleuchten. » Das Ganze ist nur ein erster Aufschlag, fragmentarisch und eher ein Appell, sich mit dieser Altersgruppe und ihren Diversitäten und Herausforderungen gesundheitswissenschaftlich und -förderlich gründlicher auseinanderzusetzen. Zwei unserer Redakteurinnen im Alter der betrachteten Zielgruppe haben ihre Redaktionserfahrungen deshalb in einem Zwischenruf verarbeitet, den wir an das Ende des Schwerpunktes stellen. Darüber hinaus informieren wir Sie im aktuellen Teil dieses Heftes über das Europäische Jahr der Bürgerinnen und Bürger sowie über neue Projekte und Forschungsergebnisse aus sehr unterschiedlichen Handlungsfeldern wie Selbsthilfe und Integration oder Mobilität in ländlichen Räumen. » Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Was ist uns die Gesundheit wert?« (Redaktionsschluss 30.04.2013) und »Demenzkrankungen – neue Herausforderungen in der Gesundheitsförderung« (Redaktionsschluss 31.07.2013). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit Anregungen, Hinweisen zu interessanten Neuentwicklungen und Beiträgen zu beteiligen oder auch uns ein Feedback zur aktuellen Ausgabe zu geben.

Mit herzlichen, noch verschneiten Frühlingsgrüßen



Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT Endlich erwachsen – unendlich gesund?! **02** Veränderung des Alltags junger Erwachsener und deren Gesundheitsverhalten **03** Belastungen und Fehlzeiten junger Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer **05** Ruhig zugreifen oder sich zieren: Körper- und Ernährungshandeln nach Geschlecht **06** Die Schattenseiten des Körperkults. Medikamentenmissbrauch in Fitness-Studios **07** Alters- und geschlechtsselektive Abwanderung aus ländlichen Räumen Ostdeutschlands **08** Gesundheit und Stress im Studium **09** Verhütung und Schwangerschaftsabbrüche bei Migrantinnen **10** Soziale Ungleichheit und reproduktive Gesundheit – Zur Situation von jungen Frauen **12** www.sexundso.de – Die Online-Beratung des pro familia Landesverbandes Niedersachsen e. V. **13** Atypische Beschäftigung junger Erwachsener mit besorgniserregenden Auswirkungen für die Zukunft **14** Gesundheitliche Risiken im Übergang zum Berufsalltag **15** Zwischenruf – Der Blick von innen nach außen und zurück **17** Das Europäische Jahr der Bürgerinnen und Bürger 2013: Bürgerrechte kennen – mehr Demokratie verwirklichen **18** Geschlechter-sensible Forschung in Epidemiologie und Medizin **19** Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Familien und deren Kinder mit geistiger Behinderung **20** Neue Anforderungen an Mutter-Kind-Maßnahmen **20** Teilhaben lassen und teilhaben: Studentische Partizipation in der hochschulischen Gesundheitsförderung **21** Jung, gesund und Fit-fürs-Leben? **22** Rauchfreiberatung durch Familienhebammen **22** Evaluation von Beratungseinrichtungen für Familien und ältere Menschen **23** Selbsthilfe und Integration **24** Projekt »Mobilität im ländlichen Raum« **25** Bücher, Medien **26** Termine LVG & AFS **30** Impressum **31** Termine **32**

Schwerpunkt



UND JETZT SIND WIR WIRKLICH ERWACHSEN,
DENKEN WIR,
UND WIR ERSTAUNEN,
DASS ERWACHSEN SEIN
DIES BEDEUTET UND WAHRHAFTIG
NICHT ALL DAS,
WAS WIR ALS KINDER
GEGLAUBT HATTEN,
WAHRHAFTIG NICHT SELBSTSICHERHEIT,
WAHRHAFTIG NICHT
DIE UNBESCHWERTE HERRSCHAFT
ÜBER ALLE DINGE DER WELT. (Natalia Ginzburg)

Auf den zweiten Blick werden jedoch zahlreiche Aspekte der gesundheitlichen Lage junger Erwachsener sichtbar, die auf erhöhte Risiken in dieser Lebensphase hinweisen. So zeigt eine im Rahmen des DAK-Gesundheitsberichts 2011 durchgeführte Repräsentativbefragung von rund 3.000 jungen Erwerbstätigen einen hohen Verbreitungsgrad psychosomatischer Beschwerden wie Muskelverspannungen, Kopfschmerzen oder Stimmungsschwankungen auf. Daneben stellen Unfallverletzungen, psychische Störungen und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zentrale Gesundheitsthemen dar.

BENJAMIN KUNTZ, THOMAS ZIESE, THOMAS LAMPERT

Endlich erwachsen – unendlich gesund?!

Das junge Erwachsenenalter ist durch zahlreiche Veränderungen und Herausforderungen gekennzeichnet, von deren Bewältigung die weitere Entwicklung im Lebenslauf abhängt. Zu den typischen Entwicklungsaufgaben des jungen Erwachsenenalters zählen der Auszug aus dem Elternhaus, die Gründung eines eigenen Haushalts, der Einstieg in das Berufsleben sowie der Aufbau stabiler Partnerschaften. Spätestens mit Erreichen der Volljährigkeit müssen junge Menschen lernen, mehr Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen. Dies gilt auch für gesundheitsrelevante Bereiche wie Bewegung, Substanzkonsum, Ernährung und Schlaf. Der Umgang mit dem eigenen Körper, das Achten auf mögliche Krankheitssymptome sowie die bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sind weitere Facetten einer sich durch Eigenständigkeit und Gesundheitskompetenz auszeichnenden Lebensführung.

Allgemeiner Gesundheitszustand

Auf den ersten Blick erscheint das junge Erwachsenenalter als Lebensabschnitt maximaler Gesundheit. So sind zahlreiche Aspekte der körperlichen Entwicklung weitestgehend abgeschlossen und erreichen in ihrer Funktionsweise ein Höchstmaß an Leistungsfähigkeit. Die Mehrheit der 18- bis 29-Jährigen äußert sich nach Angaben der GEDA-Studie 2010 des Robert Koch-Instituts positiv über ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Männer: 92 %, Frauen: 87 %). Schwerwiegende Erkrankungen treten deutlich seltener auf als im mittleren und höheren Lebensalter. Den GEDA-Daten zufolge sind lediglich rund 2% der jungen Männer und Frauen aufgrund von Krankheit in der Ausübung ihrer alltäglichen Tätigkeiten erheblich und dauerhaft eingeschränkt.

Unfallverletzungen

Unfälle und daraus resultierende Verletzungen treten im jungen Erwachsenenalter häufiger auf als in jüngeren und höheren Altersgruppen. Den Angaben der GEDA-Studie 2010 zufolge erlitt rund jeder fünfte Mann im Alter von 18 bis 29 Jahren innerhalb der vergangenen zwölf Monate einen Unfall, der ärztlich versorgt werden musste. Bei Frauen gleichen Alters waren es 11 %. Es dominieren Unfälle im Freizeitbereich außerhalb des Hauses, z.B. beim Sport. Unfallverletzungen – insbesondere im Bereich des Straßenverkehrs – stellen im jungen Erwachsenenalter die häufigste Todesursache dar. Rund ein Drittel (31 %) der im Jahr 2010 verstorbenen Männer sowie rund ein Viertel (23 %) der verstorbenen Frauen im Alter von 18 bis 29 Jahren kam bei Unfällen ums Leben. Des Weiteren ist Suizid eine häufige Todesursache im jungen Erwachsenenalter (Männer: 25 %, Frauen: 14 %).

Psychische Gesundheit

Mit der Vielzahl an Anforderungen des jungen Erwachsenenalters gehen bisweilen Spannungszustände, Überforderungstendenzen und ein gesteigertes Stressempfinden einher, die mit negativen Konsequenzen für die psychische Gesundheit verbunden sein können. Krankenkassendaten verweisen in sämtlichen Altersgruppen auf eine Zunahme ärztlicher Krankenschreibungen und Arzneimittelverordnungen aufgrund psychischer Störungen. Nach einer Langzeitanalyse der DAK-Versichertendaten haben sich bei jungen Erwachsenen die Krankheitsfälle aufgrund psychischer Probleme in den vergangenen zwölf Jahren mehr als verdoppelt. Bei den 20- bis 30-Jährigen sind heute rund 8 % der Fehltage am Arbeitsplatz auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Im Rahmen der GEDA-Studie 2010 gaben 7 % der Männer im Alter von 18 bis 29 Jahren und 13 % der gleichaltrigen Frauen an, innerhalb

der letzten vier Wochen aufgrund seelischer Belastungen beeinträchtigt gewesen zu sein. Der Anteil der jungen Erwachsenen, bei denen nach eigenen Angaben innerhalb der vergangenen zwölf Monate von einem Arzt oder Psychotherapeuten eine Depression diagnostiziert wurde, lag bei 3 % der Männer und 6 % der Frauen.

Gesundheitsverhalten

Während der Substanzkonsum im Jugendalter zumeist noch experimentellen Charakter hat, verfestigen sich im jungen Erwachsenenalter Konsummuster, welche sich dann im weiteren Lebensverlauf häufig als überaus stabil erweisen. Aus einem problematischen Substanzkonsum können vielfältige soziale Probleme in der Familie, am Arbeitsplatz, in der Ausbildung, im Freundeskreis und in Partnerschaften erwachsen.

Nach Angaben der regelmäßig durchgeführten Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sind für die Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen langfristig rückläufige Prävalenzen sowohl für den Tabakkonsum als auch für den regelmäßigen Alkoholkonsum zu verzeichnen. Im Jahr 2011 rauchten demnach je 37 % der jungen Männer und Frauen. Regelmäßig, d.h. mindestens einmal pro Woche, Alkohol konsumierten 55 % der Männer bzw. 24 % der Frauen. Aus Sicht von Public Health besonders problematisch ist die starke Verbreitung des sogenannten binge-drinking (Rauschtrinken). Dass sie in den letzten 30 Tagen mindestens einmal fünf oder mehr Gläser alkoholischer Getränke bei einer Gelegenheit konsumiert haben, trifft den BZgA-Daten 2011 zufolge auf 55 % der 18- bis 25-jährigen Männer und 29 % der gleichaltrigen Frauen zu.

Auch in anderen Bereichen des Gesundheitsverhaltens scheint sich die Integration einer gesundheitsförderlichen Lebensweise in den Alltag für junge Erwachsene schwierig zu gestalten. Zwar gaben in der GEDA-Studie 2010 lediglich 16 % der 18- bis 29-jährigen Männer und 23 % der gleichaltrigen Frauen an, keinerlei Sport zu treiben. Im Rahmen des DAK-Gesundheitsberichts 2011 äußerten jedoch 38 % der jungen Erwerbstätigen, sie empfänden es als anstrengend, wenn sie neben ihrer Tätigkeit auch noch auf ausreichend Sport und Bewegung sowie gesunde Ernährung achten müssten.

Fazit

Im jungen Erwachsenenalter werden zentrale Weichen für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im weiteren Leben gestellt. In dieser Phase entscheidet sich, ob etwaige Benachteiligungen aus der Kindheit und Jugend überwunden, berufliche Perspektiven entwickelt und gesunde Lebensstile angestrebt werden. Gesundheitsbezogene Belastungen und Verhaltensmuster sind dabei stets vor dem Hintergrund von Entwicklungsaufgaben und der sich rasch wandelnden Lebensumstände in dieser Lebensphase zu verorten. Vor allem die gestiegenen Anforderungen, die in der modernen Arbeitswelt im Hinblick auf Leistungsbereitschaft, Mobilität und Flexibilität an junge Erwachsene gestellt werden, können sich negativ auf die Gesundheit auswirken.

Innerhalb der heterogenen Gruppe der jungen Erwachsenen erscheinen insbesondere diejenigen in ihrer gesundheitlichen Entwicklung gefährdet, die hohen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind und die gleichzeitig auf wenig materielle und soziale Ressourcen zu deren Bewältigung zurückgreifen können. Dazu zählen u. a. Niedrigqualifizierte, Migrantinnen und Migranten ohne ausreichende Deutschkenntnisse, Ar-



beitslose und Alleinerziehende. Andererseits haben Studien eindrücklich gezeigt, dass auch Studierende – trotz ihres hohen Bildungsstatus und den allgemein positiven Zukunftsaussichten, mit denen ein Studienabschluss auf dem Arbeitsmarkt verknüpft ist, – von spezifischen Belastungen wie Leistungsdruck oder Prüfungsangst betroffen sind, die sich negativ auf ihr Wohlbefinden und ihr Gesundheitsverhalten auswirken. Vor diesem Hintergrund erscheint es besonders wichtig, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung an die Bedürfnisse und Lebensumstände der jeweiligen Zielgruppe junger Erwachsener anzupassen.

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

CLAUS TULLY, TINA GADOW

Veränderung des Alltags junger Erwachsener und deren Gesundheitsverhalten

Zur Lebensphase junger Erwachsener und deren Veränderung lässt sich einiges anführen. Das Arbeitsleben beginnt später, die Bildungsphase ist seit den 1980er Jahren deutlich verlängert, dem Einstieg in die Arbeitswelt sind heute häufig Praktika vorgeschaltet. Die Leistungsanforderungen in der Arbeitswelt sind gestiegen; eine zunehmende Zahl von (auch jungen) Erwerbstätigen fühlt sich durch diese veränderten Anforderungen in zunehmendem Maße gestresst; dies manifestiert sich u. a. in einer Zunahme von psychischen Belastungen bei Erwerbstätigen. Schwierig erscheint es, die beiden Stränge »Lebenswelt« und »Gesundheit« aufeinander zu beziehen. Denn es fehlt eine verlässliche längsschnittliche Datenbasis. Ein Vergleich der Lebenswelt Jugendlicher und junger Erwachsener (der Generation 20+) für die Zeit vor 1960 zeigt, es wurde früher gearbeitet, geheiratet usw. In den 1950ern erfolgte der Schulabschluss für die Mehrzahl mit 14 bis 15 Jahren, geheiratet wurde mit 25 Jahren, heute mit etwa 30 Jahren (Heirat 2007: Durchschnittsalter der Frauen 29,5 Jahre, Durchschnittsalter der Männer 32,5 Jahre), für den ersten Sex wird ein Alter von 18 Jahren berichtet. Soweit es um das Gesundheitsverhalten geht, können für den Zeitraum von vor ca. 50 Jahren lediglich Näherungen und Anhaltspunkte herangezogen werden.



Generation 20+ früher und heute

Die Generation 20+ wird aus Sicht der Sozialforschung den jungen Erwachsenen zugerechnet. Die Legaldefinition für Jugend erfasst die Gruppe der 14- bis 18-Jährigen. Als junge Erwachsene gelten die, die älter als 18 Jahre und jünger als 27 Jahre sind. Aus Befragungen wissen wir zudem, dass sich diese Gruppe selbst bis etwa 27 Jahre eher den Jugendlichen als den Erwachsenen zuordnet. Für Aussagen zum Wandel der Lebenswelt Jugendlicher und junger Erwachsener müssen im Kern zwei Entwicklungen in den Blick genommen werden: Einerseits sind die Veränderungen der Gesellschaft zu beschreiben, zum andern die des Aufwachsens, wie die Art des Bildungsabschlusses, das Alter beim ersten Sex und der ersten Partnerschaft, die Übernahme von Verantwortung für sich und für andere, der Eintritt in die Arbeitswelt. Eine Kernaussage zur Beschreibung dieses Phänomens könnte sein: Die soziale Verselbständigung beginnt früher und die ökonomische erfolgt später. In den 1960ern waren ca. 76,7 % der männlichen und 75 % der weiblichen Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 20 Jahren bereits erwerbstätig. 40 Jahre später sind dies knapp 40 % der männlichen und 28 % der weiblichen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen. Heute befinden sich die 25- bis 30-Jährigen in der Phase der Arbeits- und Berufsorientierung. Das heißt aber auch, dass ganz viele Bezüge offen gestaltet sind, was an den Modellen zur Partnerschaft, den Erprobungsphasen in der Arbeitswelt (Nebenjobs, Projektarbeit), der gesellschaftlichen Orientierung, der Ablösung von der Herkunftsfamilie (neben dem Auszug gibt es häufiger den Wiedereinzug) und anderem mehr abzulesen ist.

Gesundheit als gesellschaftliches Thema

Die Gesundheit Heranwachsender spielt in älteren Jugendstudien keine Rolle. Das Stichwort findet sich nicht in der 1985er Shell-Jugendstudie und auch nicht im Sammelband des Deutschen Jugendinstituts zum Jahr der Jugend 1985.

In den 1970er Jahren kamen neue gesellschaftliche und politische Leitthemen auf, die die Lebensrealität der Generation 20+ prägten: Bildungsexpansion und Verlängerung der Bildungsphase, Ende der Wirtschaftswunderjahre, Absenkung der Schwelle des Erwachsenwerdens von 21 auf 18 Jahre (im Jahr 1975), erste Fastfoodrestaurants in Deutschland (1971). Es gibt aber auch erste Thematisierungen von Gesundheit. Die »Trimm-Dich-Bewegung« verdankt ihre Popularität u. a. dem

Anstieg von »Zivilisationskrankheiten« und steigender Bewegungsarmut seit Mitte der 1960er Jahre in der Bundesrepublik. Über die Medien werden neue Modelle der Körperlichkeit und der Ästhetik vermittelt (Twiggy, ein Modemodell Mitte der 1960er Jahre aus England). Es ist die Zeit der Entstehung von Kleidung, Musik, Filmen, Büchern, Zeitschriften für junge Erwachsene. In der Wissenschaft war in den 1960ern von der Juvenilisierung der Gesellschaft die Rede. Das Zusammentreffen der Verlängerung des Übergangs zum Erwachsenwerden und die Juvenilisierung des Waren- und Medienangebots thematisieren ab den 1970ern den Körper in neuer Weise (Kosmetik, Sexualität, Schlankheit, Ernährung). Dieser Trend wird in den 1980ern bis heute verstärkt. Der Adressatenbezug in den Medien wird ausgebaut, die Themen werden ausdifferenziert, was sich für Gesundheitsfragen zeigen lässt.

Fit for Fun

Exemplarisch soll ein gesellschaftliches Themenfeld herausgegriffen werden: »Fit for fun«. Seit gut 25 Jahren spielt dieses in der öffentlichen Wahrnehmung eine herausgehobene Rolle. Im Rahmen der gesellschaftlichen Thematisierung von »Fit for fun« geht es um Aspekte wie »perfekte« Figur, neue Formen der Weiblich- bzw. Männlichkeit, um (auch kommerzielle) Sport- und Fitnessangebote, plastische/ästhetische Chirurgie. Zu nennen ist auch eine verbreiterte Palette von populären Angeboten der Gesundheitsinformation. Standen am Anfang der Entwicklungen noch sehr praktische Empfehlungen/Angebote wie einfache »Leibesübungen« im Rahmen der »Trimm-Dich-Bewegung«, besteht heute auf dem Fitness- und Wellnessmarkt ein ausdifferenziertes Angebot an Möglichkeiten zum »Bodystyling«.

Herausforderungen für die Generation 20+

Die Soziologie spricht von »Individualisierung«, damit ist gemeint, dass alle für das Gelingen ihrer Biografie selbstverantwortlich werden. Das gilt heute auch für Gesundheit. Es fehlt nicht an öffentlich wahrnehmbaren Informationen und Empfehlungen. Wer diese außer Acht lässt, muss dies daher selbst verantworten und ggf. mit sozialen und finanziellen Sanktionen rechnen.

Deutlich wird, dass es nicht gelingt, die Veränderung des Alltags junger Erwachsener und gewünschtes Gesundheitsverhalten aufeinander zu beziehen. Dazu bedürfte es einer systematischen Erhebung der beiden Bereiche Lebensalltag und Gesundheitsverhalten. Es ist zu vermuten, dass die Unbestimmtheit der Lebensführung, die sich fast bis zum 30. Lebensjahr hinzieht, auch als belastend erlebt werden kann. Hierzu gibt es keine Befunde. Wie aber der Beitrag zeigt, lassen sich sehr wohl Veränderungen in der Wertigkeit von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen ausmachen. Mit der gewachsenen Eigenverantwortlichkeit korrespondiert ein umfassendes medial aufbereitetes Informationsangebot, das Risiken ebenso benennt wie Wege der Prävention aufzeigt. Wichtig bleibt, die Risiken sind nicht begrenzt, sondern aufgrund von Globalisierung und Industrialisierung wachsen beständig neue gesundheitliche Risiken hinzu.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser
 PROF. DR. CLAUS TULLY, DR. TINA GADOW, Deutsche Jugendinstitut (DJI),
 Nockherstraße 2, 81541 München,
 Tel.: (0 89) 6 23 06-190, Fax: (0 89) 6 23 06-162, E-Mail: ctully@unibz.it
 Tel.: (0 89) 6 23 06-358, Fax: (0 89) 6 23 06-162, E-Mail: gadow@dji.de



MARKUS MEYER, HENRIETTE WEIRAUCH

Belastungen und Fehlzeiten junger Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

Pressestimmen wie »Junge leiden unter unsicheren Jobs« (Spiegel Online) und »Junge Arbeitnehmer klagen über Stress« (Süddeutsche.de) weisen immer öfter darauf hin, dass die jungen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer heute vielfach unzufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen sind. Ergebnisse des DGB-Index »Gute Arbeit für junge Beschäftigte« zeigen zum Beispiel, dass lediglich 37 % der befragten unter 35-Jährigen einen unbefristeten Arbeitsvertrag mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von mindestens 2.000 € haben. Insgesamt beurteilte fast die Hälfte dieser jungen Erwerbstätigen (47 %) ihre Einkommenssituation als »eher negativ« (ebd.). Eine Umfrage der IG Metall weist ebenfalls auf schlechte Arbeitsbedingungen für diese Beschäftigtengruppe hin: 32 % der unter 35-Jährigen haben demnach ein prekäres Arbeitsverhältnis, d.h. sie sind befristet angestellt, arbeiten in der Zeit- bzw. Leiharbeit oder in geringfügigen Beschäftigungen. Bei älteren Beschäftigten lag dieser Anteil bei nur 11 %. So ist es nicht verwunderlich, dass sich junge Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer laut einer Befragung der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) nicht stark mit ihrem derzeitigen Arbeitgeber verbunden fühlen. Die weltweit durchgeführte Befragung ergab, dass sich im Durchschnitt nur 21 % der unter 30-Jährigen in ihrem Job hoch engagierten. In Deutschland war diese Zahl mit nur 13 % sogar noch deutlich niedriger. Gründe für diese Ergebnisse könnten in der ungenügenden Work-Life-Balance liegen, die immerhin 39 % der Befragten als mangelhaft einschätzten. Auch fühlten sich viele der unter 30-Jährigen einem hohen Arbeitsdruck ausgeliefert und bemängelten ihre Arbeitsplatzsicherheit. Wenn auch die Rahmenbedingungen für jüngere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer oftmals schlechter als die der älteren sind, zeigen empirische Befunde aber zugleich auf, dass sich die unter 30-Jährigen durch die Arbeitsbedingungen körperlich und psychisch deutlich weniger belastet fühlen als die Gruppe der über 30-Jährigen. Das Empfinden, durch die Arbeit belastet zu sein, steigt dabei insgesamt tendenziell mit dem Alter.

Auffälligkeiten der Arbeitsunfähigkeitsdaten und des Krankenstandes junger Beschäftigter

Analysiert man in diesem Zusammenhang die Arbeitsunfähigkeitsdaten der 10,8 Millionen erwerbstätigen AOK-Versicherten für das Jahr 2011, ergibt sich ein differenziertes Bild. Etwa ein Drittel der AOK-versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind jünger als 30 Jahre. Generell zeigt sich, dass junge Erwerbstätige häufiger, jedoch deutlich kürzer krankgeschrieben werden als ältere. Die unter 30-Jährigen sind durchschnittlich 6,2 Tage je Fall krankgeschrieben. Dies sind, bezogen auf das Jahr 2011, immerhin 7,1 Fehltage pro Fall weniger als bei den über 30-Jährigen mit 13,3 Tagen je Fall. Mit zunehmendem Alter steigt die Länge der Krankheitsdauer an, wobei ab dem 30. Lebensjahr die durchschnittliche Anzahl der Krankschreibungen in der Tendenz gleich bleibt. Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle ist hier bei den 15- bis 19-Jährigen am höchsten: Erwerbstätige dieser Altersklasse hatten im Jahr 2011 durchschnittlich 2,5 Krankschreibungen, verglichen mit der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen waren dies mehr als doppelt so viele (1,1 Krankschreibungen pro Versichertem). Dieser Unterschied ist hauptsächlich auf die einzelnen Krankheitsdiagnosen zurückzuführen. Ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind eher multimorbid und häufiger aufgrund von Diagnosen mit zeitintensiver Erholungsdauer, wie Muskel-/Skelett-, Herz-Kreislauf- oder psychischen Erkrankungen, krankgeschrieben. Junge Erwerbstätige bleiben hingegen am häufigsten aufgrund von Atemwegserkrankungen – hierunter fällt vor allem die klassische Erkältung – und Erkrankungen des Verdauungssystems dem Arbeitsplatz fern. So entfallen bei Atemwegserkrankungen auf die Gruppe der unter 30-Jährigen durchschnittlich 64,9 Arbeitsunfähigkeitsfälle auf 100 Mitglieder, auf die Gruppe der über 30-Jährigen aber lediglich 36,6 Arbeitsunfähigkeitsfälle. Innerhalb dieser Diagnosegruppe ist die Differenz nach Anzahl der Krankschreibungen zwischen den beiden Altersgruppen am höchsten. Eine weitere Auffälligkeit zeigt sich bei Krankschreibungen aufgrund von Verletzungen: Die unter 30-Jährigen sind öfter aufgrund dieser Diagnosegruppe krankgeschrieben (24,2 Krankschreibungen je 100 Mitglieder), fehlen dann jedoch weniger Tage als die älteren Beschäftigten mit dieser Diagnose. Es ist davon auszugehen, dass neben den Verletzungen, die durch das außerberufliche Umfeld verursacht werden, die Art der Tätigkeit und vor allem die mangelnde Berufserfahrung wesentliche Einflussfaktoren für die Fallhäufigkeit darstellen.

Auffälligkeiten ergeben sich auch bei der Analyse des Krankenstandes. Der Krankenstand der unter 30-jährigen Erwerbstätigen liegt im Bund mit 3,4 % immerhin 1,8 Prozentpunkte unter dem der über 30-jährigen (5,2 %). Dabei gibt es regionale Unterschiede: So sind junge Beschäftigte bis 30 Jahren in Bayern und Niedersachsen mit Krankenständen von 2,8 % bzw. 3,3 % wesentlich seltener krank als die unter 30-Jährigen in den östlichen Regionen Berlin (4,5 %), Brandenburg (4,2 %), Mecklenburg-Vorpommern (4,0 %) oder Sachsen-Anhalt (ebenfalls 4,0 %). Die Krankenstände bei den über 30-Jährigen sind hingegen in allen Bundesländern höher als in der jüngeren Altersgruppe (durchschnittlich um 1,7 Prozentpunkte).

Fazit

Die Analysen zeigen, dass jüngere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durchaus spezifische Auffälligkeiten aufweisen. Das Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung eig-

net sich in besonderer Weise für Unternehmen, um durch zielgruppenspezifische Angebote die Fehlzeiten jüngerer Arbeitnehmer zu senken und die Belastungssituation insgesamt zu reduzieren. Ergebnis einer Studie zu Gesundheitszustand und -verhalten bei 528 Auszubildenden im ersten Lehrjahr war, dass gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen unter den Auszubildenden weit verbreitet waren. Sie aßen unregelmäßiger und griffen häufig auf kalorienreiche Snacks zurück. Zudem reduzierten sie mit dem Eintritt in das Berufsleben ihre sportlichen Aktivitäten signifikant, wobei sie als wichtigsten Grund keinen Sport mehr zu treiben Zeitmangel angaben. Junge Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer können ebenso wie ältere von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen profitieren. Speziell bei der Nachwuchsgewinnung junger qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können Unternehmen punkten, wenn sie diesen Angebote zur beruflichen und persönlichen Gesundheitsförderung machen, etwa Maßnahmen zur gesunden Bewegung, Ernährungsberatung oder auch Kooperationen mit externen Fitnessstudios. In Anbetracht des prognostizierten Fachkräftemangels kann dies ein relevanter Wettbewerbsvorteil für Unternehmen sein. Wichtig ist hierbei, das Thema Gesundheitsförderung nachhaltig und strukturiert, z. B. in Form eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, anzugehen.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

MARKUS MEYER, HENRIETTE WEIRAUCH, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin, Tel.: (0 30) 346 46 2576 / (0 30) 346 46 2131, Fax: (0 30) 346 46 2144, E-Mail: markus.meyer@wido.bv.aok.de, henriette.weirauch@wido.bv.aok.de

DANIELA SCHIEK

Ruhig zugreifen oder sich zieren: Körper- und Ernährungshandeln nach Geschlecht

Empirische Studien zeigen, dass sich die Körperwahrnehmung und -darstellung bereits im Kindesalter hochgradig nach Geschlecht unterscheidet. So wird das in den letzten Jahren intensiv diskutierte Thema der Dickleibigkeit bei Kindern und Jugendlichen von diesen selbst sowie ihrem Umfeld höchst geschlechtsspezifisch bearbeitet. Mädchen zeigen in Bezug auf Körper und Nahrung eine größere Strenge als Jungen. Genauso unterschiedlich streng wird es Jungen und Mädchen auch von außen (Eltern, Lehrerinnen und Lehrer usw.) abverlangt. Allein was als »dünn« und was als »dicke« oder »normale« Körperstatur gilt, wird je nach Geschlecht unterschiedlich großzügig beurteilt: Mädchen finden eher untergewichtige Körperbilder schön, bei Jungen kann man sagen, dass sie Normalgewichtige ideal finden.

Hier deutet sich aus der Perspektive soziologischer Geschlechterforschung die Ausbildung einzelner zu kompetenten Gesellschaftsmitgliedern an: Auch wenn oft moniert wird, dass Männer weniger auf Körper und Gesundheit achten würden als Frauen, ist aber die Behauptung und der alltagsweltliche Vollzug dieser Differenz, d.h., dass Männer und Frauen unterschiedliches Gesundheitshandeln auch wirklich »tun«, wichtig für die Aufrechterhaltung der gesellschaftlichen Geschlechterordnung.



Gesellschaftliches Gebot der Geschlechterdifferenzierung

Geschlechterdifferenzierendes Verhalten, und das betrifft nicht nur, aber auch und in besonderem Maße das körperbezogene und gesundheitsrelevante Handeln, ist mit sozialer Anerkennung verbunden. Geschlechterangleichungen sind dagegen mit Sanktionen belegt. In der soziologischen Geschlechterforschung spricht man vom *sameness taboo* der Geschlechter, wonach sich Männer und Frauen kontinuierlich und unverlierbar, d. h. ausnahmslos in allen Belangen und lebenslanglich deutlich voneinander unterscheiden.

Diese sozial geteilte Basisannahme wird von den einzelnen auf der Ebene des alltagsweltlichen, hier: körperbezogenen Handelns ratifiziert. Ohne unser Zutun sind wir gar nicht als Männer und Frauen erkennbar, wie empirische Studien belegen. Und sich nicht als Mann oder Frau zu erkennen zu geben, gilt in unserer Gesellschaft als abweichendes Verhalten, das die soziale Ordnung bis zu einem gewissen Grad stört, indem es Irritationen und Probleme in unmittelbaren sozialen Interaktionen sowie institutionellen Zusammenhängen hervorruft und negativ sanktioniert wird.

So ist im gesundheitlichen Zusammenhang relevant, dass beispielsweise Übergewicht bei Männern nach wie vor als »stättlich«, stark und Ausdruck von Hedonismus gilt, während es bei Frauen mit Mangel an Disziplin und »Zier« assoziiert ist. Entsprechend darf die Ernährung von Männern mengenmäßig und von den Speisen her »deftiger« sein – wenn sie das aus sozialen Gründen nicht sogar muss: Sich beim Essen als Mann zu zieren und über die (männlich normalen) Maße hinaus zurückzuhalten, gilt als weibliches, wenn nicht schwules Ernährungshandeln, während bestimmte Speisen und Mengen zu essen für Frauen als hemmungslos und entgegen dem Bild von Weiblichkeit als aktiv und »zugreifend«, zumindest nicht als bürgerlich und damenhaft gilt. Die Nahrungsaufnahme (für alle am Tisch) erkennbar zu zügeln oder aktiv und ungehemmt zuzugreifen stellt somit nicht nur indirektes geschlechtsspezifisches Handeln dar, ist also nicht nur auf die »Figur« oder Gesundheit gerichtet. Es wird auch als unmittelbare Markierung des Geschlechts verwendet und besitzt damit den gleichen geschlechtsindizierenden Status wie Kleidung, Frisur, Körperhaltung und Gestik.

Insgesamt gilt Gesundheitsbewusstsein als weibliches Terrain, weshalb sich in der Gesundheitsförderung verstärkt für eine männliche »Sensibilisierung« und für Gendermainstreaming im Gesundheitsbereich eingesetzt wird, was sich u.a. durch eine nach Geschlecht differenzierende Ansprache kennzeichnet.

Widersprüchliche Anforderungen

Ist geschlechtsspezifisches Körper- und Gesundheitshandeln normkonformes Handeln kompetenter Gesellschaftsmitglieder, wächst es sich auch nicht mit zunehmendem Alter aus, sondern gehört gewissermaßen zum Sozialisationsprozess, womit es sich im Zuge des Erwachsenwerdens eher noch festigt als auflöst. So sind laut Mikrozensus erwachsene Männer häufiger übergewichtig und dabei deutlich zufriedener mit dem eigenen Körper als Frauen, Frauen hätten dagegen deutlich öfter Untergewicht und seien wesentlich häufiger mit ihrem Körper unzufrieden als Männer. Auch rauchten mehr erwachsene Männer als Frauen und gelten insgesamt als suchtgefährdeter. Gleichzeitig bezeichneten sich erwachsene Frauen häufiger als krank als ihre männlichen Altersgenossen, die auch seltener an Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsprogrammen (etwa der Krankenversicherungen) teilnehmen sowie weniger auf gesunde Ernährung achten würden – was vermutlich auch mit der höheren Körperzufriedenheit erklärt werden kann.

Gehört aber die geschlechtliche Differenzierung zur Sozialisation und müssen einzelne diese auch und gerade beim Körperhandeln vollziehen, um sich als kompetente Gesellschaftsmitglieder auszuweisen und wird gleichzeitig dieses unterschiedliche Verhalten moniert, ergeben sich widersprüchliche Anforderungen und kontraproduktive Wirkungen für die einzelnen: Sie können die in der Gesundheitsförderung praktizierte und als Gendermainstreaming bezeichnete geschlechterdifferenzierende Ansprache nur schwer als Aufforderung verstehen, nicht unterschiedlich auf Körper und Gesundheit zu achten; sie kennen ja nur die Aufforderung, genau dies zu tun und werden auch nur hierfür von der Gesellschaft belohnt. Je stärker also die Unterschiede im gesundheitsrelevanten Körperhandeln betont werden, desto weniger wahrscheinlich ist ihre Auflösung.

DR. DANIELA SCHIEK, Universität Duisburg-Essen, Berliner Platz 6–8, 5127 Essen
Tel.: (02 01) 183 2659, E-Mail: daniela.schiek@gmx.de

MISCHA KLÄBER

Die Schattenseiten des Körperkults Medikamentenmissbrauch in Fitness-Studios

Als Potenz-Doping, Hirndoping, Sportdoping durchzieht »Doping« u. a. als spezielle Form des Medikamentenmissbrauchs sämtliche Bereiche unserer Gesellschaft sowie des modernen Sports und macht auch vor Breiten- und Freizeitsport nicht halt. Auch kennt Doping bzw. Medikamentenmissbrauch keine Alters- und Geschlechtergrenzen, ist aber besonders weit unter Männern zwischen 18 und 35 Jahren verbreitet.

Bislang wurde von Doping nur in Bezug auf Wettkampfsportlerinnen und -sportler gesprochen, da alle anderen keinem entsprechenden Reglement unterliegen. Daher fand im September 2012 zur begrifflichen Abgrenzungproblematik in den Räumen des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) ein Expertengespräch statt, bei dem sich DOSB-Mitarbeitende mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Wissenschaft und Dopingprävention über einen semantisch sensibilisierten Umgang mit den Begriffen Doping und Medikamentenmissbrauch austauschten. Die Dokumentation des Experten-



gesprächs liegt bereits vor und kann auf der DOSB-Homepage (www.dosb.de/sportundgesundheit) abgerufen werden.

Missbrauchs-Netzwerke in Fitness-Studios

Als geradezu dramatisch stellt sich die Situation in kommerziellen Fitness-Studios dar. Über viele Jahre hinweg hat sich in Fitness-Studios ein soziales Milieu herausgebildet, in dem sich Jugendliche und Erwachsene trotz der von Ärztinnen und Ärzten artikulierten Mahnungen notorisch auf hohem Niveau dopen: um die eigene Körperhülle zielgerichtet zu modellieren, um mit Hilfe eines muskelbeladenen Körpers Achtungsgewinne in der Peergroup zu erzielen oder um sich den extrem fettarmen Körpern der Topmodels anzunähern. Bezüglich deutscher Fitness-Studiobesucherinnen und -besucher, die ihr Training mittels medikamentöser Unterstützung absolvieren, wurde ein Gesamtanteil von 13 % bis 16 % ermittelt. Die Dunkelziffer wird von Expertinnen und Experten auf bis zu 20 % geschätzt. Medikamentenmissbrauch ist dabei immer in soziale Bedingungen, Netzwerke und Beziehungsfallen eingebettet. So werden das Training und die Ernährung körpermodellierender Fitness-Studiomitglieder durch ihr sportliches Umfeld mitbestimmt. Der Gebrauch von (verschreibungspflichtigen) Medikamenten ist folglich keine isolierte, also rein individuelle Entscheidung; vielmehr werden Missbrauchshandlungen durch ein vorbereitendes und assistierendes Umfeld initiiert und getragen. Denn weder das zu erlernende Missbrauchs-Know-how noch die nötigen Arzneimittel fallen einfach so vom Himmel. Im Fokus dieses Beitrags stehen nunmehr die Suchtgefahren, die sich beim Konsum leistungssteigernder Substanzen aufdrängen. Empirische Daten zeigen, dass der Konsum von Medikamenten ohne medizinische Indikation häufig zu einem von Selbstschädigungen begleiteten Zwangsverhalten entartet und ein Absetzen mit Entzugserscheinungen einhergeht.

Zum Suchtpotential der Missbrauchsspirale

Häufig gipfelt ein anfänglich noch ausgewogenes (gesundes) Essverhalten in ein krankhaftes Diätverhalten für den unbedingt gewollten Waschbrettbauch oder in ein maßloses Mästen für den ersehnten Muskelmassezuwachs. Bei weiblichen Studiomitgliedern können sich aufgrund des steigenden – besonders durch die Massenmedien auferlegten – Leistungsdrucks zum Schlanksein Ess-Störungen wie Bulimie entwickeln. Junge Männer unterliegen oft einem Leistungsdruck zum Muskulösein oder gar einer Muskeldystrophie und neigen zu einer



einseitigen und überreichlichen Ernährungsweise. Doch nicht nur die Essgewohnheiten spitzen sich zu und werden stetig rigoroser. Um den Stoffwechsel im Rahmen der Diät anzukurbeln, nehmen viele Fitness-Studiokunden Fatburner, Grüntee-Kapseln, L-Carnitin und andere Nahrungsergänzungsmittel ein. Junge Männer, die an einem schnellen Muskelaufbau interessiert sind, konsumieren vorzugsweise Eiweißpulver, Creatin sowie Prohormone. Beim Konsum derartiger Mittel entwickelt sich bereits eine »Missbrauchsmentalität«, die nicht selten den Einstieg in die Missbrauchsspirale markiert. Einige Fitness-Studiomitglieder wagen dann aufgrund entfesselter Selbstansprüche auch den folgenreichen Griff zu Humanarzneien (bzw. »Dopingsubstanzen«) wie Ephedrin, Clenbuterol, Anabolika oder Wachstumshormonen. Die Missbrauchspraktiken werden immer radikaler und risikoreicher; sie drohen zu eskalieren.

Durch die Toleranzentwicklung im Hinblick auf die verwendeten Medikamente verdichten und verschärfen sich die Konsumpraktiken unaufhörlich. Die Dosierungen werden sukzessiv erhöht, die Einnahmezeiten verlängert und immer häufiger diverse Medikamente miteinander kombiniert. Umgangssprachlich kann man dies als »Teufelskreis« bezeichnen, dem man nur schwer entkommt und der sogar den Konsum von Tierarzneien mit einschließen kann. Zu viel hat man bereits in seinen Körper investiert, so dass Rückschritte oder Stagnationen beim Körpermodellieren nicht mehr hinnehmbar sind. Ganz im Sinne einer stoffgebundenen Sucht wird die Gesundheit zunehmend aufs Spiel gesetzt. Der Medikamentenkonsum kann Züge einer Drogensucht annehmen und in einigen Fällen werden auch Betäubungsmittel wie Kokain eingenommen.

Schlussbetrachtung

Das Hauptproblem der Dopingdebatte liegt in ihrer ignoranten Einseitigkeit. Doping ist für viele Expertinnen und Experten »nur« ein Problem des Spitzensports und Medikamentenmissbrauch wird – als Vorstufe des Dopings – weder für den Hochleistungssport noch für den Nicht-Wettkampfsport angemessen wahrgenommen und bearbeitet. Dies gilt auch für die Pharmakologisierung des modernen Alltags. Aufgrund dieser Schiefelage widmet sich der DOSB zusammen mit dem Allgemeinen Deutschen Automobil-Club (ADAC) und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) dem Medikamentenmissbrauch als eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. In diesem Zusammenhang wurde vor kur-

zem der Flyer »Sei Du selbst. Tipps gegen Medikamentenmissbrauch in Alltag und Freizeit« fertiggestellt (abrufbar unter www.dosb.de/sportundgesundheit). Zudem konzipiert der DOSB ein Fortbildungsmodul zur Aufklärung über »Medikamentenmissbrauch im Breiten- und Freizeitsport«, welches an bestehende Aus- und Fortbildungen des organisierten Sports andockt. Gleichzeitig wird eine Broschüre erstellt, die ebenfalls der Aufklärung und weiteren Sensibilisierung für dieses Problemfeld dient. Die Fertigstellung des Fortbildungsmoduls und der Broschüre ist noch für dieses Jahr geplant.

Literatur beim Verfasser

DR. MISCHA KLÄBER, Ressortleiter Präventionspolitik und Gesundheitsmanagement, Deutscher Olympischer Sportbund, Otto-Fleck-Schneise 12, 60528 Frankfurt, E-Mail: klaeber@dosb.de

TIM LEIBERT

Ursachen und Konsequenzen der alters- und geschlechtsselektiven Abwanderung aus ländlichen Räumen Ostdeutschlands

Der ländliche Raum Ostdeutschlands ist die demografische Krisenregion Europas. Nirgendwo sonst haben Schrumpfung und Alterung eine vergleichbare Dynamik. Ein Grund dafür ist die starke Abwanderung junger Menschen. Da die Wegzugneigung junger Frauen höher ist als die junger Männer, hat sich bei den jungen Erwachsenen ein beträchtlicher »Frauenmangel« herausgebildet.

Bei der Analyse des Wanderungsverhaltens spielt der Lebenslauf eine wichtige Rolle. In der Ausbildungs- und Berufseinstiegsphase sind die Wanderungsströme auf die Großstädte gerichtet. Dabei wandern Frauen eher in der Ausbildungsphase, Männer dagegen verstärkt in der Berufseinstiegsphase. Für viele Männer spielt Heimatnähe bei der Wahl des Ausbildungs- und Studienplatzes eine wichtige Rolle. Die spätere Wanderung ist mit dem Wunsch nach besseren Karriere- und Verdienstmöglichkeiten verbunden. Im Zusammenhang mit der Familiengründung ist ab Anfang dreißig eine Präferenz für einen ländlicheren Wohnstandort festzustellen.

In der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen stellt Ostdeutschland keinen Sonder-, sondern einen Extremfall dar. »Männerüberschüsse« im ländlichen Raum sind in ganz Deutschland zu beobachten, allerdings ist der »Frauenmangel« in Ostdeutschland besonders stark ausgeprägt. In der Altersgruppe 30–34 Jahre kann man dagegen von einer Sonderstellung Ostdeutschlands sprechen. Die Zu- und Rückwanderung von Frauen in der Familiengründungsphase in ländliche Räume, die im Westen deutlich erkennbar ist, bleibt weitgehend aus.

Wie kommt es zum »Frauenmangel« im ländlichen Raum?

Um verstehen zu können, warum sich im ländlichen Raum Ostdeutschlands seit der Wiedervereinigung ein »Frauenmangel« herausgebildet hat, ist es notwendig, drei sich gegenseitig beeinflussende Themenkomplexe zu betrachten: die Lebenswirklichkeit junger Menschen im ländlichen Raum, das Erbe der DDR sowie Faktoren, die mit dem sozioökonomischen Wandel am Übergang von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft zusammenhängen.



Alters-, geschlechts- und qualifikationsselektive Abwanderung kann in den Industriestaaten als ein Charakteristikum ländlicher Räume angesehen werden. Üblicherweise sind dünn besiedelte Regionen in peripherer Lage besonders stark betroffen. Insbesondere für gut qualifizierte junge Frauen ist es schwierig, eine adäquate Arbeitsstelle zu finden. Abgesehen von der Lage auf dem Arbeitsmarkt scheinen junge Frauen unter den Nachteilen des Landlebens – Isolation, lange Wege, soziale Kontrolle, defizitäre Infrastruktur – stärker zu leiden als junge Männer.

Das Erbe der DDR

In Ostdeutschland herrschen im Berufs- und Familienleben egalitäre Rollenmuster vor. Für die Mehrheit der jungen Frauen ist die Berufstätigkeit eine Selbstverständlichkeit, das Rollenbild der Hausfrau und Mutter lehnen sie ab. Die jungen Frauen zeichnen sich folglich durch eine hohe Erwerbsorientierung in einem ungünstigen Arbeitsmarktkontext aus, der bis in die jüngste Vergangenheit dadurch gekennzeichnet war, dass ein »Geburtenberg« auf ein »Verrentungstal« (die durch »Republikflucht« und Frühverrentung geschwächten Kohorten der 30er/40er Jahre) traf. Diese Mangelsituation wurde durch den Arbeitsplatzabbau weiter verschärft. Zudem fehlt vielen Jugendlichen der Glaube, in einer Region mit Zukunft zu leben. Sie haben in ihrem Umfeld die Auswirkungen der Massenarbeitslosigkeit nach der Wende hautnah miterlebt und sehen in der Abwanderung die wirksamste Strategie der dauerhaften Existenzsicherung. Die Heimatregion wird mit der Gefahr des sozialen Abstiegs gleichgesetzt. Abwanderungsfördernd wirkt auch, dass die Abiturientenquote im Vergleich zu ländlichen Regionen im Westen deutlich höher ist und die jungen Ostdeutschen eine größere Bereitschaft zeigen, auch außerhalb der Heimatregion einen entsprechenden Job zu suchen.

Was passiert, wenn ländliche Räume »vermännlichen«?

Das Kernproblem bei der Beantwortung der Frage nach den Konsequenzen der »Vermännlichung« liegt darin, dass diese nur schwer von den Folgen wirtschaftlicher Marginalisierung und der Abwanderung zu trennen sind. Offensichtliche Konsequenzen sind eine Verstärkung von Alterung und Schrumpfung durch den Wegzug potenzieller Mütter und ein drohender Fachkräftemangel in bestimmten Berufen, die überwiegend von Frauen ausgeübt werden. Ob der »Frauenmangel« auch zu sozialen Problemen wie Alkoholismus, Kriminalität und politischem Extremismus führt, müsste genauer untersucht werden.

Was ist zu tun?

Was kann gegen die alters- und geschlechtsselektive Abwanderung aus den ländlichen Regionen Ostdeutschlands getan werden? Sollten überhaupt Maßnahmen ergriffen werden, die jungen Frauen und Männern den Verbleib in ihrer Heimatregion erleichtern? Verschiedentlich ist in der politischen und wissenschaftlichen Diskussion die Forderung erhoben worden, strukturschwache Regionen »auslaufen« zu lassen, also nicht das Bleiben, sondern das Gehen zu fördern. Hier ist die Politik gefragt. Maßnahmen, um junge Frauen und Männer zu halten oder sie zur Rückwanderung zu bewegen, sind nicht zum Nulltarif zu haben. Wichtig sind attraktive Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten, eine gut ausgebaute Infrastruktur – aber vor allem, dass die Jugendlichen daran glauben, in der Heimatregion eine Zukunft zu haben. Allerdings sind die Einflussmöglichkeiten des Staates auf das Wanderungsverhalten junger Menschen begrenzt.

Wichtig wäre eine breite Debatte über die Zukunft der ländlichen Räume, denn die Schruppfung ist nicht mehr auf den Osten beschränkt. Auch der ländliche Raum der alten Länder, hier insbesondere die klassischen Schrumpfunggebiete wie die Regionen um Goslar, Hof und Kaiserslautern, hat zunehmend mit Bevölkerungsverlust und Abwanderung zu kämpfen.

Literatur beim Verfasser

TIM LEIBERT, Leibniz-Institut für Länderkunde, Schongauerstraße 9,
04328 Leipzig, Tel.: (03 41) 60 05 51 88, Fax: (03 41) 60 05 51 98,
E-Mail: T_Leibert@ifl-leipzig

CAROLIN KÖSTER, SANDRA BISCHOF, NICLAS SCHAPER,
HANS PETER BRANDL-BREDENBECK, ASTRID KÄMPFE

Gesundheit und Stress im Studium

Bereits im Jahr 2009 initiierte der Arbeitsbereich Sportpädagogik und -didaktik (damalige Leitung: Prof. Dr. H. P. Brandl-Bredenbeck) in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse, dem bundesweiten Arbeitskreis Gesunde Hochschule und dem Hochschulsport Paderborn das Pilotprojekt *Gesund und erfolgreich in Paderborn studieren (GriPs)* zur Förderung der Studierendengesundheit. Ausgangspunkt waren zwei grundsätzliche Beobachtungen: Zum einen sind Studierende an deutschen Hochschulen die größte, aber bislang im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention am wenigsten beachtete Statusgruppe. Zum anderen findet sich eine immer größer werdende Flut an alarmierenden Schlagzeilen und Meldungen über die gegenwärtige Studiensituation sowie deren Konsequenzen für den Gesundheitszustand von Studentinnen und Studenten. Im Vergleich zu diesen zum Teil stark pointierten Aussagen gibt es bislang lediglich vereinzelte, wissenschaftliche Studien, die den Gesundheitszustand von Studierenden beschreiben und tiefergehend analysieren. Auf dieser Basis war es das Ziel des *GriPs-Projekts*, studentische Lebensstile unter salutogenetischer Perspektive empirisch zu analysieren und daran anschließend Maßnahmen zur nachhaltigen Förderung der Studierendengesundheit abzuleiten.

Der Public Health Action Cycle strukturiert das Projekt von Beginn an

Anknüpfend an die vier Phasen des *Public Health Action Cycle* erfolgte zur Problembestimmung im Sommersemester 2010



eine Online-Befragung der Paderborner Studierenden zu gesundheitsrelevanten Themenkomplexen (N=1.884). Abgefragt wurden die Bereiche körperlich-sportliche Aktivität, Ernährungsverhalten, Substanz- und Medienkonsum, personale und soziale Ressourcen sowie Schlafverhalten. Zudem sollten die jungen Erwachsenen ihren Gesundheitszustand, das Stressempfinden und die Stressverarbeitung einschätzen. In einem weiteren Schritt wurden leitfadengestützte Interviews geführt (N=24), um Details über die studentische Lern- und Lebenswelt im Setting Hochschule zu analysieren.

Empirische Analyse deckt Problembereiche, aber auch Ressourcen der studentischen Gesundheit auf

Die empirische Auswertung der Daten zeigte unter anderem, dass die psychische Gesundheit einen Problembereich der Paderborner Studierenden darstellt. Sie schätzen diese schlechter ein als ihre physische Gesundheit und liegen zudem mit der Beurteilung ihres Gesundheitszustandes unter den Vergleichswerten einer gleichaltrigen Normstichprobe. Hinsichtlich des Belastungsempfindens in Studiensituationen konnte gezeigt werden, dass Prüfungs- und Präsentationssituationen als besonders stressreich empfunden wurden. Bezogen auf die Stressverarbeitung im Studium am Beispiel der Strategien Situationskontrolle bzw. Resignation, gaben die Paderborner Studierenden an, häufiger zur Situationskontrolle zu neigen, wenn sie durch Anforderungen im Studium beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden seien.

Die vielschichtige, empirische Datenbasis wurde im Sinne der zweiten Phase des *Public Health Action Cycle* – der Strategieformulierung – genutzt, um zielgruppenspezifische, gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Förderung der Studierenden-gesundheit zu konzipieren. Mit der Konzeption eines Gesundheitspasses für Studierende endete das *GriPs-Projekt* im Dezember 2012.

GriPs-Projekt überzeugt im nationalen Wettbewerb des Arbeitskreises Gesunde Hochschule

Mit seiner stringenten Projektstruktur und dem umfassenden Theorie-Praxis-Transfer konnte sich das *GriPs-Projekt* im »Wettbewerb guter Praxis – Gesunde Hochschulen« im Jahr 2012 gegen die landesweite Konkurrenz durchsetzen und gewann den 1. Preis in der Kategorie Projekte.

mein beneFIT@upb.de nimmt verhaltens- und verhältnispräventive Aspekte der Gesundheitsförderung im Setting Hochschule in den Blick

Zur Komplettierung der dritten und vierten Phase des *Public Health Action Cycle* erfolgt ab April 2013 die Implementierung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen in den studentischen Alltag. Das übergeordnete Ziel des Folgeprojekts *mein beneFIT@upb.de* (Leitung: Prof. Dr. N. Schaper) ist die dauerhafte Einführung und Evaluation des Gesundheitspasses für Studierende. Der *beneFIT@upb.de* gleicht dabei einer Bonuskarte zur Gesundheitsförderung und ist für die Dauer eines Bachelorstudiums konzipiert. Studienbegleitend können Angebote verschiedener Kooperationspartner ausgewählt, genutzt und im Gesundheitspass dokumentiert werden. Bei regelmäßiger Teilnahme erhalten die Studierenden am Ende ihres Studiums ein Gesundheitszertifikat, welches eine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit bestätigt. Mit der Implementierung des Projekts *mein beneFIT@upb.de* soll neben der verhaltenspräventiven Gesundheitsförderung eine nachhaltige und überdauernde Struktur am Standort Paderborn geschaffen werden, welche inneruniversitäre Institutionen und Organisationen im Sinne der settingorientierten Gesundheitsförderung vernetzt. Bislang bekundeten neben der Techniker Krankenkasse, dem bundesweiten Arbeitskreis Gesunde Hochschule und dem Hochschulsport folgende Vertreterinnen und Vertreter ihr Interesse an einer Zusammenarbeit: Hochschulleitung, AStA, Bibliothek, Career-Service, Gleichstellungsbeauftragte, Hochschuldidaktik, IMT, Kompetenzzentrum Schreiben, Paderborner Lehrerausbildungszentrum, Studentenwerk, Zentrale Studienberatung und Zentrum für Sprachlehre.

Literatur bei den Verfasserinnen und Verfassern
 DIPL. SPORTWISS. CAROLIN KÖSTER, DIPL. SPORTWISS. SANDRA BISCHOF,
 Universität Paderborn, Sportpädagogik und -didaktik,
 Warburger Str. 100, 33098 Paderborn, Tel.: (0 52 51) 60 53 06,
 E-Mail: ckoester@mail.upb.de
 und bischof@zv.upb.de

CORNELIA HELFFERICH

Verhütung und Schwangerschaftsabbrüche bei Migrantinnen

Geburten und Schwangerschaften sind wesentliche Aspekte der »reproduktiven Gesundheit« von Frauen der Generation 20+. Wie der WHO-Gesundheitsbegriff allgemein, so hat auch der Begriff der reproduktiven Gesundheit eine körperliche, psychische und soziale Komponente und der Zugang zu Verhütung und zu medizinisch unschädlichen Schwangerschaftsabbrüchen ist Teil der reproduktiven Gesundheit. Wie geht es in dieser Hinsicht Migrantinnen?

Das Sozialwissenschaftliche Frauenforschungsinstitut befragte 2007 bis 2010 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 842 türkische und 832 aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion zugewanderte Migrantinnen (einschließlich Aussiedlerinnen) bzw. deren Nachkommen im Alter von 20 bis 44 Jahren in vier westdeutschen Städten (Studie »frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf«). Die Unterschiede zwischen den Migrationsgruppen, aber auch die Unterschiede innerhalb der beiden Gruppen nach 1. und 2. Zuwanderungsgeneration und nach Bildung



sind so groß, dass auf die Gruppen getrennt eingegangen wird. Die 1. Zuwanderungsgeneration ist definiert als Zuwanderung in einem Alter von mindestens 12 Jahren; die 2. Generation ist definiert als in Deutschland geboren bzw. vor dem 12. Lebensjahr zugewandert.

Die 1. Zuwanderungsgeneration türkischer Frauen

Bei der 1. Generation türkischer Migrantinnen ist neben der meist niedrigen Ausbildung zu beachten, dass die Zuwanderungsregelungen (auch heute noch) dazu führen, dass Heiratsmigration dominiert und die Zuwanderung *lediger*, erwachsener türkischer Frauen eingeschränkt ist. Ein großer Teil der Zugewanderten kam im Alter zwischen 18 und 22 Jahren, war zu dem Zeitpunkt bereits verheiratet, hatte aber noch keine Kinder.

Anders als in Deutschland üblich, verhüteten zwei Drittel der Frauen der 1. Generation erst *nach* dem ersten Kind. Dies wurde damit begründet, dass Verhütung vor der Heirat aufgrund sexueller Abstinenz nicht notwendig (oder nicht statthaft) war. Heirat und Kinder waren ein selbstverständlicher Bestandteil des Lebensentwurfs und geheiratet wurde jung – mit im Durchschnitt 20,6 Jahren – nach einer kurzen Phase des Kennenlernens des Partners. Auch nach der Heirat war Verhütung nicht unbedingt Thema, denn dann waren Kinder erwünscht oder zumindest nicht ausgeschlossen. Da die Ehen früh geschlossen wurden, kamen auch Kinder früh. Im Durchschnitt waren die Mütter der 1. Generation bei der ersten Geburt 22,8 Jahre alt. Grundsätzlich waren Kinder selbstverständlich willkommen, daher wurde auch nicht eine bewusste Entscheidung für Verhütung getroffen, denn dies wäre als eine definitive Entscheidung gegen ein Kind verstanden worden. Verhütung wurde dann wichtig, wenn »genug« Kinder geboren waren. 81 % der türkischen Frauen in der Altersgruppe ab 35 Jahren wollten keine Kinder mehr. In diesem Alter stieg der Anteil derjenigen, die die Spirale nutzten oder sich sterilisieren ließen.

Dennoch gab es Situationen, in denen die Bedingungen ein Kind nicht zuließen. Beispiele dafür sind Schwangerschaften bei nicht verheirateten Frau, zu dicht aufeinander folgende Schwangerschaften oder wenn die Kräfte nicht reichten. Das Ende der Familienplanung wurde in knapp einem Fünftel als Grund für einen Schwangerschaftsabbruch genannt. Der Anteil türkischer Migrantinnen der 1. Generation, die jemals in ihrem Leben eine Schwangerschaft abgebrochen hatten, liegt mit 19 % deutlich höher als der der deutschen Vergleichsgruppe (8 %).

Die 1. Zuwanderungsgeneration osteuropäischer Frauen

Die osteuropäischen Befragten kamen häufiger auch mit dem Ehemann und Kind(ern) nach Deutschland. Sofern sie ihre Familienphase in den Herkunftsländern begonnen hatten, verhüteten sie ebenfalls seltener vor dem ersten Kind, denn Verhütungsmittel waren schwer erhältlich und von schlechter Qualität. Es gab Anreize für eine frühe Heirat und Mutterschaft (Zugang zu einer Wohnung, Status als Mutter), sie war akzeptiert und verbreitet. Das Erstgeburtsalter im Herkunftsland betrug im Schnitt 21,5 Jahre. Die weitere Verhütung und Schwangerschaftsabbrüche fanden dann vor dem Hintergrund statt, ob mit einem weiteren (kleinen) Kind die Erwerbstätigkeit unter den prekären ökonomischen Bedingungen in den Herkunftsländern aufrechterhalten werden konnte. Ein längerer Geburtenabstand wurde in dieser Hinsicht als günstiger eingeschätzt. In Deutschland machten die Frauen dann die Erfahrung fehlender Kinderbetreuung und beruflicher und ausbildungsbezogener Nachteile als Mutter. So schoben Frauen, die mit Kind migrierten, eine weitere Geburt auf und Frauen, die ohne Kind migrierten, begannen später mit der Familiengründung und behielten die großen Abstände zu weiteren Geburten bei. Auch bei osteuropäischen Migrantinnen der 1. Generation ist die Lebenszeitprävalenz von Schwangerschaftsabbrüchen mit 35 % erhöht. Schwangerschaften wurden abgebrochen, um die Familiengründung aufzuschieben oder den Geburtenabstand zu vergrößern.

Die 2. Generation

Das Verhütungs- und Abbruchverhalten und die reproduktiven Lebensläufe als Kontext verändern sich dann in der 2. Generation: Das erste Kind kam bei den überwiegend in Deutschland aufgewachsenen Frauen später, entsprechend wurde häufiger vor dem ersten Kind verhütet. Allerdings heirateten türkische Frauen der zweiten Generation immer noch früher, aber sie kannten ihren Partner nun im Schnitt vor der Heirat etwas länger und nach der Heirat kam das erste Kind etwas später. In der 2. Generation beider Migrationsgruppen nahm der Kinderwunsch ebenso wie die Kinderzahl ab. Mit dem verbesserten Zugang zur Verhütung gingen die Prävalenzen von Schwangerschaftsabbrüchen deutlich zurück (in der türkischen Gruppe von 22 % auf 12 %, in der osteuropäischen Gruppe von 35 % auf 12 %).

Die Erklärung des Wandels als »Übernahme deutscher Muster der Familienplanung« mit einer späteren Familiengründung und weniger Kindern greift zu kurz. Das Muster der türkischen Migrantinnen zeigt vielmehr, dass die religiös begründete Zurückhaltung bezogen auf voreheliche Sexualität bleibt. Entscheidend ist vor allem, dass die 2. Generation der türkischen Frauen nun einen besseren Zugang zu Bildung hat als ihre Mütter, denn die beschriebenen Veränderungen sind immer dort zu beobachten, wo das Bildungsniveau von Frauen ansteigt. Auch die osteuropäischen Frauen behalten in der 2. Generation etwas »Mitgebrachtes« bei: ihre Berufsorientierung und ihre Ansprüche an Vereinbarkeit von Beruf und Mutterschaft. Neu ist die Auseinandersetzung mit den schlechteren Bedingungen für erwerbstätige Mütter verglichen mit dem, was ihre zugewanderten Mütter gewohnt waren.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. CORNELIA HELFFERICH, Ev. Hochschule Freiburg / SoFFI F.,
Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg, Tel.: (07 61) 47 812 690,
E-Mail: helfferrich@eh-freiburg.de, www.soffi-f.de



CAROLA BURY

Soziale Ungleichheit und reproduktive Gesundheit – Zur Situation von jungen Frauen

Sie haben die besseren und höheren Schulabschlüsse und auch bei den Abschlüssen von Berufsausbildungen gelten Mädchen und junge Frauen als Gewinnerinnen des Bildungssystems. Junge Frauen unterscheiden sich in der Orientierung auf Beruf und Arbeitswelt kaum noch von jungen Männern.

Junge Frauen haben heute zwar einen nicht unwesentlichen Anteil am deutschen Arbeitsmarkt, doch insgesamt hat sich die Situation für sie, wie für junge Männer, in den letzten 10 Jahren verändert. Atypische und prekäre Beschäftigung und geringere Arbeitnehmerschutzrechte sind die Folgen der Deregulierung und neoliberaler Reformen sowie der gesamtwirtschaftlichen und sozialrechtlichen Entwicklung, die unter dem Stichwort der »Agenda 2010« und der »Hartz-Reformen« die sozialrechtliche Situation der Nachkriegsgesellschaft grundlegend verändert haben.

Zu den atypischen Beschäftigungsverhältnissen werden diejenigen gerechnet, die eines oder mehrere Merkmale, wie Befristung, Teilzeitbeschäftigung mit 20 oder weniger Stunden, Zeitarbeitsverhältnisse oder geringfügiger Beschäftigung, aufweisen. So sind bei unter 30-jährigen Frauen die Zahlen der Vollzeitbeschäftigten gesunken. Insgesamt sind mehr jüngere Frauen teilzeit- und geringfügig beschäftigt als junge Männer. Junge Frauen arbeiten zunehmend in atypischen Beschäftigungen, vor allem in befristeten Arbeitsverträgen. Und diese veränderte Arbeitsmarktsituation wirkt sich bei jungen Frauen strukturell und biografisch anders aus.

Ebenso ist die Berufswahl in den letzten Jahrzehnten stark geschlechtsspezifisch geblieben. Junge Frauen entscheiden sich überwiegend für Beschäftigungen im Einzelhandel, in Erziehung und Unterricht, im Gesundheits- und Sozialwesen und in der Dienstleistungsbranche. Häufig werden in diesen Branchen schulische Ausbildungen angeboten. Oftmals fehlt es an der Kontinuität des Beschäftigungsverhältnisses im Übergang von Ausbildung zum Beruf. Dabei sind dies insbesondere Bereiche, in denen eher niedrige, teilweise sogar Niedrigstlöhne bezahlt werden. Bei Berufsanfängerinnen lagen 2008 nahezu 40 % der Frauen unter 1.500 Euro brutto, während die jungen Männer Anteile um die 30 % aufwiesen.

Und auch bei den arbeitslosen jungen Frauen im Hartz-IV-System liegen die Förderquoten seit Jahren unter den Vorgaben. So kommt eine Untersuchung des Deutschen Gewerkschaftsbundes zu dem Ergebnis, dass ein Viertel der jungen Frauen zwischen 18 und 25 Jahren armutsgefährdet ist.

Junge Frauen: Viele Hürden vor dem ersten sicheren Job

Besondere Bedeutung kommt der befristeten Beschäftigung zu. Befristete Beschäftigungsverhältnisse (ohne Auszubildende) sind 2009 bei den Frauen unter 25 Jahren auf 28 % angewachsen. Bezieht man die 25- bis 35-Jährigen mit ein, ergeben sich Quoten bei den befristet Beschäftigten von über 40 %. Mittlerweile ist es zur Regel geworden, nur noch zeitlich befristete Arbeitsverträge zu schließen. 2007 wurden 40 % der Auszubildenden nicht übernommen. Auf die Nicht-Übernahme der Frauen folgt sehr häufig deren Arbeitslosigkeit oder prekäre Beschäftigung.

Die atypischen, vor allem die befristeten Beschäftigungen, haben Auswirkungen auf Berufs- und Lebensplanung. Dabei hat die Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt und die Unterordnung unter Regeln der Karriereplanung Priorität. Deutlich wird dies an der »Planung der reproduktiven Biografie« und der Vorstellung, dass »Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt« als Norm anzusehen sei. Fragen nach anderen Prioritäten oder einer eingeschränkten Verfügbarkeit, nach Lebensphasen und damit verbundenen Mustern im erwerbsorientierten Lebenslauf, erscheinen eher störend.

Dieses Primat des Arbeitsmarkt-Denkens, das durch die arbeitsmarktorientierenden Leitgedanken der Agenda 2010 und ihre gesetzlichen Umsetzungen etabliert wurde, enthält implizit die Erwartung an junge Frauen, sich entsprechend zu verhalten. Dazu gehören letzten Endes nicht nur die Umsetzung des Empfängnisschutzes, sondern auch symbolische Anteile der Verhütung, nämlich wie Frauen mit ihrem Körper umgehen. Dass sexuelle Begegnungen zu regulieren sind und in Planungszeiträumen eingeordnet werden, sind Folge des Denkens.

Verhütung: Teil der Lebensplanung

Verhütung gilt heute als Teil und Aufgabe der »persönlichen Lebensplanung« und ist mit dieser Begründung auch im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen worden. Verhütung erscheint als individuelle Verantwortung, mit der Frauen bewusst umzugehen haben. Es ist das »individuelle Risiko« von Frauen, wenn sie auf Grund von Mutterschaft im Bildungssystem, in der Ausbildung und in der Berufswelt eingeschränkt werden und an Grenzen stoßen.

Verhütung ist für junge Frauen und Männer heute keine Frage der Moral mehr, sondern ist Teil der Lebensplanung. Als »eigenverantwortliche Entscheidung, abhängig von der jeweiligen Lebenssituation«, so behandelt unsere Gesellschaft diese Frage auch. Doch aus der Möglichkeit der bewussten Geburtenkontrolle mit der Pille ist die Erwartung der bewussten Geburtenkontrolle geworden, wie Elisabeth Beck-Gernsheim auf dem ersten deutschen Verhütungskongress treffend feststellte.

Die gesellschaftliche Verantwortung wird auf die Individuen verlagert, vor allem auf Frauen. Fragen nach angemessenen Lebens-, Bildungs- und Erwerbsbedingungen geraten angesichts der Vorstellung »jede/jeder ist seines Glückes Schmied« in den Hintergrund. Dabei stehen vielen Frauen oft nicht einmal die Zugänge zur möglichen Planung zur Verfügung. Denn insbesondere arme Frauen können sich heute Verhütungsmitt-



Online-Beratung

Wann immer Du konkrete Hilfe-Fragen stellen, die Dich rund um das Thema Liebe, Sexualität, Beziehung und Verhütung interessieren.

Hilfe bei „Verhütungsparadoxie“

Im Falle einer „Verhütungsparadoxie“ kann die Pille danach eine Schwangerschaft verhindern, die vorher schon eingetreten ist, doch häufig ist die Wirksamkeit nicht gegeben.

Nähere Informationen bekommst Du hier oder beim „Pille danach Infoforum“ von profamilia unter der Telefonnummer 01809-178826 (14-02/7M €)

tel nicht mehr leisten. Die aufgeklärte und langfristig ihre Bildungswege und Berufskarriere planende Frau, die über Zugang zu Verhütungsmitteln verfügt, das entspricht nicht der realen Situation. Manchen von ihnen fehlt schlicht das Geld dafür – spätestens seit den Arbeitsmarktreformen.

Praxisbeispiel Pille: unübersichtliche Doppelmoral

Am Beispiel der Regelungen bei Verhütungsmitteln zeigt sich eine gesellschaftliche Doppelmoral. Für Frauen unter 21 Jahren gelten die beiden wesentlichen Finanzierungsnormen der Krankenversicherung: Für Frauen unter 18 Jahren ist die Pille bei Verordnung kostenlos und ohne Rezeptgebühr. Frauen zwischen 18 und 20 Jahren erhalten die Pille auf Kassenrezept gegen die obligatorische Rezeptgebühr. Ab 20 Jahren gilt die Verhütung als Privatsache und ist keine Kassenleistung mehr. Auf Privatrezept sind dann die vollen Medikamentenkosten zu zahlen. Dass es sich dabei um eine eindeutige Frauendiskriminierung handelt, bei der es sich durchaus um eine gesellschaftspolitisch begründete moralisierte Entscheidung handelt, zeigt die willkürliche – lediglich an dem Alter der Frauen ausgerichtete – Differenzierung und Festsetzung der verschiedenen Regelungen.

Damit ist klar, dass in dieser Lebensphase für viele schwangere Frauen keine angemessene soziale und finanzielle Sicherheit mehr gegeben ist. Weder die veränderten Familien- und Partnerstrukturen noch die Erwerbsstrukturen sind so verzahnt, dass sie Schutz bieten. Schwangerschaft birgt daher das Risiko des sozialen Abstiegs und der sozialen Ausgrenzung. Weite Teile des Mutterschutzes, der Kündigungsschutzrechte greifen nicht (mehr), angesichts massenhafter befristeter oder geringfügiger Beschäftigung.

Literatur bei der Verfasserin

CAROLA BURY, Arbeitnehmerkammer Bremen, Referentin für Gesundheitspolitik, bury@arbeitnehmerkammer.de

HILDEGARD MÜLLER

www.sexundso.de – Die Online-Beratung des pro familia Landesverbandes Niedersachsen e. V.

Seit 2001 haben Jugendliche und junge Erwachsene die Möglichkeit, sich rund um die Themen Sexualität, Schwangerschaft, Beziehung und allgemeine Lebensberatung von dem professionellen Online-Beratungsteam »Sexundso« beraten zu lassen, und sie nutzen es offensichtlich gerne. Bis jetzt hat das Online-Team des pro familia Landesverbandes rund 36.000 Online-Beratungen durchgeführt, das sind im Schnitt 3.000 Beratungen im Jahr. Das Angebot »Sexundso« basiert auf den Qualitätsstandards der pro familia-Onlineberatung.

Das gesamte »Sexundso«-Team nimmt regelmäßig an einer speziellen Online-Supervision teil. Ein interner Austausch im Team erfolgt permanent über Telefon und Kurznachrichten, zweimal im Jahr findet ein persönliches Teamtreffen statt.

Die Zielgruppe von »Sexundso« bilden insbesondere Jugendliche, ca. 50 %, und junge Erwachsene, ca. 30 % (20–29 jährige). 2012 wurden 79 % der Beratungen von Mädchen und Frauen angefragt und 21 % von Jungen und Männern. An erster Stelle wurden 2012 Beratungen zum Themenbereich Sexualität (26,9 %) durchgeführt, dicht gefolgt von den Beratungen zur Schwangerschaft (26,1 %). Mit 19 % stehen die allgemeinen Lebens- und Beziehungsberatungen an dritter Stelle, gefolgt von 11,4 % Verhütungsberatungen. Erfreulich ist, dass der Anteil der Fake-Mails mit 1,2 % sehr gering war.

Die Mehrzahl der Beratungen für Frauen betrafen mit 23,6 % (Männer: 10,4 %) Themen rund um die Schwangerschaft, während die Beratung der Männer sich mit 44,9 % am häufigsten auf den Themenbereich Sexualität bezog (Frauen: 18,1%). Allgemeine Lebensberatung und Beziehungsberatung wurde von 20,6 % der Männer und 17,5 % der Frauen in Anspruch genommen. Bei den 20- bis 29-Jährigen stand das Thema Schwangerschaft mit 49,5 % an erster Stelle. Hierbei ging es insbesondere um folgende Themen: Allgemeine Themen zur Schwangerschaft, Schwangerschaftskonflikt, Schwangerschaftsabbruch, medizinische Fragen, soziale Hilfen, Rechtliches und Kinderwunsch. Sexuelle Aufklärung, Sexualpraktiken, sexuelle Störungen, sexuelle Abweichungen, Sexualmoral und sexuelle Gewalt bildeten den Schwerpunkt der Sexualberatungen (13,5 %).

Bei den Lebens- und Beziehungsberatungen ging es hauptsächlich um Partnerschaftsprobleme, Trennung, Scheidung, psychische Probleme, Konflikte mit Kindern, Eltern und allgemeine Lebensberatung (12,5 %).

Die Ratsuchenden haben über zwei Gateways Zugang zur Online-Beratung, über unsere Internetseite www.sexundso.de und über die Homepage www.profamilia.de. Über beide Wege können sie selbst entscheiden, ob sie ihre Anfrage und Antwort per E-Mail oder auf gesicherterem Weg webbasiert stellen bzw. erhalten wollen. Die Online-Beratung ist durch ihre Anonymität ein niedrigschwelliges Angebot, um sich auch zu hoch scham- und angstbesetzten Anliegen, wie Sexualität, Gewalterfahrungen oder psychischen Problemen, zu äußern und sich Hilfe zu holen. Sie kann auch in akuten Krisensituationen sofort in Anspruch genommen werden und ist damit häufig erste Anlaufstelle. Wir haben uns bewusst für die zeitversetzte Online-Beratung entschieden. Die Ratsuchenden

können ihre Fragen jederzeit stellen und müssen nicht auf einen Chattermin warten. Sie erhalten baldmöglichst eine Antwort, und bereits das Aufschreiben ihres Problems kann erste therapeutische Wirkungen haben.

Möglichkeiten im Vergleich zur face-to-face-Beratung

Online-Beratung ermöglicht den Ratsuchenden ein hohes Maß an Kontrolle über das, was sie von sich offenbaren, wann und wie oft sie schreiben und wie lange sie in Kontakt bleiben. Sie bietet ein erstes Kennenlernen der Beratungstätigkeit und die Erfahrung einer lösungs- und ressourcenorientierten Sichtweise, so dass die Ratsuchenden sich in Zukunft vielleicht eher trauen, auch eine face-to-face-Beratung in Anspruch zu nehmen.

Grenzen im Vergleich zur face-to-face-Beratung

Die technischen Voraussetzungen und der sichere Umgang mit Online-Beratung müssen sowohl bei den Ratsuchenden als auch bei den Beratenden vorhanden sein. Der rein textbasierten E-Mail-Beratung fehlen viele Kommunikationskanäle wie Stimme, Tonlage, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Aussehen, Geruch, Bewegung, Blickkontakt, Berührung. Missverständnisse, Projektionen und Gegenübertragungsmechanismen sind so für die Beratenden schwerer erkenn- und relativierbar. Bestimmte therapeutische Interventionen wie etwa paradoxe Intervention oder Konfrontation können grundsätzlich nicht oder nur begrenzt angewendet werden, da die Beratenden keine Kontrolle über deren Wirkung haben. Sie erhalten selten (direkte) Rückmeldung.

Manchmal entstehen bei den Beratenden auch Zweifel über die Richtigkeit der Angaben der Klientin bzw. des Klienten bezüglich Alter, Geschlecht oder Problemschilderung. Dennoch gilt es, die Ratsuchenden ernst zu nehmen und empathisch zu antworten, entsprechend dem Grundsatz: »Jede bzw. jeder Ratsuchende hat einen wichtigen Grund, so zu schreiben, wie sie bzw. er schreibt«.

Online-Beratung – eine Ergänzung zur face-to-face-Beratung

In den Anfängen der Online-Beratung bestand bei einem Großteil der professionellen Beratenden viel Skepsis über deren Effektivität. Im Wesentlichen beruhte dies auf der Annahme, dass sich auf diesem Wege keine tragfähige Beziehung zwischen Beratendem und Klientin bzw. Klienten bilden könnten. Langjährige Erfahrungen hingegen zeigen, dass gerade die Distanz und Anonymität, die durch die Online-Beratung entstehen, häufig erst die Möglichkeit für viele Ratsuchende schaffen, sich intensiv und offen den eigenen Problemen zu stellen und professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Erfahrungen in 12 Jahren Sexundso-Online-Beratung zeigen, dass sich viele Lösungswege bereits online entwickeln lassen. Online-Beratung bildet dabei keine Konkurrenz zur face-to-face-Beratung, sondern eine Ergänzung. Gerade in Krisensituationen können die Online-Beratenden darauf hinwirken, dass sich die Klientinnen und Klienten auch Unterstützung und professionelle Hilfe vor Ort holen. Durch Aufklärung, Information und Beratung unterstützt die Online-Beratung die Ratsuchenden, ihre Handlungskompetenzen zu erweitern.

HILDEGARD MÜLLER, Fachbereichsleitung und Leiterin der Online-Beratung
»Sexundso«, pro familia Landesverband Nds., Lange Laube 14, 30159 Hannover,
E-Mail: hildegard.mueller@profamilia.de



THOMAS LANGHOFF

Atypische Beschäftigung junger Erwachsener mit besorgniserregenden Auswirkungen für die Zukunft

Der ehemals klassische berufliche Werdegang, der die Erwerbsperson von der Ausbildung oder dem Studium in den Betrieb führt, wo sie im Anschluss einer unbefristeten Vollzeitstelle nachgeht, die idealerweise bis zur Erreichung des Rentenalters beibehalten wird, ist heute in dieser reinen Form kaum noch vorzufinden. An diese Stelle sind atypische Beschäftigungsverhältnisse getreten, von denen die junge Generation besonders stark betroffen ist. Atypische Beschäftigung umfasst dabei in Abgrenzung zum Normalarbeitsverhältnis Befristung, Teilzeitbeschäftigung mit 20 oder weniger Stunden, geringfügige Beschäftigung und Leiharbeitsverhältnisse. Von den jungen Erwachsenen unter 25 Jahren haben knapp 40% eine »atypische« Beschäftigung. Junge Erwachsene haben es schwer, in der Arbeitswelt Fuß zu fassen, und die Wirtschaftskrise hat die Schwierigkeiten noch vergrößert. Die Startprobleme wirken noch lange nach, zeigt eine Bestandsaufnahme der Hans Böckler Stiftung (2012), für die zahlreiche Statistiken und qualitative Studien ausgewertet wurden. Die Ergebnisse belegen die Zunahme erlebter Unsicherheit und Ungleichheit, die besorgniserregende Auswirkungen für die Zukunft der Betroffenen haben kann.

Befristete Beschäftigung wird zum Normalarbeitsverhältnis für junge Erwachsene

Der Anteil der unter 25-Jährigen in atypischer Beschäftigung hat sich binnen zehn Jahren (2000–2010) verdoppelt. Zu beobachten ist eine massive Zunahme der befristeten Stellen infolge der Wirtschaftskrise. Vor allem in großen Unternehmen ist es zum Standard geworden, neue Verträge zeitlich zu begrenzen. Vielfach ist eine Befristung ein »Einstieg in eine ungestete Beschäftigungskarriere«, in so genannte Helfertätigkeiten als Leiharbeitskraft oder neuerdings zunehmend als Werkvertragsarbeit. Lediglich 23 % der qualifizierten Jugendlichen landeten 2008 nach einer befristeten in einer stabilen Beschäftigung.

Ein Beispiel für die Schwierigkeit, auch mit abgeschlossener Berufsausbildung den Einstieg in die Erwerbsarbeit zu finden, zeigte ein vom WDR 2008 ausgestrahlter Fernsehbericht: Darin wurde ein großer Automobilkonzern vorgestellt, der zwar Ausbildungsplätze vergibt, die Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen jedoch nicht – wie früher üblich – in ein Ar-



beitsverhältnis übernimmt, auch nicht auf ein Jahr befristet. Angeboten wurde den Auszubildenden jedoch die Übernahme in ein Zeitarbeitsunternehmen, das mit dem betreffenden Automobilunternehmen kooperiert. Von der Ausbildung in die Leiharbeit – inzwischen die Realität vieler Azubis, denn ca. 40 % der Auszubildenden werden nicht von den Ausbildungsbetrieben übernommen. Was bei Nicht-Übernahme folgt, ist – wie die Statistik zeigt – häufig die Arbeitslosigkeit oder der »Ausweg« in atypische Beschäftigungen.

Leiharbeit als Lebensarbeitsperspektive?

Hier spitzen sich die Probleme der jungen Erwachsenen zu: Mehr als die Hälfte der Leiharbeitenden ist jünger als 36 Jahre. Fast 40 % der unter 30-Jährigen mit einer Vollzeit-Tätigkeit haben keinen festen Arbeitsplatz, sondern bekommen ihren Lohn von einem Zeitarbeitsunternehmen. Damit sind erhebliche Probleme verbunden. Leiharbeitskräfte fühlen sich aufgrund ihres Beschäftigungsverhältnisses strukturell in den Entleihunternehmen ausgegrenzt. Leiharbeitende sind unzufriedener mit ihren Arbeitsumständen und stehen unter besonderem Druck, belegen Studien. Psychische Erkrankungen machen die meisten Arbeitsunfähigkeitstage bei Krankschreibungen von Leiharbeitskräften aus – obwohl man davon ausgehen muss, dass sie in der Hoffnung auf eine mögliche Übernahme oft trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gehen (Präsentismus). Arbeits- und Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler warnen vor den Folgen: Diese Probleme belasten junge Menschen, die noch weitere 30 bis 35 Jahre dem Arbeitsmarkt bzw. für die Erwerbsarbeit zur Verfügung stehen müssen.

Armutsgefährdung hängt mit atypischer Erwerbstätigkeit zusammen

Bis zur Einführung des Mindestlohns lag der durchschnittliche Bruttostundenverdienst von Leiharbeitskräften nur knapp über dem Lohnniveau der Geringfügigkeit, das wiederum ca. 50 % des Entgeltes von Normalarbeitnehmerinnen und -arbeitnehmern beträgt. Dadurch gelten über 80 % der geringfügig Beschäftigten als Niedriglohnbeziehende; in der

Leiharbeit sind es noch zwei Drittel und insgesamt rund die Hälfte aller atypisch Beschäftigten. Mit zunehmender Berufserfahrung und zunehmendem Alter steigt gemeinhin auch das Einkommen. Dies gilt ebenfalls für den Bereich atypischer Beschäftigung. Somit liegt auch hier das Risiko, nur einen Niedriglohn zu erhalten, vor allem bei den Jüngeren. Seit Einführung des Mindestlohns ist eine Zunahme der Beschäftigungsverhältnisse mit Werkvertrag festzustellen. Damit können erneut der Mindestlohn und ebenso betriebliche Arbeitsschutzbedingungen unterlaufen werden. Auch eine statistische Ermittlung dieses Beschäftigungsverhältnisses ist gegenwärtig so gut wie nicht möglich.

Während 6 % aller Erwerbstätigen von Armut bedroht sind, sind dies 14 % bei atypischer Beschäftigung. Über die gravierenden finanziellen Folgen hinaus tragen atypische Beschäftigungsverhältnisse auch dazu bei, dass die soziale Teilhabe der Menschen erschwert wird. Befristungen oder Leiharbeitsstellen bringen häufige Arbeitsplatzwechsel mit sich. Die geforderte Mobilität erschwert die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte. Und die Unsicherheit über die berufliche Zukunft lässt auch die private Zukunftsplanung stagnieren. Studien belegen, dass die Dauer von atypischer Beschäftigung zu Beginn des Erwerbslebens und die Aussichten, den Übergang in reguläre Arbeitsverhältnisse zu bewerkstelligen, die Entscheidung beeinflussen, ob und zu welchem Zeitpunkt eine Familie gegründet wird. In Zeiten einer schrumpfenden, alternden Gesellschaft eine fatale Situation.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HABIL. THOMAS LANGHOFF, Kleppingstraße 20, 44135 Dortmund,

Tel.: (02 31) 55 69 76 18, Fax: (02 31) 55 69 76 30,

E-Mail: langhoff@prospektiv-do.de

FLORIAN STRAUS

Gesundheitliche Risiken im Übergang zum Berufsalltag

Die nach wie vor hohe Bedeutung der beruflichen Einstiegsphase und die damit verbundenen Risiken, nicht den eigenen oder / und den Erwartungen der anderen (Eltern, Freunde, Gesellschaft) gerecht zu werden, bilden für nahezu alle jungen Erwachsenen einen Stressfaktor. So kann man zumindest die geringere subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit interpretieren, die bei jungen Erwachsenen in der Ausbildungsphase im Unterschied zu berufstätigen Erwachsenen zwischen 30 und 45 Jahren zu beobachten ist. Neben der niedrigeren subjektiven Zufriedenheit zeigt sich bei jungen Erwachsenen in diesem Übergang auch ein leichter Anstieg von psychischer und psychosomatischer Symptomatik um etwa 10 %.

Wenn der Übergang zu scheitern droht

Trotz der guten aktuellen konjunkturellen Situation gibt es noch immer eine erhebliche Zahl junger Menschen, denen der Übergang ins Erwerbsleben nicht gelingt. Sie scheitern an der Anforderung, eine Ausbildung oder / und kontinuierliche Beschäftigungsverhältnisse zu finden. Ihr Anteil spiegelt sich heute weniger in den aktuellen Zahlen der Arbeitslosenstatistik wider als vielmehr in der Quote aller, die bis zum Alter von 29 Jahren ohne abgeschlossene Berufsausbildung bleiben.



Diese liegt konstant um die 12 %. Die Fachdiskussion ist sich einig, dass Personen mit sehr niedrigen Schulabschlüssen und ohne abgeschlossene Berufsausbildung in Zukunft zur Hochrisikogruppe des Arbeitsmarkts zählen. Sie erwarten diskontinuierliche Erwerbskarrieren, prekäre Beschäftigungsverhältnisse und immer wiederkehrende Phasen von Arbeitslosigkeit. Es gibt mittlerweile einige (wenige) Untersuchungen, die die Folgen eines nicht gelungenen Übergangs auf den Erwerbs- und Ausbildungsmarkt untersucht haben. In diesen zeigen die betroffenen jungen Erwachsenen überdurchschnittliche Werte bei den subjektiv wahrgenommenen gesundheitlichen Beschwerden und Belastungen im somatischen, psychosomatischen und psychischen Bereich. Auch die Werte beim Risikoverhalten liegen, vor allem was das Rauchen, den intensiven Alkoholenuss, aber auch den Konsum von illegalen Drogen anbetrifft, deutlich höher als in der vergleichbaren repräsentativen Kontrollpopulation. Offensichtlich korreliert das Erfahren von Scheitern im Übergang, das meist als individuelles Versagen erlebt wird, mit einem riskanteren Lebensstil.

Besorgniserregend ist vor allem das Ausmaß psychischer Beeinträchtigungen

Die massivsten Folgen treten im Bereich des psychischen Wohlbefindens auf. Für nicht wenige der Jugendlichen äußert sich dies in einer Mischung von Zukunftspessimismus, dem Gefühl von Hoffnungs- und Hilflosigkeit und negativer Selbsteinschätzung. Eine Studie bei Jugendlichen, die mindestens drei Monate arbeitslos waren, zeigt auch eine durch Arbeitslosigkeit beeinträchtigte finanzielle Lage. Geht man davon aus, dass für die Erhaltung von psychischer Gesundheit Kontrolle und Selbstwirksamkeit bzw. das Gefühl, eine Situation bewältigen oder beherrschen zu können, wichtig ist, spielt Geld naturgemäß eine große Rolle. Vor allem für männliche

junge Erwachsene spielt daneben die wegfallende Funktion von Erwerbsarbeit als Ort sozialer Kontakte, als Möglichkeit der Anerkennung und des Erlangens von Selbstständigkeit eine große Rolle bei der Beeinträchtigung der psychischen Situation. Problematisch wird die Situation, wenn sich diese Erfahrungen chronifizieren. In einer neueren Studie bei jungen Erwachsenen, die aufgrund psychischer Auffälligkeiten vom Jobcenter an eine ambulante psychiatrische Einrichtung verwiesen wurden, fanden sich hohe Werte von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere von Borderline-Symptomen. Besonders besorgniserregend ist, dass nur ein kleiner Teil der befragten Jugendlichen sich in einschlägigen Behandlungen befand.

Es droht ein Teufelskreis

In den theoretischen Überlegungen zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit werden die beschriebenen Effekte als Kausalitäts- und Selektionshypothese diskutiert. Die Kausalitätshypothese unterstellt, dass Arbeitslosigkeit mit zunehmender Dauer gravierende Folgen für die Gesundheit der Betroffenen hat. Die Selektionshypothese geht davon aus, dass gesundheitlich belastete Personen eher arbeitslos werden bzw. weniger gut wieder in eine Beschäftigung integriert werden. Heute weiß man aufgrund von Längsschnittanalysen, dass beide Hypothesen miteinander verschränkt sind und einen »Teufelskreis« bilden.

Nicht alle sind gleich betroffen

In vielen Studien findet sich zu Recht der Hinweis, dass in diesem Teufelskreis personale und soziale Faktoren wichtige Mediatorvariablen bilden. Die aus der Resilienzforschung und der Salutogenese bekannten Widerstandsressourcen und Schutzfaktoren beeinflussen ganz erheblich die Intensität, mit der von Arbeitslosigkeit betroffene Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden reagieren, und auch, wie handlungsfähig sie sich in dieser Situation fühlen. Daran anknüpfend beschäftigt sich das Institut für Praxisforschung und Projektberatung in zwei laufenden Studien mit einer »Meta-Kompetenz«, die Menschen hilft, gerade in schwierigen Lebenssituationen die eigenen Ressourcen besser zu nutzen. Diese Meta-Kompetenz wird Handlungsbefähigung genannt und umfasst nach jetzigem Forschungsstand sechs Teilfähigkeiten:

- » Sinnhaftigkeit, die Einschätzung, dass die Anforderungen, vor denen man gerade steht, Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.
- » Verstehbarkeit, d. h. dass die Dinge, die einem zustoßen, strukturiert, erklärbar und verstehbar sind.
- » Selbstwirksamkeit, d. h. dass man sich in der Lage fühlt, Probleme aus eigener Kraft zu meistern, eigene Absichten und Ziele zu verwirklichen.
- » Perspektivität, die Fähigkeit, konkrete Situationen aus verschiedenen Perspektiven und mit Interesse bzw. Neugier zu betrachten.
- » Positiver Selbstwert, also sich selbst anzunehmen und ein positives Grundgefühl in wechselnden Situationen zu behalten.
- » Vertrauen und soziale Integration, d. h. sich als Teil eines tragfähigen sozialen Netzwerks zu sehen, sich dort Unterstützung zu holen und auf Menschen zählen zu können, die einen nicht enttäuschen.

In den zwei Studien wird untersucht, welche Verwirklichungschancen verschiedene Jugendhilfemaßnahmen bieten, um diese Fähigkeiten zu fördern. Dahinter steckt die Hoffnung, dass es über bestimmte professionelle Zusammenhänge gelingen kann, die Handlungsbefähigung von jungen Menschen zu stärken und diese so weniger anfällig für die negativen Folgen von diskontinuierlichen Erwerbsverläufen zu machen. Gleichzeitig ist es aber auch notwendig, die Ausbildungs- und Integrationsbedingungen für diese Gruppe benachteiligter junger Menschen so zu verändern, dass sie eine reelle Chance auf dem Arbeitsmarkt haben. Ein entsprechend profiliertes Übergangsmangement ist nach wie vor nicht in Sicht.

Literatur beim Verfasser

DR. FLORIAN STRAUS, Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP),
E-Mail: straus@ipp-muenchen.de

BRITTA RICHTER, STEPHANIE SCHLUCK

Zwischenruf – Der Blick von außen nach innen und zurück

Ankommen im Erwachsenenalter, Orientierung für den weiteren Lebensweg ausloten, Ausbildung, Studium, Fuß fassen im Job, Aufbau und Gestaltung von Beziehungen, Familienplanung, und all das mit vollem Schwung und den damit verbundenen Herausforderungen meistern – so vieles zu tun, aber so wenig Zeit zwischen 20 und 30!? Erkennbar wird die Vielfalt der Themen. Sollte die Auseinandersetzung mit dieser Generation und deren gesundheitlicher Lage dann nicht genauso vielfältig und kontrovers sein wie die Aufgaben und Handlungsfelder, die sich für diese Generation ergeben?

Der Blick von außen ...

In der Fachwelt wird über Gesundheit bei Kindern, Jugendlichen, bei Männern, Frauen, Alten, den Best Ager, Migrantinnen und Migranten gesprochen und geforscht. Doch wo bleiben die 20- bis 30-Jährigen? Am Rande von Untersuchungen, bspw. zum Substanzmittelkonsum bei Jugendlichen oder in der GEDA-Studie, werden sie kurz benannt. Häufig sind sie jedoch in solchen Untersuchungen eine Altersgruppe von vielen, wenn es denn überhaupt immer eine klare Alters-einteilung gibt.

Warum ist das so? Ist die Generation 20+ überhaupt klar definiert? Bedarf es einer Abgrenzung zu anderen Altersgruppen? Oder ist die Generation 20+ zwischen vielen anderen Altersgruppen einzuordnen, wie es in Studien häufig der Fall ist? Muss es vielleicht erst einen fachlichen Diskurs um die Abgrenzung der Begrifflichkeit geben?

Die Beiträge dieser Ausgabe unterstreichen die Herausforderung einer klaren Abgrenzung der Generation 20+ als einzeln für sich betrachtete Zielgruppe. Es scheint, als sei diese Generation in der Forschung vernachlässigt. Denn die Themen, die bislang mit dieser Generation in Verbindung gebracht werden, sind sehr unspezifisch und oftmals auch für viele andere Generationen relevant. Aber was sind die Gründe für eine Vernachlässigung dieser Generation in der Forschung? Sind die Frauen und Männer der Generation 20+ nur die zukünftigen



gen Alten und liefern die Kinder von morgen? Oder sind sie zu kompliziert? Ist es leichter zu warten, bis die Generation 20+ in dem Alter ist, wo sie wieder in eine bekannte Zielgruppe passt?

... nach innen ...

Vielleicht muss sich diese Generation selbst um ihre eigene Gesundheit und somit auch um die Forschung bemühen, damit es Daten gibt und Texte geschrieben werden, die die Kreativität, das Tempo, die Vielfältigkeit dieser Generation wiedergeben.

Eine Generation, die oft als unentschlossen, schnelllebig, erfolgsorientiert beschrieben wird, in der jedoch andererseits auch wieder zu alten Werten wie Familie, Treue, Bodenständigkeit zurückgefunden wird, muss doch jedes Forscherherz vor Freude höher schlagen lassen. Herausforderungen und unerklärte Phänomene ohne Ende!

... und zurück

Deutlich wird: Es gibt wenig aussagekräftige Daten und Fakten zur Gesundheit der Generation 20+, aus denen sich ein Bild mit all den spannenden Facetten dieser Generation zeichnen lässt. Diese Schlussbetrachtung soll keine Kritik an den vorliegenden Beiträgen sein, sondern vielmehr wachrütteln und anregen zu mehr starken Worten, klaren Aussagen, zugespitzten und exakten Texten und Forderungen, die Forschungsbedarfe und Ansätze für Gesundheitsförderung und Prävention aufzuzeigen ... und vor allem Lust machen, aktiv zu werden.

Literatur bei den Verfasserinnen
Anschrift siehe Impressum

MICHAEL BUCKUP

Das Europäische Jahr der Bürgerinnen und Bürger 2013: Bürgerrechte kennen – mehr Demokratie verwirklichen

Seit 20 Jahren besitzen auch wir Deutsche eine doppelte Staatsbürgerschaft. Bewusst ist das den meisten vermutlich nicht, denn mit dem Vertrag von Maastricht sind wir seit 1993 zugleich Bürgerinnen und Bürger der Europäischen Union – wenn auch ohne eigenen Pass oder Personalausweis. Vielleicht ist das ein Grund, warum so wenige EU-Bürgerinnen und -Bürger ihre Rechte kennen, die sie seitdem überall in der auf 27 Mitglieder angewachsenen Staatenfamilie genießen können. Allerdings ist für uns inzwischen vieles so selbstverständlich, dass es kaum noch mit der Europäischen Union in Verbindung gebracht wird. Wesentlich leichter wahrgenommen und besser für Schlagzeilen geeignet ist dagegen, was nicht so gut funktioniert in der Union. Dabei kann sich die Bilanz nach zwei Jahrzehnten wirklich sehen lassen.

Wer käme heute noch auf die Idee, bei einer Fahrt von Oldenburg nach Groningen an der Grenze seinen Ausweis vorzeigen zu müssen? Das Bürgerrecht auf Freizügigkeit bedeutet aber nicht nur, ungehindert in der Europäischen Union zu reisen, sondern ebenso, seinen Wohnort frei zu wählen, überall zu studieren oder zu arbeiten. Das beinhaltet zugleich, nur dort Sozialversicherungsbeiträge zu zahlen oder Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das zusammenwachsende und grenzenlose Europa fördert und begünstigt die Mobilität seiner Bürgerinnen und Bürger. Mit gleichen Rahmenbedingungen für Arbeit, Studienaufenthalte oder einen neuen Wohnsitz wurden die wichtigsten Voraussetzungen dafür geschaffen, dass nach den trennenden Grenzen auch unterschiedliche Arbeitsmärkte, Bildungssysteme oder Fragen wie Gesundheitsversorgung, Rente und Arbeitnehmerrechte immer weniger eine Rolle spielen.

Immer mehr angeglichen werden ebenso rechtliche Rahmenbedingungen, die das alltägliche Leben betreffen, aber auch besondere Problemsituationen. So kann sich jeder mit einer Petition an das Europäische Parlament wenden oder sich beim Europäischen Bürgerbeauftragten über Missstände bei EU-Institutionen beschweren. Grenzenlos sind ebenso Rechte als Verbraucherinnen und Verbraucher oder als Reisende. Das EU-Recht schützt vor Fallen im Kleingedruckten bei Online-Einkäufen oder Geschäften an der Haustür. Bei extremen Verspätungen oder Ausfällen von Flügen oder Zugverbindungen hat die Europäische Union Regelungen für Rückerstattungen und Entschädigungen getroffen.

Mitreden über Europa – Aktivitäten im Europäischen Jahr

Seine Rechte kennen und wahrnehmen, das soll gerade im Europäischen Jahr der Bürgerinnen und Bürger mehr sein als Verbraucherschutz und Freizügigkeit. Kommission und Parlament laden zu aktiver Beteiligung ein. Ganz selbstverständlich kann sich eine EU-Staatsbürgerin oder ein EU-Staatsbürger schon an seinem Wohnort in die Politik und das demokratische Leben einmischen. Das aktive und passive Wahlrecht gilt sowohl für die Wahlen zum Europäischen Parlament als auch für Kommunalwahlen. Darüber hinaus wurden schon im letzten Herbst in den Mitgliedsländern Bürgerforen organisiert, bei denen Vertreterinnen und Vertreter der Kommission und

des Parlaments mit Bürgerinnen und Bürgern debattierten, wie die Zukunft Europas aussehen soll. Mitreden über Europa, dazu soll es in diesem Jahr bei vielen Veranstaltungen immer wieder Gelegenheit auf unterschiedlichen Ebenen geben, natürlich auch über die neuen Kommunikationsmöglichkeiten im Internet und den sozialen Medien wie Facebook. Das gilt auch für das Europäische Informations-Zentrum Niedersachsen (EIZ) und die weiteren fünf Europe Direct – Informationsstellen in Lüneburg, Braunschweig, Oldenburg, Osnabrück und Leer, die eine Vielzahl von Veranstaltungen und Aktivitäten zu Europathemen von Agrarpolitik bis Verbraucherschutz anbieten. Aktuelle Informationen gibt es unter www.eiz-niedersachsen.de.

Ein besonders wichtiger Weg zu mehr Demokratie in der EU und basisdemokratischer Beteiligung wird seit April 2012 nach langer Vorbereitung beschritten: die Europäische Bürgerinitiative. Dahinter verbirgt sich allerdings nicht, wie die etwas unglückliche Übersetzung vermuten lässt, eine Bürgerinitiative, wie wir sie etwa für oder gegen eine Ortsumgehungsstrasse oder das Atom Mülllager Asse kennen. Es geht um Volksbegehren auf europäischer Ebene. Kommen aus mindestens einem Viertel der Mitgliedsstaaten mindestens eine Million Unterschriften zusammen, so muss sich die EU-Kommission mit dem Anliegen befassen und einen entsprechenden Gesetzesvorschlag unterbreiten.

Einige dieser Begehren sind schon erfolgreich auf den Weg gebracht, andere allerdings auch aus formalen Gründen abgelehnt worden. Auch auf europäischer Ebene gilt, dass man dafür die Entscheidungsbefugnis haben muss. Das ging z. B. nicht bei dem Ansinnen, überall in Europa aus der Atomkraft auszusteigen. Darüber entscheiden die nationalen Regierungen. Abgelehnt wurde ebenso die Forderung, die Europa-Hymne auf Esperanto singen zu lassen, denn dafür gibt es keine Rechtsgrundlage, es wäre auch sehr schwierig umzusetzen. Mehr Erfolg haben könnte die Initiative »Wasser ist Menschenrecht«, die bereits mehr als 980.000 Unterschriften zusammen hat.

Einmischen und mitreden für mehr Demokratie und Bürgerrechte in Europa

Je größer die Europäische Union geworden ist mit ihren demnächst 28 Mitgliedsstaaten und 505 Millionen Menschen, desto wichtiger ist es, die Distanz zwischen den Bürgerinnen und Bürgern und »denen da in Brüssel« nicht zu groß werden zu lassen. Schließlich ist die Europäische Union mehr als eine Wirtschaftsgemeinschaft, uns verbinden gemeinsame Werte und Ziele, wie sie sich in den Grundrechten und den Bürgerrechten ausdrücken: Alle Menschen in der Europäischen Union sind gleich, vor allem überall gleich.

Im Europäischen Jahr der Bürgerinnen und Bürger soll das an vielen Beispielen deutlich werden, sei es die Freizügigkeit, die wir alle innerhalb der EU genießen, sei es die gleiche medizinische Versorgung bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedsland oder die Tatsache, dass dort mobil telefonieren nicht mehr beliebig teuer sein darf und auch Verbraucherschutz überall gilt. Und genau sind natürlich alle Bürgerinnen und Bürger eingeladen, sich einzumischen und mitzureden, wenn es um unser gemeinsames Europa geht.

MICHAEL BUCKUP, Europäisches Informations-Zentrum (EIZ) Niedersachsen, Niedersächsische Staatskanzlei, Aegidientorplatz 4, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20 - 88 88, E-Mail: michael.buckup@stk.niedersachsen.de



DIRK GANSEFORT, INGBORG JAHN

Geschlechtersensible Forschung in Epidemiologie und Medizin

Die Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in der epidemiologischen und medizinischen Forschung ist ein Anspruch an die Qualität von Wissenschaft. So formulierte Ilona Kickbusch »Quite simply, if research is not gender sensitive, then it is not good research...« (Einfach gesagt: wenn Forschung nicht geschlechtssensibel ist, ist es keine gute Forschung.). Neben einem Anspruch an die Qualität von Wissenschaft hat geschlechtersensible Forschung zugleich das Ziel, zum Abbau von vermeidbaren gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern beizutragen. In der Epidemiologie wird regelhaft »broken down by sex« gearbeitet, d.h. Geschlecht wird in der Datenanalyse berücksichtigt, z.B. wenn die Auswertung für Männer und Frauen getrennt erfolgt. Die mit Mann- und Frausein verbundenen biologischen und sozio-kulturellen Unterschiede und Gemeinsamkeiten werden hingegen selten explizit zum Gegenstand der Forschung.

Die Förderung geschlechtersensibler Forschung ist Ziel des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für 3,5 Jahre (2011–2014) geförderten Forschungsverbundes »Geschlechtersensible Forschung in Epidemiologie, Neurowissenschaften und Genetik/Tumorforschung«. Der Verbund will beispielhaft Konzepte, Methoden und Fortbildungen entwickeln, wie die Geschlechterperspektive im Forschungsalltag verstärkt integriert werden kann. Dazu wird u. a. ein Dialog mit den jeweiligen Fachgesellschaften, Förderorganisationen und den Herausgeberinnen und Herausgebern von Fachpublikationen geführt. Ein besonderes Anliegen ist die Nachwuchsförderung.

Der Verbund besteht aus drei Teilprojekten:

» Das Teilprojekt Epi goes Gender am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie beschäftigt sich mit geschlechtersensibler Forschung in der Epidemiologie.

» Im Teilprojekt »Geschlechtersensible Konzepte in den Neurowissenschaften« erarbeitet die Arbeitsgruppe »Cognition & Gender« am Universitätsklinikum Münster geschlechtersensible Forschungskonzepte in Bezug auf den Einfluss von Hormonen auf das räumliche und sprachliche Kurz- und Langzeitgedächtnis.

» Das Teilprojekt »Geschlechtersensible Konzepte in der Genetik / Tumorforschung« am Universitätsklinikum Essen erforscht exemplarisch die biologischen Grundlagen der geschlechtsspezifischen Ursachen von Schilddrüsenkarzinomen. Deren Inzidenz ist bei Frauen sehr viel häufiger als bei Männern.

Teilprojekt Epi goes Gender

Im Projekt Epi goes Gender wird mit folgender Qualitätsdefinition für geschlechtersensible Forschung gearbeitet: Geschlechtersensible epidemiologische Forschung hat das Ziel, in allen Phasen des Forschungsprozesses biologische und/oder sozial-kulturelle Aspekte der Kategorie Geschlecht von Anfang an und durchgängig nach dem state of the art explizit, angemessen und sachgerecht zu berücksichtigen.

Die bisherigen Aktivitäten im Projekt Epi goes Gender waren:

» Literaturanalysen inkl. Instrumentenentwicklung
 » Durchführung von Workshops, z. B. im Rahmen der Jahrestagungen der epidemiologischen Fachgesellschaften
 » Online Survey unter Epidemiologinnen und Epidemiologen zu Erfahrungen, Einstellungen und Bedürfnissen hinsichtlich geschlechtersensibler Forschung. Diese Daten werden derzeit ausgewertet und dienen als Grundlage für die weitere Diskussion mit den Fachgesellschaften sowie für die Entwicklung weiterer Angebote im Rahmen des Projektes.

» Ein Kernstück des Projektes ist die Nachwuchsförderung. Dazu dient das Programm »Nachwuchswissenschaftler/innen schaffen neues Wissen«. Hier bewerben sich interessierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit eigenen epidemiologischen Forschungsthemen, die sie z.B. im Rahmen einer Masterarbeit, einer Publikation oder Dissertation/Habilitation bearbeiten. Die Teilnehmenden erhalten eine umfangreiche Unterstützung im Hinblick auf die geschlechtersensible Durchführung ihrer Vorhaben im Rahmen von gemeinsamen Workshops und weiteren Einzel- oder Gruppenberatungen nach Bedarf. Die Teilnahme am Programm ist kostenlos, Reise-/Unterkunftskosten werden erstattet.

Weiterhin wird ein jährlich im Februar stattfindender Workshop organisiert. Der letzte Workshop am 7. und 8. Februar 2013 hatte die Geschlechtersensibilität von Erhebungsinstrumenten zum Thema. Der nächste Februar-Workshop findet voraussichtlich Ende Februar 2014 statt. Das Projekt Epi goes Gender ist in der Ausgestaltung dynamisch und richtet sich auch nach den Interessen von Forscherinnen und Forschern. Wenn Sie sich an der Umsetzung geschlechtersensibler Forschung in der Epidemiologie beteiligen oder mit einem eigenen Vorhaben am Förderprogramm teilnehmen möchten, kontaktieren Sie uns gerne. Aktuelle Informationen zum Verbund und den Teilprojekten sowie zu Terminen sind auf der Webseite zu finden.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

DIRK GANSEFORT, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH, Achterstraße 30, D-28359 Bremen, E-Mail: gansefort@bips.uni-bremen.de, Internet: www.epimed-gender.net



MICHAELA LUDEWIG

Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Familien und deren Kinder mit geistiger Behinderung

Die Erziehung und die Betreuung eines Kindes mit geistiger Behinderung sind mit besonderen Herausforderungen für die ganze Familie verbunden. Daher sollen Niedrigschwellige Betreuungsangebote Eltern und Geschwister entlasten und für die Kinder eine angemessene Betreuung sowie Kontaktmöglichkeiten sicherstellen. Die dem Artikel zugrunde liegende Bachelorarbeit untersucht Zugänge zu Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und identifiziert deren Wirkungen bei Familien und ihren Kindern mit geistiger Behinderung. Die Untersuchung ist im Rahmen des Modellprojekts »Effekte, Weiterentwicklung und Inanspruchnahme von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten« (EWINA) der LVG & AFS durchgeführt worden.

Welche Methoden wurden eingesetzt?

Als Untersuchungsmethoden wurden eine Literaturrecherche und im empirischen Teil der Arbeit qualitative telefonische Leitfadenterviews nach Witzel mit Eltern und Erziehungsberechtigten von Kindern mit geistiger Behinderung im Alter von 10–13 Jahren durchgeführt. Damit konnten die Auswirkungen der Niedrigschwelligen Betreuungsangebote von den Eltern ungefiltert aus ihrer persönlichen Perspektive dargestellt werden. Der Kontakt zu den fünf Interviewpartnerinnen und -partnern ist durch Einrichtungen hergestellt worden, die Niedrigschwellige Betreuungsangebote für diese Zielgruppe anbieten. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse.

Welche Ergebnisse liegen vor?

Alle Familien beschrieben ihren Weg zum Niedrigschwelligen Betreuungsangebot über vermittelnde Instanzen, wie Einrichtungen der Frühförderung, den Medizinischen Dienst der Krankenkasse, die Schule oder Vereine, die beratend tätig sind. Die Ergebnisse zeigen, dass das Niedrigschwellige Betreuungsangebot zunächst von einer Familie nicht genutzt werden konn-

te, obwohl es mehrere Zugangsmöglichkeiten gegeben hatte. Als Grund wurde hier die vorliegende Beziehungsstörung in Folge vieler Pflegefamilienwechsel des Kindes benannt. Bei den Kindern ließen sich ausschließlich positive Auswirkungen durch die Betreuung wie Erleichterung, Entspannung und Spaß festhalten. Die Betreuungsperson ist eine zusätzliche Bezugsperson für die Kinder. Die Eltern nannten überwiegend positive Effekte wie Auszeiten vom Kind, Entlastung und Zeit für die Geschwister. Durch die Unterstützung bei der Kinderbetreuung entstehen für die Mütter und Väter Teilhabemöglichkeiten an eigenen sozialen Aktivitäten.

In den Interviews wurden wenige belastende Auswirkungen genannt. Zu diesen gehörte zum einen, dass es den Geschwisterkindern schwer fiel, die Betreuung der Brüder zu akzeptieren. Zum anderen wirkten sich Startschwierigkeiten zu Beginn der Inanspruchnahme von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten belastend aus.

Zusammenfassung

Niedrigschwellige Betreuungsangebote haben eine unterstützende und gleichzeitig entlastende Funktion für die Familien und stellen eine ergänzende Leistung neben weiteren Betreuungsmöglichkeiten dar. Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass die Zielsetzung Niedrigschwelliger Betreuungsangebote erfüllt wird. Sowohl die zu betreuenden Kinder selbst als auch ihre Eltern und Erziehungsberechtigten profitieren von diesen Angeboten. Die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird durch individuelle Begleitung ermöglicht und die Kinder werden angemessen betreut. Der Kontakt zu mindestens einer weiteren Bezugsperson wird aufgebaut und für die Eltern und Erziehungsberechtigten entstehen Freiräume zur eigenen Freizeitgestaltung. Durch Aspekte wie die Unterstützung der Kinder mit geistiger Behinderung in ihrem sozialen Umfeld, Erholungsmomente und Entspannungsphasen für alle Familienmitglieder sowie freie Zeitressourcen zur eigenen Freizeitgestaltung bei den Eltern und Geschwistern können Niedrigschwellige Betreuungsangebote einen Beitrag zur Gesundheitsförderung der gesamten Familie leisten.

Literatur bei der Verfasserin

Anschrift siehe Impressum

UTE SONNTAG

Neue Anforderungen an Mutter-Kind-Maßnahmen

Heute machen Alleinerziehende in einigen Mutter-Kind-Kliniken die Hälfte der Kundschaft aus. Sie haben mehr finanzielle Sorgen und sind kränker als andere. Prekäre Beschäftigungsverhältnisse nehmen bei Frauen dramatisch zu. Jedes fünfte Beschäftigungsverhältnis heute ist ein Minijob. Ca. 70 % der in Minijobs Arbeitenden sind Frauen. All dies stellt Mutter-Kind-Einrichtungen vor neue Anforderungen. Gerade für diese Frauen sind drei Wochen Kur oft zu kurz.

Seit einigen Jahren hat sich eine vielfältige Forschung rund um Mutter-Kind-Maßnahmen etabliert und stellt regelmäßig ihre Ergebnisse zur Diskussion. Auf dem mittlerweile sechsten wissenschaftlichen Symposium im Februar 2013 an der Medizinischen Hochschule Hannover hat der Forschungsverbund



Familiengesundheit seine neuesten Befunde vorgestellt. Mittlerweile kann zweifelsfrei nachgewiesen werden, dass Mutter-Kind-Maßnahmen positive Effekte zeitigen: So war nach neun Monaten nach der Kur festzustellen, dass sich die gesundheitlichen Belastungen der Frauen deutlich verringert hatten. Litten 77,6 % der Frauen vor der Kur unter Rückenschmerzen, 72,3 % unter Burnout und 54,3 % unter psychischen Beschwerden, so verringerte sich der Prozentsatz der mäßig bis stark belasteten Frauen neun Monate nach der Kur auf 56,1 % bei Rückenschmerzen, 29,1 % bei Burnout und 33,5 % bei psychischen Beschwerden. Die Kinder zeigten hoch signifikant weniger Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Schwierigkeiten. Auch die Ressourcenrealisierung hat zugenommen.

25 % der Mütter in Mutter-Kind-Maßnahmen sind übergewichtig, weitere 19 % adipös. Dieses Thema ist sehr bedeutsam, da 25–40 % der Kinder übergewichtig sind, wenn ein Elternteil übergewichtig ist. Sind dies beide Eltern, dann sind 80 % der Kinder übergewichtig. Von den Müttern, die an der Adipositasstudie teilnahmen (532 Mütter mit einem BMI über 25), beteiligten sich an der Nachbefragung neun Monate nach der Kur 222. Von diesen konnten 30,5 % ihr Gewicht nach einem Jahr halten oder reduzieren. Dabei zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Reduktionserfolg, Bewegungsmotivation und Bewegungsaktivität. Die Förderung von Spaß und Freude an Bewegung und Sport ist ein erfolgversprechender Weg, auch wenn dieses Gebiet insgesamt sehr schwierig zu bearbeiten ist.

Insgesamt zeigen die Forschungsergebnisse, dass die Kuren ihre Zielgruppe erreichen. Wichtig ist, dass Kuren bei Kurbedürftigkeit zeitnah realisiert werden, dass mütter- und väterspezifische Angebote gemacht werden und dass die Vorbereitung auf die Kur sowie die Übertragung in den Alltag (Vor- und Nachsorge) in Kooperation zwischen Ärzteschaft, Beratungsstellen und Krankenkassen gewährleistet wird. Weitere Informationen unter www.mh-hannover.de/forschungs-verbundmutter-kind.html

Literatur bei der Verfasserin
Anschrift siehe Impressum

EVA MIR

Teilhaben lassen und teilhaben: Studentische Partizipation in der hochschulischen Gesundheitsförderung

Das Konzept der »Health Promoting University« (HPU) findet in der Fachliteratur zunehmend Beachtung. Im deutschsprachigen Raum liegt der Fokus der betrieblichen Gesundheitsförderung auf den Mitarbeitenden von Hochschulen, Studierende gelten hingegen als vernachlässigte Zielgruppe. Initiativen wie etwa der Sammelband »Rückenwind. Was Studis gegen Stress tun können« verlagern den Blickwinkel und stellen gesundheitsförderliche Maßnahmen für Studierende in den Mittelpunkt: Von professionellen Beratungskonzepten über eine Nightline bis hin zu einem Antistressmanual finden sich hier verschiedenartige Ansätze zur Förderung der Studierendengesundheit. Letzteres wurde unter dem Motto »von Studierenden für Studierende« entwickelt und zeigt auf, wie ein hohes Ausmaß an studentischer Partizipation realisiert werden kann.

Das Antistressmanual »Lässig statt stressig«

Unter Beteiligung von 32 Studierenden des BA-Studienganges Gesundheitsförderung der Pädagogischen Hochschule (PH) Schwäbisch Gmünd wurde im Zuge einer Lehrveranstaltung im Wintersemester 2010/2011 ein Antistressmanual entwickelt. Dieses stellt ein Selbstmanagement-Tool dar, das Studierende bei der Bewältigung hochschulischer Herausforderungen unterstützt. Die Studierenden fungierten dabei als Entwicklerinnen und Entwickler und konnten in allen Projektschritten Entscheidungsprozesse beeinflussen, ein hohes Ausmaß an Partizipation wurde somit umgesetzt. Als Ergebnis liegt ein Antistressmanual in zwei Teilen vor: Teil 1 besteht aus fünf studienrichtungsunspezifischen Modulen, Teil 2 richtet sich mit vier Modulen an Lehramtsstudierende. Beide Teile stehen als Gratisdownload auf der Homepage der PH Schwäbisch Gmünd zur Verfügung (<http://www.ph-gmuend.de/deutsch/studium/studium.php?navanchor=1010004>).

FOSH – Focus on Students' Health

Ein weiteres Lehrveranstaltungsprojekt zur Förderung der Studierendengesundheit stellt FOSH dar. Dieses wurde mit 17 Studierenden des Masterstudienganges Gesundheitsmanagement an der Fachhochschule Kärnten (Österreich) in einer Lehrveranstaltungstrilogie umgesetzt. Im Sommersemester 2011 erstellten die Studierenden zu vorgegebenen Themenbereichen Forschungskonzepte, die sie im folgenden Wintersemester umsetzten, das Sommersemester 2012 war gänzlich der Forschungskommunikation gewidmet. Die Teilprojekte der Studierendenteams beschäftigten sich u.a. mit der Untersuchung von Studienbedingungen, gesundheitsförderlichen Bedürfnissen aus studentischer Sicht oder mit der Entwicklung eines Antistresskurses für berufsbegleitend Studierende. Ein Resultat der gemeinsamen Arbeit stellt der Newsletter FOSH dar (http://www.fh-kaernten.at/fileadmin/media/gpm/news/FOSH-Newsletter_Final.pdf), der eine Zusammenschau der Projektergebnisse in journalistischen Texten bietet.

ABS – Antistresskurs für berufsbegleitend Studierende

Dem Ansatz »Intervention Mapping« folgend konzipierten und implementierten drei Studentinnen den ABS. Der Antistresskurs besteht aus drei Gruppensitzungsmodulen zu je 1,5 Stunden und thematisiert Selbstmanagement, Achtsamkeit, Genussfähigkeit sowie Entspannung. Die Entwicklerinnen boten als Peer Coaches den ABS im Sommersemester 2012 Studierenden des Folgejahrganges an (N=24).

An Projekten dieser Art teilzunehmen, kann zu positiven persönlichen Entwicklungen und Gesundheitsgewinnen führen. Somit wird die Partizipation von Studierenden an der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung für Studierende zu einer gesundheitsförderlichen Intervention per se.

Literatur bei der Verfasserin

FH-PROF. MAG. DR. EVA MIR (geb. Brunner), FH Kärnten, Studienbereich Gesundheit und Soziales, E-Mail: e.mir@fh-kaernten.at

DIETER LEYK, THOMAS RÜTHER**Jung, gesund und Fit-fürs-Leben?**

Gesundheit, Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit der jungen Generation haben erhebliche Bedeutung für die Zukunft der Gesellschaft. Dies gilt für unser Gesundheits-/Sozialsystem wie auch für den Wirtschaftsstandort Deutschland: Angesichts der Überalterung von Belegschaften, der Zunahme gesundheitlicher Beschwerden und chronischer Erkrankungen konkurrieren Unternehmen besonders um leistungsstarke und belastbare Erwerbstätige. Mit Blick auf die weit verbreiteten ungünstigen Alltagsgewohnheiten ist bislang nur unzureichend beachtet worden, dass es bei Betroffenen schon lange vor dem Auftreten von Erkrankungen zu beträchtlichen Leistungsverlusten und Produktivitätseinbußen kommen kann. Im Rahmen der »Fit-fürs-Leben«-Studie untersucht die Forschungsgruppe Leistungsepidemiologie der Deutschen Sporthochschule Köln die Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Risikofaktoren und Leistungsfähigkeit bei 6- bis 25-Jährigen. An der Studie haben bereits mehr als 20.000 Personen teilgenommen. Aktuelle Ergebnisse, die im Deutschen Ärzteblatt publiziert wurden, lassen aufhorchen und zeigen auf weitreichende Konsequenzen.

Zusammenhang von Risikofaktoren und Fitness bei jungen Erwachsenen

Ein ungesunder Lebensstil führt schon im jungen Erwachsenenalter zu deutlichen Leistungsverlusten. Die große Mehrzahl der erwachsenen Studienteilnehmenden weist mindestens einen der Risikofaktoren Übergewicht, Bewegungsmangel und Rauchen auf. Nur etwa 1/4 der Männer und 1/3 der Frauen haben keinen der untersuchten Risikofaktoren. Neu und alarmierend sind die ermittelten Leistungsverluste: Schon das Vorliegen von nur einem Risikofaktor ist mit signifikanten Leistungsminderungen (Ausdauer- wie auch Kraftleistungen) verbunden, die mit jedem hinzutretenden Risikomerkmale größer werden. Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass ungesunde Alltagsgewohnheiten bereits nach relativ kurzer »Einwirkzeit« zu erheblichen Leistungseinbußen führen: Etwa die Hälfte der 24- bis 25-Jährigen liegt unter dem Leistungsniveau von 14- bis 15-Jährigen.

Abhängigkeit von Bildungs- und Berufshintergrund

Die in der »Fit-fürs-Leben«-Studie untersuchten Subgruppen (junge Arbeitssuchende, Schülerinnen und Schüler, Berufsschülerinnen und Berufsschüler aus diversen beruflichen Bereichen, Studierende) weisen zudem auf gravierende Unterschiede hinsichtlich gesundheitlicher Risiken und vorhandener Leistungsfähigkeit. Der in der Pubertät im Regelfall eintretende, primär hormonell bedingte Leistungszuwachs kann bei zu großem Bewegungsmangel, übermäßiger Nahrungszufuhr, Nikotin- und Alkoholkonsum sogar »aufgebraucht« werden. Bildungs-, Berufs- und Herkunftsfaktoren sind prägende Modulatoren für gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen.

Konsequenz: Evaluation von Interventionen und Stärkung von Prävention

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung und Notwendigkeit effizienter und effektiver Gesundheitsförderung. Die Übergangsphase Schule-Beruf ist ein wichtiges »präventives Fenster«, das unbedingt zur Erhaltung von Gesundheit, Leistungs- und Arbeitsfähigkeit genutzt werden sollte. Mit Blick auf die zahlreichen, oft unwirksamen Gesundheitskampagnen wird deutlich, dass diese zielgruppenspezifisch und umfassend angelegt sein müssen und zur Stärkung der gesundheitlichen Eigenverantwortung führen sollten. Schule und Betrieb sind laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ideale Orte der Prävention. Ohne belastbare Datengrundlage werden allerdings weder die adressatengerechte Konzipierung von Präventionsmaßnahmen noch deren notwendige Evaluierung gelingen.

Literatur bei den Verfassern

PROF. DR. DR. DIETER LEYK, DR. THOMAS RÜTHER, Deutsche Sporthochschule Köln, Forschungsgruppe Leistungsepidemiologie, Am Sportpark Müngersdorf 6, 50927 Köln, Tel.: (02 21) 49 82-61 63, E-Mail: Ruether@dshs-koeln.de, www.dshs-koeln.de/leistepi, www.dshs-koeln.de/fit-fuersleben

UTE SONNTAG, SIBYLLE FLEITMANN, BARBARA STASCHEK, SABINA ULBRICHT**Rauchfreiberatung durch Familienhebammen**

Das Projekt heißt »Weniger ist mehr«. Der Titel ist Programm. Familienhebammen motivieren rauchende Schwangere und junge Mütter, die Zigarettenzahl zu reduzieren, in der Wohnung und im Auto gar nicht mehr zu rauchen und ihren Partner zu gewinnen, sie zu unterstützen. Damit Familienhebammen dies tun können, werden sie vom Projektteam fortgebildet. Warum Familienhebammen? Rauchende Schwangere und junge Mütter sind nicht leicht zu erreichen. Familienhebammen arbeiten bis zu einem Jahr in sozial benachteiligten Familien. Das Projekt will sich dies zunutze machen und die Rauchfreiberatung in diese Arbeit integrieren.

Das Projekt wird seit 2011 vom Bundesgesundheitsministerium finanziert und hat als erstes ein Curriculum entwickelt, in dem steht, was die Familienhebammen lernen sollen. Da ist die Rede davon zu lernen, wie die rauchenden Frauen immer

wieder aufs Rauchen angesprochen werden können, ohne Reaktanz hervorzurufen. Es geht auch darum, mit Mythen aufzuräumen: »Rauchen Sie ja weiter, wenn Sie jetzt abrupt aufhören, schaden Sie nur Ihrem Baby«, hören Frauen manchmal von ihrem Gynäkologen, »Passivrauchen ist gar nicht so schädlich.« Auch diese Falschinformation begegnet rauchenden jungen Müttern immer wieder. Die Familienhebammen lernen, die Mythen zu entkräften und Frauen zu ermutigen, kleine Schritte hin zur Rauchfreiheit zu machen. Dabei ist eine positive Sprache wichtig: nicht »mit dem Rauchen aufhören«, sondern »rauchfrei werden«.

Das Modul besteht aus 13 Unterrichtsstunden, die von einer Hebamme und einer Tabakkontrollexpertin zu etwa gleichen Anteilen gemeinsam gestaltet werden. Themen sind Frauen und Rauchen, Schwangerschaft und Rauchen, die Vermittlung von Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung und das Benutzen einer Toolbox für die Besuche bei der Frau. Nach einer Anlaufzeit von ca. 2–3 Monaten, in der die Familienhebamme das Gelernte anwendet, wird an einem Vertiefungstag anhand eines von der Familienhebamme mitgebrachten Fallbeispiels Supervision angeboten. Familienhebammen, die dies alles nutzen, können bei Erfolg ein Zertifikat bekommen. Die Seminare sind evaluiert und für gut befunden worden. Ob die beratenen Frauen von der Beratung profitieren, konnte im ersten Jahr des Projektes nicht hinreichend evaluiert werden. Seit Mitte 2012 soll das entwickelte und in Niedersachsen erprobte Seminarkonzept bundesweit implementiert werden. Dazu werden aktuell eine Reihe von neuen Seminarleitungen in »train the trainer«-Seminaren zusammengebracht und geschult. Dabei gilt es vor allem herauszuarbeiten, dass mit den Hebammen und der Tabakkontrollszene zwei unterschiedliche Kulturen aufeinander treffen, und dies für das Seminar gewinnbringend für beide Seiten umzusetzen. Die Evaluation im zweiten Jahr legt besonderen Wert darauf zu erfassen, wie die Beratungen bei den Frauen selbst ankommen. Zudem ist im ersten Jahr ein Problem deutlich geworden: selbst rauchende Hebammen. Wann ist eine Familienhebamme, die selbst raucht, noch glaubhaft in so einer Beratung? Was darf sie im Hinblick auf das eigene Rauchverhalten tun? Wie wirken etwa nach Tabakrauch riechende Kleidung oder eine Situation, in der gemeinsam mit der Klientin geraucht wird? Wann wirkt die Familienhebamme auf die beratene Frau authentisch im Hinblick auf die Beratungssituation? Dazu wird im laufenden Projektjahr ein Minimalstandard erarbeitet, der dann wiederum von möglichst vielen rauchenden Familienhebammen umgesetzt wird.

Das Projekt ist mit dem Niedersächsischen Hebammenverband e. V., dem bundesweiten Netzwerk Frauen Aktiv Contra Tabak e. V., der Stiftung Eine Chance Für Kinder und der LVG & AFS gestartet. Im zweiten Projektjahr ist anstelle der Stiftung die Universitätsmedizin Greifswald für die Evaluation dazugekommen.

Literatur bei der Verfasserin
Anschrift siehe Impressum



NICOLE TEMPEL, BIRTE GEBHARDT

Evaluation von Beratungseinrichtungen für Familien und ältere Menschen

Mehrgenerationenhäuser, Familienservicebüros, Seniorenservicebüros, Pflegestützpunkte, Schuldnerberatungen,... – das Beratungsangebot für Familien und ältere Menschen in Niedersachsen ist breit gefächert. Aber welche Angebote gibt es eigentlich, wer nutzt was (nicht) und warum? Und wie gut sind die Beratungsstellen untereinander vernetzt? Antworten auf diese und weitere Fragen gibt eine Studie, die das Niedersächsische Sozialministerium im Jahr 2011 in Auftrag gab.

Studie mit Methodenmix

Die Untersuchung umfasste eine Erhebung demografischer Eckdaten, eine repräsentative Haushaltsbefragung, eine Befragung von Beratungseinrichtungen, qualitative Interviews mit (Nicht-)Nutzenden sowie Interviews mit Expertinnen und Experten der Verwaltungsebene. An der Erhebung nahmen neben den Städten Delmenhorst und Salzgitter die Landkreise Friesland, Hameln-Pyrmont, Wesermarsch, Verden, Rotenburg (Wümme), Osterode am Harz sowie die Grafschaft Bentheim teil. Die Studie wurde gemeinsam von der LVG & AFS, dem Institut Faktor Familie GmbH, dem Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung der Ruhruniversität Bochum (ZEFIR) sowie dem Zentrum Altern und Gesellschaft (ZAG) der Universität Vechta durchgeführt.

Ergebnisse: Heterogene Strukturen und wenige dezentrale Beratungsangebote

Während einige Landkreise von starker Alterung und starkem Bevölkerungsrückgang betroffen sind, leben in anderen vergleichsweise viele Familien und die Bevölkerung wächst. Übergreifend fällt auf, dass relativ wenige dezentrale Beratungsstellen und ein durchgängig geringeres Angebot für Seniorinnen und Senioren als für Familien existieren.

Größter Bedarf im Bereich allgemeiner Lebenshilfe

Die Befragungen haben gezeigt, dass die Bedarfe im Bereich der allgemeinen Lebenshilfe am größten sind. Weiterhin kristallisierten sich »krisenhafte Lebenssituationen« bzw. »Psychosoziales« als wichtige Themen heraus. Insgesamt geben ältere Menschen über fast alle Themenbereiche hinweg seltener Beratungsbedarfe als Familien an und nutzen Beratungsstellen weniger – die einzige Ausnahme bilden spezifische »Altersthemen«.

Zielgruppen unterschiedlich erreicht

Die Analysen zeigen, dass insbesondere Männer, Migrantinnen und Migranten sowie Hochbetagte wenig in den befragten Beratungsstellen vertreten sind. Alleinerziehende und Personen mit ALG II-Bezug nutzen die Angebote hingegen am häufigsten.

Zugangswege

Informationen im Internet, Freundinnen und Freunde und Verwandte sowie vermittelnde Schlüsselpersonen werden von den Nutzenden als wichtigste Voraussetzung für den Erstzugang gesehen. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass ein Großteil der Beratungsstellen bereits Informationen im Internet bereitstellt. Andere Formen der Informationsvermittlung (z. B. persönliche Vorstellung von Angeboten, vermittelnde Schlüsselpersonen, Pressearbeit) werden hingegen weniger von den Einrichtungen genutzt. Insbesondere ältere Menschen äußern zudem Vorbehalte gegenüber Beratungsangeboten. Sie sehen die Nutzung einer Beratungsstelle teilweise immer noch als »letzten Ausweg bei eigenem Versagen«. Weitere wichtige Voraussetzungen für die Nutzung sind u. a. flexible Öffnungszeiten, Hausbesuche, eine barrierefreie und familienfreundliche Gestaltung der Beratungsstellen.

Vernetzung der Beratungsstellen ist ausbaufähig

Deutliche Unterschiede zeigen sich in den Vernetzungsstrukturen der Beratungsstellen. Während einige Regionen bereits eine sehr gute Vernetzung angeben, zeigen die Fragebogendaten und Experteninterviews, dass dies in anderen Regionen noch ausbaufähig ist. Fast alle Einrichtungen wünschen sich einen weiterführenden Austausch, stärkere Transparenz sowie eine stärkere Koordination vorhandener Aktivitäten.

Handlungsbedarfe und -optionen

Die Beratungslandschaft erweist sich als vielfältig und ausdifferenziert. Ein Großteil der Zielgruppen wird erreicht, dennoch lassen sich aus den Ergebnissen Handlungsbedarfe zu folgenden Themenbereichen erkennen:

- » Sicherung der dezentralen Versorgung
- » Optimierung der Zielgruppenreichung und Abbau von Zugangshürden
- » Ausbau des Angebots zu psychosozialen Themen sowie Ausbau von (nicht nur spezifischen altersbezogenen) Seniorenangeboten
- » Stärkung von Vernetzung und Steuerung
- » Verbesserung der Angebotstransparenz.

Der ausführliche Evaluationsbericht steht unter www.gesundheit-nds.de zum Download zur Verfügung.

Literatur bei den Verfasserinnen
Anschrift s. Impressum



KOMM
wer immer Du bist!

Selbsthilfe
und Integration
in Niedersachsen

DÖRTE VON KITTLITZ, TÜLIN COLAKGIL

Selbsthilfe und Integration – Projekt des Selbsthilfe-Büros Niedersachsen

Selbsthilfegruppen und interkulturelle Öffnung

In Selbsthilfegruppen kommen Menschen zusammen, die in besonderen und schwierigen Lebenssituationen ihr Wissen und ihre Erfahrungen austauschen möchten, um sich gegenseitig zu helfen. Manche Menschen mit Migrationshintergrund sind bereits in Selbsthilfegruppen aktiv. Viele wissen aber noch nichts über Selbsthilfe oder trauen sich nicht, zur Beratung oder in eine Gruppe zu gehen. Manche Selbsthilfegruppen wiederum sind unsicher, wenn jemand aus einem fremden Kulturkreis dazukommt. Es gibt also eine Reihe von Barrieren für Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen, in einer Selbsthilfegruppe zusammenzukommen. Aber gerade der unterschiedliche Umgang mit Problemen und Erkrankungen ist für alle eine Chance, von den jeweiligen Erfahrungen und kulturellen Besonderheiten zu lernen und sich gegenseitig zu helfen.

Die interkulturelle Öffnung steht im Selbsthilfebereich sowohl auf Bundesebene als auch in einzelnen Bundesländern oder Landkreisen seit Jahren auf der Agenda. Das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen führt nun ein landesweites Projekt zur interkulturellen Öffnung durch. Ziele sind die Schaffung oder Erweiterung regionaler sowie landesweiter Netzwerke für den Einbezug von Menschen mit Migrationshintergrund in die Selbsthilfe und die (Weiter-) Entwicklung lokaler Strategien zur Erleichterung des Zugangs für Migrantinnen und Migranten zur Selbsthilfe.

Selbsthilfe und Integration – eine Veranstaltungsreihe

Das Projekt »Selbsthilfe und Integration« setzt an den Punkten »Vernetzung« und »Öffentlichkeitsarbeit« an. Zwischen Mai 2013 und Juli 2014 organisieren örtliche Selbsthilfe-Kontaktstellen unter dem Motto »Komm, wer immer du bist. Selbsthilfe und Integration in Niedersachsen« gemeinsam mit Kooperationspartnerinnen und -partnern aus dem Integrationsbereich jeweils eine Veranstaltung in ihrem Landkreis. Das Thema, die Teilnehmenden und die Art der Veranstaltung orientieren sich an den jeweiligen Voraussetzungen vor Ort. Das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen plant, vernetzt, moderiert und unterstützt das Gesamtkonzept der Veranstaltungsreihe sowie die Veranstaltungsplanung vor Ort durch eine Reihe von

Dienstleistungen und landesweiten Aktivitäten. Kooperationspartner auf Landesebene sind der Arbeitskreis Niedersächsischer Kontakt- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich und die Kooperative Migrationsarbeit Niedersachsen (KMN).

Auf der Website des Selbsthilfe-Büros Niedersachsen, www.selbsthilfe-buero.de, können sich Interessierte über Selbsthilfegruppen und Unterstützungsmöglichkeiten informieren. Im Laufe des Projektes werden die Informationen der Website auf verschiedene Sprachen erweitert und es wird auf Selbsthilfe-Kontaktstellen hingewiesen, die in diesen Sprachen Beratung anbieten. Informationen zum Projekt werden auf www.selbsthilfe-und-integration.de zur Verfügung gestellt.

Auftaktveranstaltung am 16. April 2013 in Delmenhorst

Zusätzlich zur Projektpräsentation wird Dr. Koralia Sekler vom Niedersächsischen Integrationsrat auf der Veranstaltung in die Organisationsstrukturen im Bereich der Integration einführen. Halil Polat vom hannoverschen Verein Umut e.V. wird aus der Perspektive eines langjährig Engagierten einen Blick auf die Selbsthilfe werfen. Rita Hagemann von der KIBIS des Paritätischen Hannover und Ulrich Gödel aus der Selbsthilfe-Kontaktstelle im Fachdienst Gesundheit Delmenhorst werden Aktivitäten ihrer Selbsthilfe-Kontaktstellen zur interkulturellen Öffnung vorstellen.

Den Rahmen für die Veranstaltung, die in den Räumen der aramäischen Gemeinde Delmenhorst stattfindet, bilden Verpflegung und Musik aus unterschiedlichen Kulturen. Die Selbsthilfe aus Delmenhorst und weitere Beispiele aus Niedersachsen präsentieren sich in Form einer vielfältigen Ausstellung.

Kontakt

DÖRTE VON KITTLITZ, TÜLIN COLAKGIL, Selbsthilfe-Büro Niedersachsen,
Gartenstraße 18, 30161 Hannover, Tel.: (05 11) 39 19 28,
E-Mail: selbsthilfe-buero-nds@gmx.de

MIRJAM LANGEWITZ

Projekt »Mobilität im ländlichen Raum« – Landkreise Wolfenbüttel und Helmstedt sind Modellregion

Mobilität und Erreichbarkeit sind für die Lebensqualität und Attraktivität als Wohn- und Arbeitsstandort von enormer Bedeutung. Insbesondere in einem Flächenland wie Niedersachsen ist die Gewährleistung dieser Aspekte eine große Aufgabe.

Ziel der Landesregierung ist es, Mobilität und Erreichbarkeit in allen Teilräumen des Landes sicherzustellen und zu verbessern. Mit dem Projekt »Mobilität im ländlichen Raum« sollen neue Wege im Handlungsfeld Mobilität gegangen werden. Das niedersachsenweit einmalige Projekt startete im Dezember 2012 und wird voraussichtlich im März 2015 enden. Beteiligt sind als Partner die Landkreise Wolfenbüttel und Helmstedt. Gefördert wird das Projekt durch das Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz mit insgesamt 213.000 Euro. Beide Landkreise beteiligen sich mit Eigenmitteln von insgesamt 40.000 Euro an dem Projekt. Die Trägerschaft für das Mobilitätsprojekt liegt beim Landkreis Wolfenbüttel. In beiden Landkreisen ist Mobilität ein zentrales Thema für die Zukunft. Im Rahmen des Projektes sollen nun Bedarfe identifiziert und Lösungsansätze entwickelt werden.



Projekthintergrund

Das Projekt »Mobilität im ländlichen Raum« basiert auf einer Studie des Niedersächsischen Landwirtschaftsministeriums und soll die darin vorgestellten Ergebnisse weiter vertiefen. Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der Konzentration auf die städtischen Ballungsräume besonders der ländliche Raum von sinkenden Einwohnerzahlen betroffen ist. Das heißt: Für die auf dem Land lebenden Menschen ohne Auto wird es immer schwieriger, Einrichtungen im Bildungs- oder Gesundheitsbereich, der Nahversorgung oder der kommunalen Daseinsvorsorge unter zumutbaren Bedingungen zu erreichen. Das Thema Mobilität spielt auch in dem Projekt »Zukunftsregionen Gesundheit« eine herausragende Rolle, bei dem der Landkreis Wolfenbüttel einer von drei Modell-Landkreisen ist.

Projektziele

Ziel ist es, die Mobilität im ländlichen Raum zu erhalten und zu verbessern. Dabei will man mit den örtlichen Verkehrsunternehmen und dem Zweckverband Großraum Braunschweig als zuständiger regionaler Institution für den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) eng zusammenarbeiten. Entwickelt werden sollen ergänzende und verkehrsmittelübergreifende Angebote. Zusammen mit lokalen Partnern aus den Bereichen Gesundheitswesen, Einzelhandel, Bildung und Soziales sollen im Zuge eines Mobilitätsmanagements die Rahmenbedingungen geschaffen werden, um konkrete Angebote zu entwickeln. Denkbar sind beispielsweise Bürgerbusse, Pendlerportale, Fahrradverleihsysteme oder E-Bike-Stationen. Auch ehrenamtliche Mobilitätsagenten vor Ort in den Gemeinden haben sich andernorts bewährt und sind vorstellbar. Als erster Schritt soll im Landkreis Wolfenbüttel eine Koordinierungsstelle eingerichtet werden, um Bedarfe zu ermitteln, Angebote zu vernetzen und Lösungsansätze zu finden. Im weiteren Projektverlauf sind auch Bürgerversammlungen in den Gemeinden geplant.

In der Startphase sollen sich die Aktivitäten beispielhaft auf den Südosten des Landkreises Wolfenbüttel (Samtgemeinden Schladen, Oderwald, Asse und Schöppenstedt) und den Südwesten des Landkreises Helmstedt (Samtgemeinde Heeseberg und Stadt Schöningen) konzentrieren, da dort bereits lokale Projekte und Angebote erarbeitet wurden. So werden im Raum Schöppenstedt und Schöningen die Einwohnerinnen und Einwohner bereits mit Sammelanruftaxen versorgt. In der Samtgemeinde Schladen verspricht das Konzept »Bürgerbus« weitere Optimierung.

MIRJAM LANGEWITZ, Bildungszentrum Landkreis Wolfenbüttel, Harzstraße 2–5,
38300 Wolfenbüttel, E-Mail: m.langewitz@lk-wf.de



Ambivalente Männlichkeiten – Maskulinitätsdiskurse aus interdisziplinärer Perspektive

Während das Bild des »wahren Mannes« in unserer Gesellschaft weiter besteht, reißen die Diskussionen über die Schwächung des »starken Geschlechts« nicht ab. So scheinen z. B. die geringere Lebenserwartung von Männern und die Benachteiligungen bei Sorgerechtsstreitigkeiten eine Schwächung zu belegen. Befindet sich die Männlichkeit also in der Krise? Was Männlichkeit ausmacht und worin sie sich zeigt, scheint schwer bestimmbar zu sein.

Die Autorinnen und Autoren untersuchen die Vorstellungen von Männlichkeiten aus einer interdisziplinären Perspektive. Im Kontext des historischen Wandels analysieren sie die kulturellen und gesellschaftlichen Konstrukte aus der Sicht der Philosophie sowie der Kultur- und Gesellschaftswissenschaften. In diesen exemplarischen Analysen setzen sich die Autorinnen und Autoren des Weiteren mit den konzeptionellen Grundlagen der Männerforschung auseinander. (ff)

UTA FENSKE, GREGOR SCHUHEN: *Ambivalente Männlichkeiten – Maskulinitätsdiskurse aus interdisziplinärer Perspektive*, Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin und Toronto, 2012, 269 Seiten, ISBN 978-3-86649-429-9, 29,90 Euro

Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie Band 1 Grundlagen und Band 2 Störungsbilder

Das Lehrbuch beschreibt in Band 1 Grundlegendes aus dem Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der aktuelle Forschungsstand sowie wichtige Perspektiven und Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden betrachtet. Zentrale Fragen sind, wie psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen entstehen, wie sie sich aufrechterhalten können, welche Symptome es gibt und welche therapeutischen Strategien und diagnostischen Methoden sinnvoll sind. Durch zahlreiche »Begriffsklärungskästen« und grafische sowie tabellarische Darstellungen werden der Leserin und dem Leser Inhalte anschaulich vermittelt. Aufbauend darauf wird im 2. Band des Lehrbuches der Blick auf Situationen und Phasen gerichtet, die Störungen bei Kindern und Jugendlichen auslösen können. Ergebnisse aus Studien zeigen daraus resultierende Krankheitsverläufe. Diagnostisches Vorgehen, Behandlung und Perspektiven werden skizziert. (Is)

GERD LEHMKUHL, FRITZ POUSTKA, MARTIN HOLTSMANN, HANS STEINER: *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie Band 1 Grundlagen und Band 2 Störungsbilder*, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2013, 504 Seiten Band 1, 1016 Seiten Band 2, ISBN 978-3-8017-1871-8, 139 Euro

Handbuch Jungen-Pädagogik

Das Handbuch beschreibt aus verschiedenen Perspektiven biologische, psychologische und soziologische Grundlagen zum Thema Jungen-Pädagogik. Das Handbuch behandelt daneben auch Fragen der unterschiedlichen pädagogischen Institutionen bis hin zu pädagogischen Einzelfragen. Von einer »Krise der Jungen«, oder sogar von einer »Jungenkatastrophe« ist die Rede. Ob in Kultur, Medien oder im direkt erfahrbaren Alltag werden Jungen und Männer, nicht selten unbedacht, negativ wahrgenommen oder gar diffamiert. Wie man sich besser auf das neue »schwache Geschlecht« in Pädagogik und Früherziehung einstellt und ihm gerecht werden kann, fasst das Buch zusammen. Die Autorinnen und Autoren sorgen für eine fundierte Auseinandersetzung mit aktuell diskutierten gesellschaftlichen Problemen und Lösungsansätzen einer Pädagogik für Jungen. Das Handbuch beinhaltet ein gelungenes Wechselspiel zwischen theoretischen Erkenntnissen und praktischen Folgerungen, welche gut verständlich, fachlich fundiert und praxisrelevant sind. (Is)

MICHAEL MATZNER, WOLFGANG TISCHNER: *Handbuch Jungen-Pädagogik*. Reihe Pädagogik, 2. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 448 Seiten, ISBN 978-3-407-83171-2, 39,95 Euro

Sucht – Alter – Pflege

Zu Beginn der Lektüre stellt der Autor Ergebnisse einer Befragung zum Thema Sucht im Alter mit Pflegefachkräften und Leitungskräften vor. Anhand dieser Ergebnisse wird deutlich, dass das Thema Sucht im Alter kaum behandelt wird. Grund hierfür sind unter anderem auch das fehlende Wissen sowie ein Mangel an praxistauglichen Konzepten. Das Buch ermöglicht eine praxisorientierte Einführung in Suchterkrankungen bei alten Menschen und pflegerische Interventionsmöglichkeiten bei Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenabhängigkeit. (ex)

ANDREAS KUTSCHKE: *Sucht – Alter – Pflege. Praxis-handbuch für die Pflege suchtkranker alter Menschen*. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2012, 238 Seiten, ISBN 978-3-456-85067-2, 28,95 Euro

Die Reformfibel

Die Reform-Fibel gibt einen Überblick über weit mehr als 20 Jahre Gesundheitspolitik. Die wichtigsten Reformvorhaben werden stichwortartig nach den Themenfeldern Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und Versicherte aufgeführt. Ebenfalls werden die wichtigsten gesundheitsrelevanten Gesetze seit 1989 zum Nachschlagen aufgelistet. Das Buch eignet sich nicht nur für Einsteigerinnen und Einsteiger in der Gesundheitspolitik, sondern auch als Arbeitsmittel für Beschäftigte im Gesundheitswesen. Hintergrundtexte zeichnen Legislaturperiode für Legislaturperiode ein prägnantes Bild von der jeweiligen gesundheitspolitischen Bühne und ihren Akteurinnen und Akteuren. (ex)

KOMPART-VERLAG (HRSG.): Die Reformfibel. Handbuch der Gesundheitsreformen. KomPart Verlag, Berlin, 2012, 93 Seiten, ISBN 978-3-940172-26-6, 16,80 Euro

Burnout – Mit Akzeptanz und Achtsamkeit den Teufelskreis durchbrechen

Burnout ist ein allgegenwärtiges Thema in der Gesellschaft. Unaufhaltbare Prozesse wie Globalisierung, Technisierung und Entstehung wirtschaftlicher Unsicherheiten sowie Verlust von klaren Strukturen stellen hohe Anforderungen an die Menschen. Überforderungen und Erschöpfung sind meist die Konsequenz. Folgen davon können sich in körperlichen Symptomen, Depressionen oder Suizidgedanken äußern. Um diesen entgegenzuwirken, stellen die Autoren die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) vor. Mit Hilfe von ACT soll durch Achtsamkeit, Akzeptanz und Besinnung auf die eigenen Werte sowie die Wahrnehmung von Emotionen und Entwicklung eigener Zielvorstellungen Burnout entgegengewirkt werden. Gedanken-spiele, praktische Übungen und Selbstwahrnehmung sollen einem Burnout vorbeugen. (san)

MICHAEL WAADT, JENS ACKER: Burnout. Mit Akzeptanz und Achtsamkeit den Teufelskreis durchbrechen. Verlag Hans Huber, Bern, 2013, 226 Seiten, ISBN 978-3-456-85082-5, 24,95 Euro

Mein wundervolles Genom

Seit der Entdeckung und der Entschlüsselung der DNS haben sich viele neue Forschungsrichtungen und Möglichkeiten in der Medizin ergeben. Aber auch der Markt der Konsumgenetik vergrößert sich stetig. Mittlerweile kann jeder sein eigenes Erbgut sequenzieren lassen und sich Gentests unterziehen. Aber was bedeutet es, seine Erbanlagen zu kennen? Was sagt das Ergebnis über die eigene Zukunft aus, und lässt sich diese ändern? Diesen Fragen geht die Autorin in einem Selbstversuch nach. Auf ehrliche und kompetente Art und Weise beschreibt sie die Erfahrungen, die sie bei der Analyse und der Interpretation ihres Erbguts macht. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Gene kein Schicksal sind, sondern dass es darauf ankommt, was man aus ihnen macht und wie man sein Leben gestaltet. (ff)

LONE FRANK: Mein wundervolles Genom – Ein Selbstversuch im Zeitalter der persönlichen Genforschung. Carl Hanser Verlag München, 2011, 324 Seiten, ISBN 978-3-446-42687-0, 19,90 Euro

Jugendliche und ihre Peers

Das Buch präsentiert die Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittstudie, die den Einfluss von schulischen und außerschulischen Freundschaftsgruppen auf die Bildungskarrieren von Jugendlichen (Sekundarstufe 1) untersucht hat. Dabei wurden die Bereiche Kindheits-, Jugend- und Schulforschung miteinander verbunden. Das Projekt »Peergroups und schulische Selektion« hat den veränderten Stellenwert von Peerbeziehungen und -orientierungen für die Bildungsbiografien von Heranwachsenden untersucht, auch unter Berücksichtigung milieuspezifischer Teilhabechancen. In weiteren Kapiteln werden zusätzlich der Einfluss der Eltern auf die Freizeitpraxis der Jugendlichen und die Bedeutung von Sexualität und Partnerschaft bzw. Alkohol in jugendlichen Peergroups beleuchtet. (iw)

HEINZ-HERMANN KRÜGER, ALINE DEINERT, MAREN ZSCHACH: Jugendliche und ihre Peers. Freundschaftsbeziehungen und Bildungsbiografien in einer Längsschnittperspektive. Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin, Toronto 2012, 292 Seiten, ISBN 978-3-86649-460-2, 29,90 Euro

Bindung und Sucht

Das Buch zeigt die Zusammenhänge zwischen Bindungssuche und Suchtverhalten auf. Es geht davon aus, dass Sucht entsteht, wenn in Situationen, die große Angst und hohen Stress auslösen, Suchtmittel die aus unterschiedlichen Gründen nicht erreichbare Bindungsperson ersetzen müssen. Das Suchtmittel wird im Laufe der Zeit die »beste Bindungsperson«. Darüber hinaus werden therapeutische und präventive Möglichkeiten vorgestellt, die suchartiges Verhalten verändern und neue beziehungsorientierte Verhaltensweisen aufbauen können. Das Buch richtet sich an alle, die im Rahmen von Therapie, Beratung, sozialer Arbeit und Prävention Suchtkranke und Suchtgefährdete betreuen, insbesondere Kinder, Jugendliche und Eltern. (iw)

KARL-HEINZ BRISCH (HRSG.): Bindung und Sucht. Klett-Cotta, Stuttgart 2013, 299 Seiten, ISBN 978-3-608-94780-9, 37,95 Euro

Migrantengesundheit

Das Buch beschäftigt sich mit dem Auftreten von Krebserkrankungen bei Kindern türkischstämmiger Eltern sowie bei türkischstämmigen Erwachsenen. Hierzu fasst der Autor im ersten Kapitel den Forschungsstand hinsichtlich der Risiken für eine Krebserkrankung und die Verbreitung in Deutschland, der Türkei und weltweit zusammen. Anschließend werden die Ergebnisse einer Sonderauswertung des Deutschen Kinderkrebsregisters sowie des Hamburgischen Krebsregisters dargestellt. Dabei zeigt sich, dass sich die Krebsrisiken der zugewanderten von denen der nicht zugewanderten Bevölkerung unterscheiden und zusätzlich einer zeitlichen Dynamik unterliegen. Dieser Unterschied wird anhand des Erklärungsmodells der Lebenslaufperspektive diskutiert. Der Autor leistet mit seinem Werk einen Beitrag zur besseren Interpretation von Untersuchungen zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. (mw)

JACOB SPALLEK: Migrantengesundheit – Die Sicht der Life-course-Epidemiologie am Beispiel von Krebs bei türkischen Zuwanderern. Beltz Juventa Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 106 Seiten, ISBN 978-3-7799-1983-4, 23,95 Euro



Konflikte wirksam lösen. Systemisches Arbeiten mit Familien und Organisationen. Ein Praxishandbuch

In dem Buch werden verschiedene Arbeitsbereiche wie Familientherapie, betriebliche Organisationen und Gerichte hinsichtlich systemischer Konfliktlösungen in den Blick genommen. Zunächst beschäftigt sich der Autor mit der Frage, wie verhärtete Konflikte überwunden werden können. Des Weiteren wird aufgezeigt, wie Konflikte wirksam gelöst und welches »Handwerkszeug« für gute Lösungen herangezogen werden können. Im Speziellen wird der Umgang mit psychischen Belastungen wie Stress, Burnout und Traumata beleuchtet. Abschließend wird die Leserin oder der Leser für verschiedene Problemlösestile sensibilisiert. Das Buch richtet sich an Fachleute aus helfenden Berufen, an Organisationen, an Richter bzw. Richterinnen und Anwälte bzw. Anwältinnen des Familien-, Sozial- und Wirtschaftsrechts sowie an psychologisch Interessierte. (nt)

RAIMUND SCHWENDER: Konflikte wirksam lösen. Systemisches Arbeiten mit Familien und Organisationen. Ein Praxishandbuch. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 2012, 221 Seiten, ISBN 978-3-608-89133-1, 24,95 Euro

Das Achtsamkeits-Übungsbuch – Für Beruf und Alltag

»Mehr Lebensqualität durch Entschleunigung« – das Buch hält, was es auf dem Cover verspricht. Selbstregulationstechniken zur Stressreduktion versprechen Konzentration, Ruhe und Gelassenheit im Alltag zu fördern. Mit diesem Übungsbuch legen die Autorinnen und Autoren einen direkten Einstieg in die Praxis der Achtsamkeitslenkung vor. Grundlagen, Hintergrund und Praxisanleitungen werden in verständlicher Weise beschrieben. Danach werden Lesende eingeladen, zu teilnehmenden Beobachtern ihrer selbst zu werden: In den Übungen geht es u. a. um eine geschärfte Wahrnehmung des Körpers, um das Erkennen angeeigneter Automatismen, um den Umgang mit Unangenehmem und der achtsamen Begegnung mit anderen. Die beiliegenden Audio CDs motivieren konsequent zur Umsetzung der Übungen, nicht zuletzt durch die mit angenehmer Stimme eingesprochenen Anleitungen. Eine Hörprobe kann auf der Internetseite des Verlages heruntergeladen werden. URL: http://www.klett-cotta.de/fm/35/Buch_Weiss_Achtsamkeits-Praxis-Buch_Hoerprobe.mp3 (dm)

HALKO WEISS, MICHAEL E. HARRER, THOMAS DIETZ: Das Achtsamkeits-Übungsbuch – Für Beruf und Alltag. Mit 2 Audio-CDs. Klett-Cotta, Stuttgart, 2012, 174 Seiten, ISBN: 978-3-608-94709-0, 19,95 Euro

Inhalte merk-würdig vermitteln

Wissensvermittlung spannend aufbereiten, damit die Zuhörenden die Inhalte dauerhaft verinnerlichen – das ist die Hauptaufgabe von Lehrenden. Das Buch von Messer bietet hierbei Hilfestellung: Es stellt einen vielseitigen Methodenschatz dar, um Themen so zu vermitteln, dass das Gehörte behalten wird. Grundlagen hierbei sind die moderne Suggestopädie, Theater, Storytelling und Kunst. Die fünf Kernmethoden des suggestopädischen Trainings werden im Buch erläutert. (san)

BARBARA MESSER: Inhalte merk-würdig vermitteln. 45 Methoden, die den Merkfaktor erhöhen. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 286 Seiten, ISBN 978-3-407-36519-4, 34,95 Euro

Männer in der Angehörigenpflege

Ein Drittel aller Hauptpflegepersonen sind männlich. Neben aktuellen Daten und einer Zusammenfassung der Forschung über diese Pflegendengruppe werden Ergebnisse einer Studie über ihre Netzwerkbeziehungen und Praxisbeispiele geboten. Zentrale Themen sind die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie der Aufbau einer Männergruppe. Das Fachbuch richtet sich an Lehrende und Forschende sowie Professionelle in Pflege und Beratung. Es vermittelt Grundlagen für die Entwicklung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie gendersensibler Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. (bw)

MANFRED LANGEHENNIG, DETLEF BETZ, ERNA DOSCH: Männer in der Angehörigenpflege. Beltz Juventa Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 137 Seiten, ISBN 978-3-7799-2820-1, 23,95 Euro

Jahrbuch Sucht 2012

Das jährlich von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. herausgegebene Jahrbuch Sucht liefert in bewährter Art und Weise aktuelle Zahlen und Fakten zum Konsumverhalten der deutschen Bevölkerung, u. a. bezogen auf Alkohol, Tabak, illegale Drogen und Medikamente. Zusätzlich wird auf Delikte unter Alkoholeinfluss und Suchtmittel im Straßenverkehr 2010 eingegangen. Darüber hinaus informiert das Jahrbuch über die Suchtkrankenhilfe in Deutschland und widmet sich an dieser Stelle der Versorgung abhängigkeitskranker Menschen, der Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe 2010 und der Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. Im letzten Abschnitt wird der Blick u. a. auf Suchtmittelkonsum und Prostitution in Deutschland und auf den Lobbyismus im Glücksspielbereich gelenkt. Ein umfangreiches Adressverzeichnis nationaler und internationaler Einrichtungen im Suchtbereich rundet das Standardwerk ab. (se)

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E. V. (HRSG.): Jahrbuch Sucht 2012. Pabst Science Publishers, Lengerich, 2012, 325 Seiten, ISBN 978-3-89967-768-3, 20,00 Euro

Fels in der Brandung statt Hamster im Rad

Innere Stärke, Gelassenheit und Selbstbewusstsein statt Überforderung, Angst und Erschöpfung: Eine balancierte Lebensführung fällt Menschen heutzutage häufig schwer. Resilienz, die sich in Widerstandskraft, Belastungsfähigkeit und Flexibilität äußert, hilft dabei, mit äußeren Umständen umzugehen und sie auszugleichen. Diese Veranlagung ist bei Menschen unterschiedlich ausgeprägt und muss aktiviert und gefördert werden. Die Autorin entwickelte das darauf basierende Human Balance Training. Es ist eine ganzheitliche Methode, bestehend aus zehn Trainingsschritten, die an den Dimensionen Körper, Gefühl, Verstand und Seele ansetzt, sie im Zusammenhang betrachtet und in Einklang bringt. Die Methode basiert auf der achtsamen Wahrnehmung von Bedürfnissen und Fähigkeiten in den Ebenen der Beziehung zu sich selbst, des Kontakts zu anderen Menschen sowie der aktiven Gestaltung der umgebenden Einflussfaktoren. (san)

SYLVIA KÉRÉ WELLENSIEK: Fels in der Brandung statt Hamster im Rad. Zehn praktische Schritte zur persönlichen Resilienz. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 142 Seiten, ISBN 978-3-407-36511-8, 19,95 Euro

Helfensbedürftig. Heimfrei ins Dienstleistungsjahrhundert

Der Autor geht in dieser Veröffentlichung den Möglichkeiten einer »heimfreien« Gesellschaft nach, in der Menschen mit Handicaps, bis hin zur Demenz, ihrem persönlichen Wunsch folgend in ihren eigenen vier Wänden oder zumindest in ihrer vertrauten Nachbarschaft leben und sterben können. Unter der Fragestellung »Wer hat ab heute mit wem was zu tun?« benennt er beispielhafte notwendige Aufgaben zur Verallgemeinerung der neuen Hilfenkultur für alle, von der Selbstsorge und Selbsthilfe bis hin zu kommunaler Verwaltung und Politik. (ark)

KLAUS DÖRNER: Helfensbedürftig. Heimfrei ins Dienstleistungsjahrhundert. Paranus Verlag, Neumünster, 2012, 247 Seiten, ISBN 978-3-940636-18-8, 10,95 Euro

Risikoabschätzung bei Kindeswohlgefährdung

Die Einschätzung von Kindeswohlgefährdung ist für Verantwortliche und Fachleute hochkomplex und eine Herausforderung nicht nur in der Jugendhilfepraxis. In dem Fachbuch wird der Begriff Kindeswohlgefährdung aus unterschiedlichen Perspektiven erklärt sowie in systemisches Denken und systemische Haltung im Umgang mit dem Thema eingeführt. Aus der Sicht des Kindes und mit einer vielschichtigen Perspektive auf die Familie werden in diesem Buch diverse Methoden für die Einschätzung einer mutmaßlichen Kindeswohlgefährdung vorgestellt und sehr konkrete Kriterien vorgegeben. Dabei wird das Lebensalter von Kindern und Jugendlichen von 0 bis 18 in Phasen differenziert betrachtet. Das Fachbuch ist für Lehrende und Fachleute in der Jugendhilfe, dem Gesundheits- und Rechtsbereich zu empfehlen. (bw)

HEIKE SCHRADER (HRSG.): Risikoabschätzung bei Kindeswohlgefährdung. Ein systemisches Handbuch. Juventa Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 207 Seiten, ISBN 978-3-7799-2249-0, 23,95 Euro

Pflegende Angehörige älterer Menschen

Ausmaß und Formen der Pflegebedürftigkeit vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und demografischer Veränderungen in der Schweiz, sind Inhalt der ersten Kapitel dieses Buches. Im Anschluss wird die Rolle der Familie thematisiert. Im Vordergrund stehen hier Fragen wie: Wer pflegt? Unter welchen Bedingungen wird gepflegt? Auch die Motivation zur Übernahme der Pflegeaufgabe oder unterschiedliche Belastungserfahrungen durch die Pflege werden betrachtet. Zudem werden Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige diskutiert und es wird ein Szenario zukünftiger Entwicklungen und Handlungsfelder der informellen und ambulanten Pflege in der Schweiz entworfen. (ark)

PASQUALINA PERRIG-CHIELLO, FRANCOIS HÖPFLINGER: Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Hans Huber Verlag, Bern, 2012, 343 Seiten, ISBN 978-3-456-85035-1, 32,95 Euro

Der Lebensraum des Großstadtkindes

Wie leben Kinder in Großstädten? Wie erleben sie ihr Wohnquartier und ihr Spielgelände? Wie eignen sie sich die Plätze, Straßen, Grundstücke, Konsumorte der fremdartigen Erwachsenenwelt an und wie gestalten sie diese zu ihrer Welt um? Diese aktuellen Fragen stellte die Hamburger Kinderpsychologin Martha Muchow 1935 in ihrer Lebensweltstudie zum »Lebensraum des Großstadtkindes«. Zusammen mit ihrem Bruder Hans Heinrich Muchow schuf sie ein klassisches Werk zur sozialwissenschaftlichen Kindheitsforschung mit Vorbildwirkung. Die gesetzten Maßstäbe der Studie greifen Imbke Behnken und Michael-Sebastian Honig in ihrem Werk auf. Das Buch bietet Forscherinnen und Forschern Impulse für eine sensible Betrachtung kindlicher Lebenswelten, für eine psychologisch fundierte Sozial- und Kulturgeschichte der Kindheit sowie für eine entwicklungsorientierte Umweltpsychologie. (ls)

MARTHA MUCHOW, HANS HEINRICH MUCHOW: Der Lebensraum des Großstadtkindes, Beltz Juventa Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 212 Seiten, ISBN 978-3-7799-1554-6, 29,95 Euro

Transformation der Tafeln in Deutschland

Die Tafelbewegung ist in ihrer Bedeutung in Politik, Gesellschaft und Wissenschaft nach wie vor umstritten. Ziel des vorliegenden Werks ist es, die Diskussion darüber (außer-)fachlich zu unterstützen. Der Band gibt acht Vorträge des Tafelsymposiums 2010 wieder, das zum einen dem Erfahrungsaustausch von Theorie und Praxis gewidmet war, zum anderen den Forschungsstand spiegeln sollte. Den Beiträgen sind Zusammenfassungen vorangestellt, die eine schnelle Orientierung über die zentralen Thesen ermöglichen. Dies ermöglicht einen schnellen Überblick über die verschiedenen Diskussionsstränge und vermittelt den Zugang zu einer Sicht auf Tafeln als einer Art Seismograf für den Zustand unserer Gesellschaft. (ark)

STEFAN SELKE, KATJA MAAR (HRSG.): Transformation der Tafeln in Deutschland. Aktuelle Diskussionsbeiträge aus Theorie und Praxis der Tafelbewegung. VS Verlag, Wiesbaden, 2011, 226 Seiten, ISBN 978-3-531-18012-0, 34,95 Euro

Termine LVG & AFS

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



Gewalt gegen Kinder – erkennen, kompetent handeln und vorbeugen 24.04.2013, Hannover

Gewalt gegen Kinder hat viele Gesichter: Kindesmisshandlung, Vernachlässigung oder sexueller Missbrauch kann die Entwicklung von Kindern und deren Chancen auf ein gelingendes Leben nachhaltig negativ beeinflussen. Diese Fachtagung soll Möglichkeiten für ein gemeinsames, berufsgruppenübergreifendes Fallmanagement aufzeigen. Sie richtet sich deshalb insbesondere an Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, medizinisches Fachpersonal sowie Mitarbeitende aus Jugendämtern, aus Einrichtungen des Kinder- und Jugendschutzes und anderen sozialen Institutionen.

Niedersachsen Forum Alter und Zukunft – Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte 16. Mai 2013, Lingen

Seit 1992 findet das Niedersachsen Forum Alter und Zukunft des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration in Kooperation mit einer Kommune statt. Das diesjährige Forum fokussiert das Thema Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte. Neben zwei Fachvorträgen finden am Nachmittag vier Foren zu den Themen »Moderne Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum«, »Selbstbestimmt älter werden«, »Seelische Gesundheit im Alter« sowie zu »Ernährung und Bewegung« statt. Die Veranstaltung richtet sich sowohl an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich als auch an interessierte Bürgerinnen und Bürger vor Ort.

Alterszahnmedizin und Altenpflege 26.04.2013, Hannover

Ein interdisziplinärer Kongress für Pflegekräfte, Zahnmediziner und Zahnmedizinerinnen:

Die Alterszahnmedizin wird in den nächsten Jahren infolge der demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft eine immer wichtigere Rolle spielen. Die Mundgesundheit im Alter ist für das gesundheitliche Empfinden der älteren Menschen, ob gesund oder erkrankt, von großer Bedeutung. Häufig agieren jedoch Zahnmediziner und Zahnmedizinerinnen sowie Pflegefachkräfte im Alltag zu wenig vernetzt miteinander, da oft zu geringe Kenntnisse über die Arbeitsweisen und Handlungsmöglichkeiten des anderen vorhanden sind. Genau an dieser Stelle soll der Kongress ansetzen. Durch das Zusammentreffen und den Austausch sowie gezielte Information sollen das gegenseitige Verständnis gefördert und die Möglichkeit geschaffen werden, Netzwerke zu bilden.

Nordic Walking oder am Stock gehen? Neue Perspektiven auf Altern, Altsein und Gesundheit 29.05.2013, Hannover

Das Themenfeld Alter(n) und Gesundheit verzeichnet in den letzten Jahren eine wachsende Dynamik und Ausdifferenzierung. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter werden meist im kommunalen Kontext umgesetzt und sind erfolgreich, wenn sie dort unter Beteiligung aller relevanten Akteure sektorübergreifend entwickelt werden. Die lokale Ausgangslage entscheidet über den Bedarf und den Zuschnitt der Maßnahmen und sollte alltagsnah, d. h. auf der Mikroebene von Stadtteil und Nachbarschaft und vor allem partizipativ mit Älteren entwickelt werden. Mit der Tagung soll die bisherige Bestandsaufnahme zu den Themen Gesundheit, soziale Lage, medizinische und pflegerische Aspekte der Versorgung, Selbstbestimmung und Bürgerschaftliches Engagement aktualisiert und in Zusammenhang mit dem Thema Alter(n) gesetzt werden.

Suppenküchen im Schlaraffenland 05.06.13, Hannover

Die Armutsquoten sind im reichen Deutschland nach wie vor hoch. Viele Menschen sehen in den Tafeln daher eine Reaktion auf einen erkennbaren Hilfebedarf. Darüber hinaus sind sie aber auch ein prägnantes Indiz für den schleichenden Wandel in unserer Gesellschaft: Brauchen wir immer mehr Suppenküchen in einem Land, das mit Blick von außen vielen Menschen als das Schlaraffenland überhaupt erscheint? Ist der Anstieg bzw. der »Erfolg« der Tafeln in Deutschland – die zwar die Not lindern – der richtige Weg? Benötigen wir nicht dringend weitere Strategien gegen Armut und Ernährungsarmut? Die Veranstaltung bietet dazu Vorträge und Diskussionsrunden.

»Es ist nie zu spät und selten zu früh – körperliche Aktivität, psychische Gesundheit und Teilhabe im höheren Alter fördern« 06.06.2013, Berlin

Die zweite Bundeskonferenz findet im Rahmen der Veranstaltungsreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung »Gesund und aktiv älter werden« statt. Ressourcenorientiert soll die Bundeskonferenz Chancen und Potenziale des demografischen Wandels in den Vordergrund der Diskussion stellen. Ein weiteres Ziel ist es, die Wechselwirkungen körperlicher, geistiger und sozialer Beweglichkeit im Alter genauer zu beleuchten. Um die Vernetzung wesentlicher Handlungsfelder des gesunden und aktiven Älterwerdens praxisnah voranzutreiben, sollen effektive Präventionsangebote aus allen Bereichen sowie Handlungshilfen und Best-Practice-Beispiele für Kommunen, Sozialversicherungen und Seniorenorganisationen vorgestellt werden.

Wieviel Wissen ist gesund? Jahrestagung der LVG & AFS 19.06.2013, Hannover

Traditionell setzt die gesamte Gesundheitsaufklärung und die Gesundheitsinformations»industrie« auf Wissensvermittlung. Dabei produziert mehr Wissen nicht automatisch gesündere Verhaltensweisen. Zudem ist die Wissensvermittlung im wissenschaftlichen Diskurs selektiv, was etwa die Veröffentlichung von kritischen Studienergebnissen anbelangt oder die Bereitschaft von Medien, unspektakuläre Erkenntnisse zu vermitteln. Die Jahrestagung beleuchtet die Zusammenhänge zwischen Wissen, Interessenslagen, Machtstrategien, Lebenslagen und Gesundheit. 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 das Recht auf Nichtwissen spielt eine wesentliche Rolle in diesem Diskurs.

Altern in Balance?! Chancen und Herausforderungen zur Förderung der psychischen Gesundheit 20.06.13, Bremen

Die Bedeutung der psychischen Gesundheit hat in den letzten Jahren insgesamt einen enormen Zuwachs erfahren. Für ältere Menschen stehen belastende Einflussfaktoren wie Einsamkeit, Mobilitätseinschränkungen oder altersbedingte Erkrankungen oftmals im Fokus. Sollte der Blick jedoch nicht vielmehr auf den Erhalt von Lebensqualität und Selbstbestimmung und somit auf die Förderung von Ressourcen gerichtet werden? Diese Perspektiven nimmt die Regionalkonferenz »Altern in Balance?!« in den Blick und möchte zukünftige Herausforderungen diskutieren. Die Regionalkonferenz findet im Rahmen der bundesweiten Veranstaltungsreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung »Gesund und aktiv älter werden« statt und ist eine gemeinsame Veranstaltung der LVG & AFS und der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen.

VORSCHAU

**Kaiserschnitte in Niedersachsen
Tagung des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit
Niedersachsen » 26.08.2013, Hannover**

20. Robert-Koch-Tagung » 05.–06.09.2013, Hannover

**Heimlich, still und leise? Umgang mit Sexualität in der Altenpflege
» 16.09.2013, Hannover**

**Jahrestagung des »Netzwerks Kita und Gesundheit Niedersachsen«
– Erzieher_innen sind Mehrwert! – Teil II » 30.09.2013, Hannover**

IMPRESSUM



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskweg 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, Mareike Claus, Sven Brandes, Sabine Erven, Sandra Exner, Friederike Feige, Franziska Freist, Birte Gebhardt, Anne Hinneburg, Angelika Maasberg, Dörthe Meier, Maren Preuss, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Lisa Schauermann, Stephanie Schluck, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Nicole Tempel, Kerstin Utermark, Marcus Wächter, Veronika Weithe, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

» **Beiträge:** Sandra Bischof, Michael Buckup, Carola Bury, Tülin Colakgil, Dr. Tina Gadow, Dirk Gansefort, Birte Gebhardt, Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Dr. Ingeborg Jahn, Dr. Mischa Kläber, Carolin Köster, Benjamin Kuntz, Dr. Thomas Lampert, Mirjam Langewitz, Prof. Dr. habil. Thomas Langhoff, Tim Leibert, Prof. Dr. Dr. Dieter Leyk, Michaela Ludewig, Markus Meyer, FH-Prof. Mag. Dr. Eva Mir, Hildegard Müller, Dr. Thomas Rüter, Dr. Daniela Schiek, Dr. Ute Sonntag, Dr. Florian Straus, Nicole Tempel, Prof. Dr. Claus Tully, Dörte von Kittlitz, Henriette Weirauch, Dr. Thomas Ziese

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 79: 30.04.2013

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:** © olly - Fotolia.com

» **Fotos:** S. 10 © GriPs-Projekt, S. 13 © www.sexundso.de, S. 17 © clipdealer.com, S. 24 © www.selbsthilfe-buero.de, alle anderen © Fotolia.com: olly, Schlierner, godfer, nyul, Jacek Chabraszewski, tankist276, Ingo Wiederoder, Peter Atkins, Kadmy, Photo-K, Joerg Lantelme, Gina Sanders, kristall, kavring, Alexander Raths, Kzenon, Eisenhans, stokkete, Robert Neumann

- 04.04.2013 » 15. Niedersächsische Hebammentagung**, Hannover, Kontakt: Celia Windorfer Stiftung »Eine Chance für Kinder«, Rühmkorfstraße 1, 30163 Hannover, Tel.: (05 11) 2 79 14 30, Fax: (05 11) 27 91 43 22, E-Mail: info@eine-chance-fuer-kinder.de
- 17.04.2013 » Abschlusstagung: WEP Wiedereinstieg nach der Elternzeit für die Pflege »Wieder da!? – Rückkehr von Pflegekräften in den Beruf«**, Hannover, Kontakt: Medizinische Hochschule Hannover, Dr. phil. Bärbel Miemietz, Carl-Neuberg Straße 1, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 5 32 65 01, E-Mail: gleichstellung@mh-hannover.de
- 25.04.2013 » Seminar, Gesetzlicher, erzieherischer Kinder- und Jugendschutz: Alkoholmissbrauch und Suchtgefahr – Präventionsansätze für die Arbeit mit Jugendlichen aus unterschiedlichen kulturellen Zusammenhängen**, Hannover, Kontakt: Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Susanne Keuntje, Am Waterlooplatz 11, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 1 06 74 38
- 27.04.2013 » Seminar, Inklusion kennt kein Handicap – gleichberechtigte Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Handicap**, Einbeck, Kontakt: Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Matthias Gelbke, Am Waterlooplatz 11, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 1 06 74 07
- 07.05.2013 » Tagung, »Aus aus den Windeln – rein in die Medienwelten?« Mediennutzung der 3- bis 10-Jährigen**, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de
- 28.–31.05.2013 » Deutscher Ärztetag 2013**, Hannover, Kontakt: Bundesärztekammer, Dr. Cathrin Becker, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, Tel.: (0 30) 4 00 45 64 05, Fax: (0 30) 4 00 45 63 84, E-Mail: cathrin.becker@baek.de
- 12.04.2013 » Fachtagung, Medienerziehung in der Familie – Neue Wege in der Elternarbeit**, Berlin, Kontakt: GMK-Geschäftsstelle, Körnerstraße 3, 33602 Bielefeld, Tel.: (05 21) 6 77 88, Fax: (05 21) 6 77 27, E-Mail: gmk@medienpaed.de
- 18.–19.04.2013 » 4. Kongress »Führung und Gesundheit – Herausforderung für Führungskräfte und Unternehmen«**, Berlin, Kontakt: AHAB-Akademie GmbH, Landsberger Allee 203, 13055 Berlin, Tel.: (0 30) 98 60 19 97 88, Fax: (0 30) 98 60 19 97 89, E-Mail: imfg@ahab-akademie.de
- 19.–20.04.2013 » BGW-Forum, Gesundheitsschutz in der pädagogischen Arbeit**, Wuppertal, Kontakt: BGW forum West, Nico Mohnke, Pappelallee 33/35/37, 22089 Hamburg, Tel.: (0 40) 2 02 07 32 13, E-Mail: bgwforum@bgw-online.de, Internet: www.bgwforum.de
- 22.–23.04.2013 » 18. Deutscher Präventionstag**, Bielefeld, Kontakt: DEUTSCHER PRÄVENTIONSTAG, Am Waterlooplatz 5 A, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 2 35 49 49, Fax: (05 11) 2 35 49 50
- 23.–24.04.2013 » Corporate Health Convention 2013 – 3. Europäische Fachmesse für betriebliche Gesundheitsförderung und Demografie**, Stuttgart, Kontakt: spring Messe Management GmbH, Güterhallenstraße 18 a, 68159 Mannheim, Tel.: (06 21) 70 01 90, Fax: (06 21) 7 00 19 19, E-Mail: info@corporate-health-convention.de, Internet: www.corporate-health-convention.de
- 25.04.2013 » Fachtagung, Gesund aufwachsen in der Kita**, Coburg, Kontakt: Hochschule Coburg, Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften, Annekatrin Bütterich, Friedrich-Streib-Straße 2, 96450 Coburg, Tel.: (0 95 61) 31 75 61, Fax: (0 95 61) 31 75 24, E-Mail: buetterich@hs-coburg.de
- 26.–27.04.2013 » Seminar, Ernährung im Alter**, Borken, Kontakt: Verband der Oecotrophologen e. V. (VDOE), Reuterstraße 161, 53113 Bonn, Tel.: (02 28) 28 92 20, Fax: (02 28) 2 89 22 77, E-Mail: vdoe@vdoe.de
- 29.–30.04.2013 » Tagung, Besser essen. Mehr bewegen. Kinderleicht-Regionen: Evaluationsergebnisse zum Modellvorhaben**, Karlsruhe, Kontakt: Max Rubner-Institut – Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, Haid-und-Neu-Straße 9, 76131 Karlsruhe, Tel.: (07 21) 6 62 50, Fax: (07 21) 6 62 51 11, E-Mail: praesident@mri.bund.de
- 06.05.2013 » Fachtagung, Die Kleinsten trifft es am stärksten – Kinderarmut in Familien**, München, Kontakt: Verband katholischer Kindertageseinrichtungen Bayern e. V., Maistraße 5, 80337 München, Tel.: (0 89) 5 30 72 50, Fax: (0 89) 53 07 25 25, E-Mail: fachtagung@kath-kita-bayern.de
- 07.05.2013 » 3. Telemedizin-Fachtagung Bayern 2013**, »1 Jahr GKV-Versorgungsstrukturgesetz: Mehr Chancen für Telemedizin und wirksame sektorenübergreifende Versorgung?«, München, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e. V., Rheinstraße 84, 12681 Berlin, Tel.: (0 30) 54 70 18 21, Fax: (0 30) 54 70 18 23, E-Mail: info@dgtelemed.de
- 23.05.2013 » Symposium, Jugendsexualität 2013**, Merseburg, Kontakt: Hochschule Merseburg, Prof. Dr. Konrad Weller, Geusaer Straße, 06217 Merseburg, E-Mail: konrad.weller@hs-magdeburg.de
- 05.–07.06.2013 » Hauptstadttagung 2013 – 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: schultze@agentur-wok.de, Internet: www.hauptstadttagung.de
- 07.–08.06.2013 » Fachtagung, Transkulturelle Suchthilfe: Sucht – eine Krankheit der Gewohnheiten**, Oerlinghausen, Kontakt: CE-Management, Scheibenbergstraße 39, 1180 Wien, Tel.: (00 43) 6 99 10 43 00 38, Fax: (00 43) 14 78 45 59, E-Mail: office@ce-management.com
- 10.–12.06.2013 » 26. Kongress des Fachverbands Sucht e. V.** »Der Mensch im Mittelpunkt – Was bedeutet dies für die Suchtbehandlung?«, Heidelberg, Kontakt: Fachverband Sucht e. V., Walramstraße 3, 53175 Bonn, Tel.: (02 28) 26 15 55, Fax: (02 28) 21 58 85, E-Mail: sucht@sucht.de
- 14.06.2013 » Fachtagung, Gesundheitsförderung und -management 2.0 – Konzepte, Strategien und Zukunftsperspektiven**, Magdeburg, Kontakt: Hochschule Magdeburg-Stendal, Breitscheidstraße 2, 39114 Magdeburg, Tel.: (03 91) 8 86 30, Fax: (03 91) 8 86 41 04, E-Mail: nadine.neubauer@hs-magdeburg.de
- 14.06.2013 » Fachtag, Wohnen ohne Grenzen – Barrierefreies Planen und Bauen – auch wenn Pflege und Assistenz nötig sind**, Hamburg, Kontakt: Hamburger Koordinationsstelle, Sternstraße 106, 20357 Hamburg, Tel.: (0 40) 4 32 94 20, Fax: (0 40) 43 29 42 10, E-Mail: koordinationsstelle@stattbau-hamburg.de
- 22.–23.06.2013 » Seminar, Gemeinschaftsverpflegung für Kinder und Jugendliche**, Stuttgart, Kontakt: Verband der Oecotrophologen e. V. (VDOE), Reuterstraße 161, 53113 Bonn, Tel.: (02 28) 28 92 20, Fax: (02 28) 2 89 22 77, E-Mail: vdoe@vdoe.de, www.vdoe.de
- 24.04.2013 » Fachtagung »Der gesundheitsfördernde Kindergarten« – Herausforderungen und Lernerfahrungen**, Wien (Österreich), Kontakt: Fonds Gesundes Österreich, Aspernbrückengasse 2, 1020 Wien, Tel.: (00 43) 18 95 04 00, Fax: (00 43) 18 95 04 00 20, E-Mail: fgoe@goeg.at
- 12.–13.06.2013 » 4. EUFEP Kongress Adipositasprävention, eine (ge)wichtige Herausforderung**, Krems (Österreich), Kontakt: That's the way – Event Management, Tom Bläumauer, Reithleg. 12/1, 1190 Wien, Tel.: (00 43) 1 36 84 54 50, Fax: (00 43) 13 68 45 4520, E-Mail: tom@thatstheaway.at
- 12.–15.06.2013 » 6. Deutsch-Österreichischer Aids-Kongress**, Innsbruck (Österreich), Kontakt: EVENT SERCIVE RS GmbH, Maximilianstraße 43, 6020 Innsbruck, Österreich, Tel.: (00 43) 5 12 56 35 98, Fax: (00 43) 5 12 56 35 98 10, E-Mail: office@event-service.cc

NIEDERACHSEN

BUNDESWEIT

BUNDESWEIT
INTERNATIONAL

Wenn Sie den Newsletter regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie ihn bitte unter Angabe der Bezugsart (per E-Mail als PDF oder per Post als Druckexemplar) bei folgender E-Mail-Adresse: info@gesundheit-nds.de