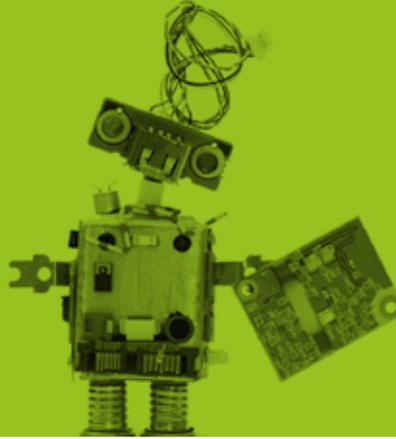


94 impulse

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

Gender und Gesundheit

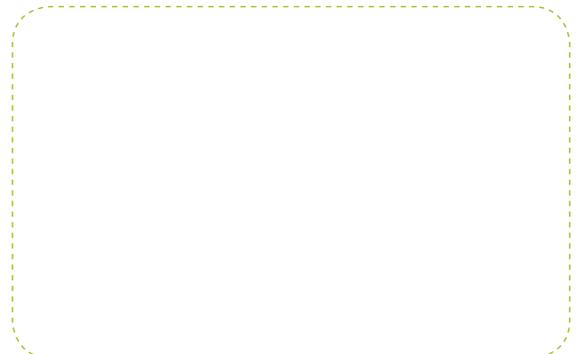
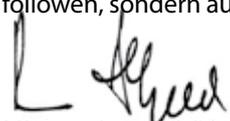
Was gibt es Neues?



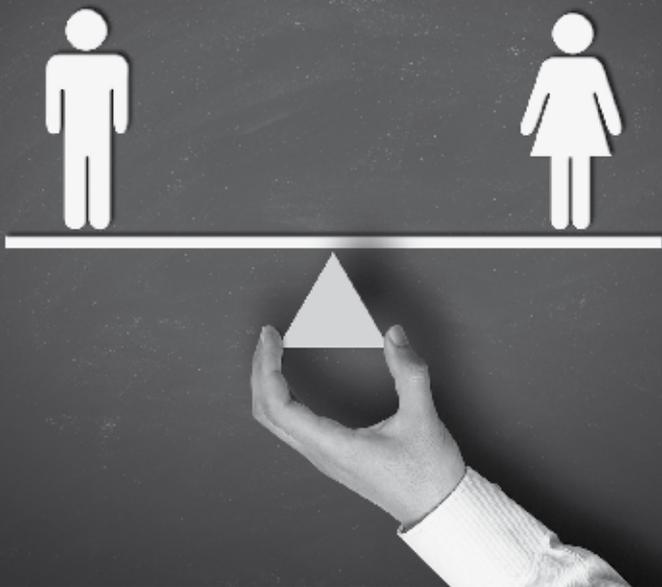
EDITORIAL » Auch wenn Gender Mainstreaming ein zentrales Qualitätsmerkmal unserer Vereinsarbeit ist und wir geschlechtssensibel bei der Interventionsplanung und Redaktionsarbeit vorgehen, ist dies tatsächlich die erste Gender-Ausgabe der Impulse. Bereits 1994 erschien ein Heft zu »Frauen und Gesundheit«, 2001 und 2011 folgten Impulse zu Männergesundheitsthemen. Seit Anfang der 90er Jahre ist viel passiert in Sachen Gender und Gesundheit in Deutschland: Geschlechtsspezifische Gesundheitsberichte für Frauen und Männer sind erschienen, Models of good practice vor allem im Bereich Mädchen- und Frauengesundheit wurden entwickelt. Das Präventionsgesetz von 2015 verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen, bei allen Leistungsausgaben den besonderen Bedarfen von Frauen und Männern Rechnung zu tragen und im Bundesministerium für Gesundheit wurde 2016 ein eigenes Referat für Fragen geschlechtsspezifischer Gesundheit eingerichtet. Auch wenn damit ein neuer Stellenwert für Genderfragen erreicht wurde, ist Gender Mainstreaming immer noch nicht im Mainstream der Gesundheitsversorgung und -förderung angekommen. Das fängt bei Forschungsdesign, Kommunikationsaspekten, Angebotsplanung und Zuschreibungsroutinen an und hört bei neuen Themenstellungen wie Körperkult bei Frauen oder Magersucht bei Männern längst nicht auf. Diese Ausgabe zeigt einerseits nach wie vor bestehende Herausforderungen etwa in konkreten Behandlungssituationen in der medizinischen oder psychotherapeutischen Versorgung auf und berichtet andererseits über Fortschritte in einigen Handlungsfeldern wie Vater-Kind-Kuren oder spezifische Unterstützungsangebote für geflüchtete Frauen in Bremen. » Vielleicht sind Sie bereits in unserer letzten Ausgabe über den bei uns verwendeten Gender-Star (*) gestolpert: Wir verwenden diesen für eine inklusive Ansprache, die alle Geschlechtsformen einschließt. » Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Gesundbleiben in einer digitalen Welt« (Nr. 95, Redaktionsschluss 21.04.2017) und »Was hindert uns an der Herstellung gesunder Verhältnisse?« (Nr. 96, Redaktionsschluss 08.08.2017). Wir freuen uns über Feedback zu dieser Ausgabe genauso wie über Anregungen und Beiträge für die kommenden Impulse-Hefte! » Im Vorfeld der nächsten Ausgabe fängt die LVG & AFS an zu twittern, Sie sind herzlich eingeladen, uns nicht nur printmäßig zu folgen, sondern auch auf diesem Kanal.

AUS DEM INHALT

| | |
|---|----|
| Gendersensibilität in Prävention und Gesundheitsförderung | 02 |
| Sinkende Gesundheitskompetenz der Männer (1800–2017)? | 03 |
| Gender und Gesundheit – Was gibt es Neues? | 04 |
| Gender und Gesundheitskommunikation | 05 |
| Einfluss des Geschlechts auf therapeutische Prozesse | 06 |
| (Krebs-)Früherkennung und Geschlecht | 07 |
| Körperkult und Schönheitsstreben von Mädchen | 08 |
| Magersucht bei Männern | 09 |
| Männer sorgen. Für Gleichstellung und Gesundheit | 11 |
| Geschlechtssensibilität von Prävention | 11 |
| Gendersensible Vater-Kind-Maßnahmen | 13 |
| Ottawa Charta – Persönliche Kompetenzen entwickeln | 14 |
| Das schweizerische Forschungsnetzwerk Gender Health | 16 |
| Das Belastungsempfinden pflegender erwerbstätiger Söhne | 16 |
| Männerkonferenz »Who Cares? Who Shares?« | 17 |
| Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Hochtouren | 18 |
| Betreuungskonzepte | 19 |
| Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« | 19 |
| Queere Gesundheit im Andersraum | 20 |
| Vater-Kind-Kuren | 21 |
| Herausforderung Frauen und Flucht | 22 |
| Programm »Präventionsketten in Niedersachsen« | 22 |
| Impressum | 23 |
| Bücher, Medien | 24 |
| Termine LVG & AFS | 30 |
| Termine | 32 |

Mit herzlichen Grüßen!
Thomas Altgeld und Team



PETRA KOLIP

Gendersensibilität in Prävention und Gesundheitsförderung

Gender scheint im Mainstream der Gesundheitsförderung angekommen zu sein. Kaum eine Veranstaltung, auf der nicht betont wird, wie wichtig eine zielgruppengerechte und damit auch gendersensible Interventionsplanung ist; kein GKV-Präventionsbericht, der nicht geschlechtervergleichend Daten zur Nutzung der GKV-Angebote präsentiert und eins ums andere Jahr zeigt, dass die Individualmaßnahmen für Männer unattraktiv sind; kaum ein Gesundheitsbericht, der nicht die Daten zu Geschlechterunterschieden im Gesundheitsverhalten unter Rückgriff auf bio-psycho-soziale Modelle erklärt. Den Worten müssen Taten folgen und so ist es auch im Präventionsgesetz endlich festgelegt: »Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen«, so heißt es dort, und die Tragweite dieser Formulierung, die sich im Übrigen auf alle Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen und nicht nur auf Prävention und Gesundheitsförderung bezieht, ist noch kaum erfasst.

Aber stehen wir wissenschaftlich und konzeptionell in guten Schuhen, um diese Anforderung mit Leben zu füllen?

Die Forderung nach einer gendersensiblen Gesundheitsförderung und Prävention nimmt Bezug auf eine wissenschaftliche Differenzierung zwischen dem biologischen und sozialen Geschlecht, eine Unterscheidung, die im Englischen mit »Sex« vs. »Gender« prägnant auf den Punkt gebracht wird. Während sich »Sex« auf die biologischen Unterschiede bezieht, fokussiert »Gender« auf die durch soziale Prozesse erworbenen Einstellungen und Verhaltensweisen. Es besteht Konsens, dass es in der Gesundheitsförderung vor allem um Gender, also die gestaltbare Komponente des Geschlechts geht, und dass diese maßgeblich von Lebenslagen und Lebensbedingungen ge-

prägt ist. Die Einbindung in Erwerbs- und Familienarbeit, die Vereinbarkeit von beiden Lebensbereichen und ökonomische Lebensbedingungen gestalten sich für Frauen und Männer unterschiedlich und auch die Auswirkungen auf die Gesundheit sind je nach Geschlecht und in Interaktion mit den sozialen Rahmenbedingungen verschieden. In der Forschung hat sich das Wissen um die Einflüsse von Sex und Gender auf Gesundheit und Krankheit deutlich vergrößert, wie der Blick in die einschlägigen Überblickswerke bestätigt. Wir wissen mittlerweile um die biologisch geprägten Unterschiede in der Entstehung zum Beispiel von Herzinfarkten und rheumatischen Erkrankungen, verfolgen die Diskussion um das »Gendernie«, ein Kniegelenkimplantat, das laut Prothesenvertriebsfirma speziell für Frauen entwickelt wurde (und wohl eher ein »Sexknie« ist) und können Geschlechtsunterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten benennen. Gleichwohl besteht für die Präventionsforschung ein Wissensdefizit, das aktuell mit einer Ausschreibung des BMBF partiell geschlossen werden soll, denn Unterschiede können zwar benannt, aber nur selten so ausreichend erklärt werden, dass gendersensible Interventionen theoriegestützt abgeleitet werden können.

Auch die Gesundheitsberichterstattung (GBE), die die Datengrundlage für die Ableitung von Interventionsstrategien liefert, hat sich konzeptionell weiterentwickelt, nicht zuletzt durch die Aktivitäten des für die GBE des Bundes zuständigen Robert Koch-Instituts. Ihre aktuellen Berichte belegen den Qualitätssprung, den die GBE durch Gender Mainstreaming und den Einbezug der Kategorie Geschlecht macht. So rückt der jüngste Bericht zur Gesundheit in Deutschland (2015) von einem bloßen Vergleich der Geschlechter ab und nimmt weitere soziale Dimensionen in eine differenzierte Betrachtung mit auf. Im Bericht wird so deutlich, dass es vor allem junge Männer unterer sozialer Schichten sind, die von einem Anstieg der Adipositas betroffen sind – ein Ergebnis, mit dem sich deutlich klarere Handlungsstrategien formulieren lassen als zuvor. Auch die Gesundheitsberichte einzelner Krankenkassen und anderer Akteure, wie zum Beispiel der DAK Gesundheitsreport 2016, der Arbeitsunfähigkeitsdaten unter Geschlechterperspektive analysiert, kann differenzierte Ergebnisse produzieren. So zeigt der DAK-Bericht, dass Frauen zwar häufiger krankgeschrieben sind, 12 Prozent des Geschlechtsunterschieds aber auf Schwangerschaftskomplikationen zurückzuführen sind. Auch lassen sich Frauen häufiger krankschreiben, wenn ein Kind erkrankt ist, da sie es noch immer in der Regel sind, die die Hauptverantwortung für die Kinderbetreuung tragen. Der Blick auf die soziale Dimension des Geschlechts eröffnet auch hier differenzierte Handlungsoptionen. Die Grundlagen für die Umsetzung des §2b SGB V sind in der GBE und in der Forschung gelegt, wenn auch ausbaufähig. Konzeptionell hinken Gesundheitsförderung und Prävention aber noch hinterher. Wirft man einen Blick auf die Aktivitäten der großen Akteure, BZgA und GKV, dann ist von Gendersensibilität der Maßnahmen wenig zu spüren. Dies gilt umso mehr, wenn es um Aktivitäten in Settings geht.

Was also braucht es für die Weiterentwicklung?

Es braucht eine Sensibilisierung dafür, dass für jedes Interventionsfeld die Geschlechterdifferenzierung ein erster Schritt ist, um eine zielgruppengerechte Interventionsplanung voran zu treiben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Geschlechter-

unterschiede erst vor dem Hintergrund weiterer sozialer Differenzierungen interpretierbar sind und Interventionen erst unter Einbezug weiterer sozialer Variablen sinnvoll geplant werden können. Systematische Interventionsplanung nach dem state of the art, wie etwa das Intervention Mapping, berücksichtigt dies bereits, aber viele Interventionen werden noch immer unsystematisch geplant.

Dies gilt auch und sogar verstärkt, wenn es um die Arbeit in Settings geht. Lebensweltbezogene Interventionen erhalten mit dem Präventionsgesetz Aufwind. Inwiefern hier ein gendersensibler Ansatz verfolgt werden sollte und kann, ist eine offene Frage. Konzeptionell liegt es auf der Hand, dass keine Lebenswelt ein geschlechtsneutraler Ort ist, aber wie das soziale Geschlecht systematisch einbeziehen? Diese Lücke muss mit konzeptionellen Arbeiten gefüllt werden. Die Erfahrungen aus dem Setting Betrieb könnten hier als Blaupause dienen. Und schließlich ist eine stärkere Verknüpfung der Kategorie Geschlecht mit Qualitätskriterien notwendig. Geschlechtersensibilität ist kein feministisches Sahnehäubchen, sondern ein essentielles Qualitätskriterium. Das von Gesundheitsförderung Schweiz entwickelte Qualitätssystem quint-essenz zeigt, wie es gehen kann: Gendersensibilität ist hier ein zentraler Indikator für Zielgruppengerechtigkeit und mit einer anregenden Checkliste lassen sich unterschiedliche Aspekte dieses Indikators im Projekt reflektieren (<http://quint-essenz.ch/de/tools/1054>). Es wäre zu wünschen, dass die einschlägigen Akteure die Umsetzung des Präventionsgesetzes auch in diesem Punkt ernst nehmen. Der Qualitätssprung wäre vermutlich groß.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. PETRA KOLIP, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, E-Mail: petra.kolip@uni-bielefeld.de

MARTIN DINGES

Immer weiter sinkende Gesundheitskompetenz der Männer (1800–2017)?

Männer haben im Vergleich zu Frauen in Deutschland immer noch eine fünf Jahre geringere Lebenserwartung. Das wird in der öffentlichen Debatte fast ausschließlich als Ergebnis des problematischen Gesundheitsverhaltens der Männer diskutiert: Sie würden sich nicht für die Signale ihres Körpers interessieren, rauchten zu viel, äßen schlecht, bewegten sich zu wenig und gingen nicht oder zu spät zu Ärzt*innen. Außerdem seien sie »Vorsorgemuffel« oder »Gesundheitsidioten«. Dem wird als leuchtendes Beispiel das angeblich viel bessere Verhalten der Frauen gegenübergestellt.

Um 1800 meinten Ärzte noch, die Männer seien das kräftige, gesunde, Frauen hingegen das schwache und zur Krankheit neigende Geschlecht. Damals formulierten Ärzte eine Anthropologie, die Gesundheit und Krankheit entlang der Geschlechtergrenzen eindeutig verteilte. Männer seien vernunftgesteuert, Frauen von ihrer Natur beherrscht.

Wandel der Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei der Geburt veränderte sich: Lag diese in Deutschland um 1850 für Männer und Frauen noch etwa gleich hoch bei rund 40 Jahren, sank sie bis zum Jahrzehnt der

Reichsgründung bei Männern schneller auf 35,6 Jahre als bei den Frauen, die schon ein drei Jahre längeres Leben erwarten konnten. Bis um 1900 stieg sie dann für die Frauen schneller auf 48,3 Jahre als für die Männer, sodass der Abstand nun schon dreieinhalb Jahre ausmachte. Die Männer kamen mit der Arbeitsmigration in die Städte, den Wohnverhältnissen, den gefährlicheren Arbeitsplätzen und der Armut schlechter zurecht als die Frauen.

Bis 1950 stieg die Lebenserwartung für beide um etwa 20 weitere Jahre. Bis etwa 1980 stieg die Lebenserwartung der Frau weiter auf 76,2 Jahre. Nun lebten sie schon 6,6 Jahre länger als die Männer. Damit war der Höhepunkt des Geschlechterunterschieds in der Lebenserwartung erreicht. Seither stieg die Lebenserwartung weiter, aber der Unterschied zwischen Männern und Frauen verringerte sich langsam auf mittlerweile 4,9 Jahre (2013).

Für die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts lässt sich gut belegen, was die Gründe für den wachsenden Unterschied waren: Rauchen war im 19. Jahrhundert immer mehr zu einem männlichen »Privileg« geworden. Mit der Massenmotorisierung (seit 1950) kam hinzu, dass viel mehr Männer an tödlichen Unfällen beteiligt waren. Frauen begannen erst später in großer Zahl den Führerschein zu machen und fahren bis heute nur etwa halb so viele Kilometer. Die Einführung der Leitplanken seit den 1980er Jahren bescherte den Männern bis 2005 ein halbes zusätzliches Lebensjahr, fast genau so viel wie die Reduzierung der Krebssterblichkeit. Verkehrspolitik kann also die beste Gesundheitspolitik sein.

Seit den 1960er Jahren rauchten immer mehr Frauen. Das steigert mittlerweile schnell ihre Lungenkrebssterblichkeit, während sie bei den Männern, die weniger rauchen als früher, sinkt. Die sonstigen Ursachen der Sterblichkeit wie Herz-Kreislauf-Krankheiten etc. weisen geringere geschlechterspezifische Unterschiede auf. Es ist also nicht falsch, das Verhalten von Männern als wesentlichen Grund für ihre Übersterblichkeit zu benennen.

Einfluss der Gesundheitsvor- und -fürsorge

Allerdings hat sich die öffentliche Gesundheitsvor- und -fürsorge wenig für die Männer interessiert. Im 19. Jahrhundert stand die Förderung von Geburtshygiene und Säuglingsfürsorge im Vordergrund. Die Hygiene im Haushalt sollte Schmutz- und Armutskrankheiten verhindern. Die Verantwortung für diesen Bereich schrieb man den Frauen zu. Traditionell waren sie außerdem diejenigen, die die Mahlzeiten zubereiteten, also für Ernährungsfragen als kompetente Ansprechpartnerinnen galten. Auch der Ausbau der Gesundheitsfürsorge zum Beispiel für Säuglinge und TBC-Kranke bot fast ausschließlich Frauen berufliche Perspektiven. Das Konzept der »geistigen Mütterlichkeit« aus der bürgerlichen Frauenbewegung kopelte Gesundheitskompetenz an Weiblichkeit. 1931 arbeiteten in den städtischen Gesundheitsämtern hauptamtlich mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer. Nur noch in der Trinkerpflege und der Psychiatrie waren Männer als Pfleger tätig. Für eine Geschichte geschlechterspezifischer Kompetenzzuschreibungen greift deshalb der Blick auf die Professionshierarchie anhand der Formel »weibliche Sozialarbeit nach männlicher Weisung« viel zu kurz. Gesellschaftlich fand hier ein erheblicher Aufbau von Gesundheitskompetenz statt, der Frauen von der Geburt bis zur Sterbebegleitung, vom Haushalt bis zum öffentlichen Dienst geradezu »natürlich« größere



Fähigkeiten zuschrieb. Die wichtigsten Verbesserungen der Gesundheitsverhältnisse seit etwa 1871 – Grundschulbildung, Ernährung, Wasserent- und -versorgung sowie die Haushalts- und Geburtshygiene und Impfkampagnen – kamen Frauen und Männern ungefähr gleich viel zugute. Das galt auch für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Jedoch wurden durch den öffentlichen Gesundheitsdienst statt der statistisch auffällig niedrigeren Lebenserwartung der Männer nur die generell steigende Lebenserwartung sowie die Sterblichkeitsursachen des »schwachen Geschlechts« betont (1890–1960).

Gesundheitsbildung und Rollenbilder

In der »Gesundheitserziehung« und späteren »Gesundheitsaufklärung« setzte sich immer mehr das Bild der Frau als gutes Rollenmodell in Gesundheitsdingen durch. Ein gewisser Höhepunkt waren Publikationen der BZgA seit den 1970er Jahren. Deren Broschüren charakterisierten Männer geradezu als Gesundheitsidioten – die im besten Fall noch etwas von Frauen lernen konnten. Ein gutes Beispiel sind die weit verbreiteten comic strips über Herrn Schlapp-Schlapp, der seine Defizite bereits im Namen trägt. Er ist übergewichtig, gestresst und unvernünftig, hetzt die Familie in den Urlaub, statt sich vor der langen Fahrt auszuruhen, legt sich stundenlang in die pralle Sonne und betrinkt sich abends. Alle guten Ratschläge seiner Frau weist er ab, bis er selbst krank ist und dann langsam zur Vernunft kommt. Während der 1980er Jahre entdeckte die Urologie den »ageing male« als Klientel, der man vor allem die Prostatavorsorge nahezubringen versuchte. Das klappte weniger gut als erwünscht, sodass auch hier Kritik an mangelnder Vorsorgebereitschaft aufkam. Nicht beachtet wurde dabei, dass Männer ein anderes Muster der Inanspruchnahme erlernen als Frauen zum Beispiel im Rahmen der gynäkologischen Vorsorge.

Als dann 1999 Gesundheitswissenschaftler*innen unter dem Titel »Konkurrenz, Karriere, Kollaps« das männliche Geschlecht generell als gesundheitsgefährdend ausmachten, war die Zuschreibung von fehlender Gesundheitskompetenz an Männer komplett. Die Autor*innen behaupteten, dass eine bestimmte Ausprägung von Männlichkeit, die sogenannte Typ-A-Männlichkeit, repräsentativ oder zumindest hegemonial für alle Männer sei. Damit förderten sie einen Defizitdiskurs, der Männern nun generell vorwarf, risikofreudig, aggressiv und gesund-

heitsschädlich zu handeln. Das brachte zwar die Politisierung des Themas voran, aber die mangelnde Differenzierung hatte durchaus auch negative Folgen: Wertet man die männlichen Adressaten drastisch ab, wird man schwerlich Gesundheitsbotschaften erfolgreich transportieren können.

So bewirkten unterschiedliche historische Tendenzen, dass die Männer vom angeblich gesunden Geschlecht auf den Status des Vorsorgemuffels abstiegen. Außerdem betont dieser Diskurs einseitig das Verhalten und lenkt von gesundheits-schädlichen Verhältnissen ab. Schön neoliberal sind dann die Männer an ihrem Zustand – alleine – selbst schuld.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. MARTIN DINGES, Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Straußweg 17, 70184 Stuttgart, E-Mail: martin.dinges@igm-bosch.de

MARGARETHE HOCHLEITNER

Gender und Gesundheit – Was gibt es Neues? Entwicklung der Gender Medizin

Die Gender Medizin hat sich, zumindest im universitären Umfeld, aus der Frauengesundheit und Männergesundheit heraus entwickelt. Der Frauengesundheitsidee verdanken wir, dass alle Gesundheitsberichte heute in gegenderter Form vorliegen. Zusätzlich wurden in vielen Städten Frauengesundheitszentren eingerichtet, die Angebote auf Basis der Wünsche und Bedarfe der Frauen vor Ort sowie in Abhängigkeit vom lokalen Gesundheitsangebot und vom sozialen Umfeld machen. Es wurde auch viel Öffentlichkeitsarbeit geleistet. Bekannte Beispiele sind die Frauen-Brustkrebskampagne »pink ribbon« oder die Awarenessaktionen zu Frauen und Herz »go red«. Aus diesen Bestrebungen hat sich die Frauengesundheitsforschung entwickelt und zeitverzögert auch men's health, wo im Prinzip identische Angebote wie bei women's health entwickelt wurden, angepasst an die Bedarfe von Männern.

Mit welchen Themen hat sich die Gender Medizin zu Beginn befasst?

Die Gender Medizin basiert auf den Forschungen zu women's health. Daraus ergeben sich auch die ersten Forschungsschwerpunkte, beispielsweise zur Diskriminierung von Frauen im Gesundheitsbereich. Die bekanntesten Themen waren und sind Medikamente und Herzerkrankungen.

Beim Thema Medikamente wurde aufgezeigt und kritisch darauf hingewiesen, dass Medikamente hauptsächlich bis ausschließlich an Männern getestet wurden und getrennte Auswertungen für Frauen und oft auch für Männer fehlten. Nach langen Diskussionen und politischen Aktivitäten wurde schlussendlich die Medikamententestung an Frauen und Männern sowie die getrennte Auswertung gesetzlich verordnet. Trotzdem bleiben noch viele Wünsche offen, was sich zuletzt durch die in allen US-amerikanischen Medien geführte Diskussion um die Dosierung von Zolpidem gezeigt hat. Nach der Einnahme der vorgegebenen Dosierung von Zolpidem kam es hauptsächlich bei Frauen zu hangover. Die betroffenen Frauen verspürten noch am nächsten Tag deutliche Einschränkungen beispielsweise bei der Verkehrstüchtigkeit. Es wurden zahlreiche Verkehrsunfälle auf dieses Medikament zurückge-

führt. Nach genauen Untersuchungen der Wirkmechanismen bei Frauen und Männern zeigten sich Geschlechtsunterschiede, sodass in der Folge die empfohlenen Dosierungen reduziert wurden. Für Frauen kam es zu einer Halbierung der ursprünglichen Dosisempfehlungen.

Das zweite bereits sehr frühe erforschte Thema, über das zwischenzeitlich zehntausende wissenschaftliche Artikel abrufbar sind, sind Herzkrankheiten, vor allem koronare Herzerkrankungen, wie Herzinfarkt. Zusammenfassend haben sehr viele dieser Studien Trends aufgezeigt, die als »Yentl Syndrome« bezeichnet werden, das heißt Frauen kommen später und in fortgeschritteneren Stadien ihrer Erkrankung an Herzzentren. Zusätzlich haben sie eine geringere Chance auf Diagnostik und Therapie, wie Intensivstation, Herzkatheter oder Bypassoperation, als Männer. Zahlreiche Studien zum Thema Yentl Syndrome – 25 Jahre danach – zeigten keinesfalls eine Trendumkehr, allerdings eine Abschwächung.

Welche Fragestellungen sind es heute?

Die Gender Medizin hat es sich zur Aufgabe gestellt, alles medizinische Wissen darauf zu überprüfen, ob es für Frauen und Männer tatsächlich zutrifft und wenn ja in welchem Ausmaß und alle medizinischen Angebote daraufhin auszurichten. Im klinischen Bereich, das heißt in Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation, hat sich zumindest grundsätzlich die Erkenntnis durchgesetzt, dass im medizinischen Angebot auf Geschlechtsunterschiede eingegangen werden muss. Systeme zu ändern ist zeitaufwändig! Wo noch ganz besonderer Nachholbedarf besteht ist im Bereich der Grundlagenforschung. Dies ist besonders bedenklich, weil jede Medikamentenentwicklung in der Grundlagenforschung im Tiermodell beginnt!

Was sind neue Ergebnisse?

Derzeit gibt es täglich neue Ergebnisse, weil zwischenzeitlich auch durch politische Vorgaben, vor allem bei Projektförderungen für wissenschaftliche Forschung, wie Horizon 2020, Genderaspekte eingefordert werden. Gender Medizin ist nicht mit Frauengesundheit gleichzusetzen, das heißt es wurden jetzt auch Themen, wo Frauen nicht diskriminiert sind, bearbeitet, so ist es sicher zumindest mit ein Verdienst der Gender Medizin, dass bei Osteoporose, einer bis vor kurzem ausschließlich Frauen zugewiesenen Erkrankung, auch Männer einbezogen werden. Wir wissen zwischenzeitlich, dass auch Männer von Osteoporose bedroht sind, wenn auch wahrscheinlich in einem höheren Alter. Bei Krebserkrankungen insgesamt zeigt sich, dass weniger Frauen daran erkranken und bei Erkrankung eine bessere Prognose als Männer haben. Die neuen Therapien, unter Immuntherapien zusammengefasst, werden schon von der Grundlagenforschung herauf zu Geschlechtsunterschieden untersucht. Dass im Immunsystem große Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen war schon lange bekannt. Diese Therapien scheinen bessere Optionen für Frauen und Männer zu bieten. Es gibt bis jetzt nur vereinzelt gegenderte guidelines, zum Beispiel Richtlinien der Fachgesellschaften zu Diagnostik und Therapie einzelner Erkrankungen. So publiziert die Amerikanische Herzgesellschaft (AHA) seit Jahren Richtlinien zur Prävention koronarer Herzkrankheit für Frauen, von der Europäischen Herzgesellschaft wird dies allerdings als unnötig abgelehnt, obwohl unbestritten ist, dass im Europa der 28 EU-Staaten deutlich mehr Frauen als Männer an koronaren Herzerkrankungen

sterben. Dies trifft auch für Medikamente in vermehrtem Ausmaß zu, wo Frauen immer mehr darauf hinweisen, dass ihnen subjektiv unterschiedliche Dosierungen im Zyklus oder im Wechsel sinnvoll erscheinen, was auch durch sehr schwankende Hormonspiegel je nach Substanz nachvollziehbar ist. Hier wären noch sehr viele auch schon von den Patientinnen geforderte Dinge umzusetzen.

Was wird in Zukunft Thema sein?

Alles Medizinwissen muss auf Geschlechtsunterschiede untersucht und dies in unsere medizinischen Angebote eingebaut werden. Das Ziel der Gender Medizin ist es, für Frauen und Männer unter Einschluss des Diversity-Gedankens bestmögliche evidenzbasierte medizinische Angebote für jede Einzelperson zu entwickeln.

Literatur bei der Verfasserin

UNIV.-PROF.^{IN} DR.^{IN} MARGARETHE HOCHLEITNER, Professor for Gender Medicine, Director of the Gender Medicine Unit at the Medical University of Innsbruck, A-6020 Innsbruck, E-Mail: margarethe.hochleitner@i-med.ac.at

DOREEN REIFEGERSTE, ELENA LINK

Gender und Gesundheitskommunikation

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht nur in Bezug auf ihren Gesundheitszustand, ihr Gesundheitsverhalten und den Umgang mit Krankheiten, sondern auch in Bezug auf die Kommunikation darüber. Obwohl Männer schlechtere Gesundheitsparameter und eine geringere Lebenserwartung als Frauen besitzen, interessieren sie sich weniger für Gesundheitsinformationen und beschäftigen sich häufig erst beim Auftreten akuter Symptome damit. Neben dem generellen Interesse unterscheiden sich die Geschlechter auch hinsichtlich der bevorzugten Kommunikationswege. Während Männer vor allem auf den*die Ärzt*in vertrauen und seltener Gesundheitsinformationen lesen, suchen Frauen zusätzlich das Gespräch mit anderen Bezugspersonen und schätzen auch medizinische Informationen aus den Massenmedien. Zudem werden auch in Behandlungsgesprächen andere Themen fokussiert. So erhalten Männer weniger Ratschläge hinsichtlich eines gesunden Lebensstils als Frauen. Zusätzlich unterschätzen Männer häufig ihre Gesundheitsrisiken, was dazu führen kann, dass sie gegenüber Risikoinformationen eher ablehnend reagieren. Informieren sich Männer im Internet über Gesundheitsthemen, dann suchen sie vorrangig nach sachlichen, problemorientierten Informationen. Frauen legen zusätzlich auch auf den Austausch mit anderen Wert, der neben den problembezogenen Inhalten auch die emotionalen Aspekte berücksichtigen kann.

Soziale Rollenattribute

Ausgehend von theoretischen Annahmen und empirischen Erkenntnissen zu sozialen Geschlechterrollen scheinen vor allem erlernte weibliche und männliche Rollenattribute für diese Genderdifferenzen im gesundheitsbezogenen Kommunikationsverhalten relevant zu sein. Weibliche Rollenattribute gehen von einer hohen Emotionalität aus, die von Angst und starken Gefühlsausbrüchen geprägt ist. Zudem scheint es gesellschaftlich akzeptiert zu sein, dass Frauen ihre Gefühle offen kommunizieren. Entsprechend wird erwartet, dass sie

sich stärker über Emotionen austauschen und ein höheres Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung haben. Dies drückt sich beispielsweise darin aus, dass sie sich zwar nicht häufiger, aber in einer anderen Art und Weise an Online-Foren zu Gesundheitsthemen beteiligen. Zudem gelten sie oft als Gesundheitsmanagerinnen für ihre eigene Gesundheit sowie Gesundheitsfragen ihres Umfeldes. Sie setzen sich somit verstärkt mit dem Thema Gesundheit auseinander und zeigen ein erhöhtes Interesse an gesundheitsbezogenen Themen.

Männliche Rollenattribute sind vor allem von Vorstellungen wie Schmerzempfindlichkeit, Tapferkeit, Stärke und Unabhängigkeit geprägt. Dies beinhaltet auch die Annahme, dass Verletzlichkeit nicht gezeigt und negative Emotionen wie Traurigkeit und Angst nicht offen ausgelebt werden sollen. Somit sind Männer stärker von ihrem sozialen oder kommunikativen Netzwerk abhängig und geben je nach Konstellation bestimmte Aufgaben im Kontext der eigenen Gesundheit an ihr Netzwerk ab. Sie sind folglich selbst weniger aktiv und gelten daher in der Gesundheitskommunikation als wichtige, aber schwer zu erreichende Zielgruppe.

Die Rollenattribute beeinflussen nicht nur, wie Personen (das medizinische Fachpersonal eingeschlossen) über Gesundheit und Krankheit kommunizieren, sondern auch wie andere sie wahrnehmen. Ein bestimmtes Kommunikationsverhalten beruht häufig auf bestimmten Stereotypen, die zu einer Anpassung der Kommunikation sowie der Art oder des Umfangs der angebotenen Information führen. Genderbezogene Stereotype können somit bestimmte Vorstellungen bei Ärzt*innen auslösen, welche und wie viele Informationen das Gegenüber wünscht. In diesem Kontext werden Rollenattribute als Orientierung relevant und können weitreichende Folgen für die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen, die erfolgreiche Diagnose, die Kooperationsbereitschaft der Betroffenen und die Qualität der Behandlung haben.

Implikationen für Gesundheitsversorgung

Geschlechterspezifische Ansätze der Gesundheitskommunikation, die Unterschiede zwischen Männern und Frauen berücksichtigen, können maßgeblich zu einer besseren Gesundheitsversorgung beitragen. Allerdings ist dies bisher nur in wenigen Praxisprojekten gelungen. Insbesondere über eine effektive genderspezifische Gesundheitskommunikation für Männer ist wenig bekannt, während sich die Mehrheit der genderspezifischen Forschung auf Frauen konzentriert. Dennoch bietet die bisherige Forschung bereits einige Ansatzpunkte für eine genderechte Gesundheitsversorgung. So scheint es, als könnten Männer verhältnismäßig gut mit Ärzt*innen über ihre Ängste und die Bewältigung von Krankheiten sprechen. Auch schreiben sie Expert*innenempfehlungen eine hohe Bedeutung zu. Ergänzend zum persönlichen Gespräch können Ärzt*innen männliche Patienten auf mediale Angebote aufmerksam machen und so den Zugang zu Gesundheitsinformationen erleichtern. Die in diesem Zusammenhang häufig eingesetzten textlastigen Broschüren sind dahingegen eher ungünstig, da Männer durchschnittlich weniger leseaffin sind als Frauen. Dagegen scheinen technische Umsetzungen, beispielsweise durch Gesundheitsapps, die höhere technische Affinität der Männer anzusprechen.

Letztlich scheint es aber relevanter, dass Ärzt*innen individuell die bevorzugte Kommunikationsform ihrer Patient*innen und deren Informationsbedürfnisse in Erfahrung bringen, die

unabhängig von Genderstereotypen und zugeschriebenen Rollenattributen sein sollten. Neue digitale Formen bieten dann zahlreiche Potenziale für unterschiedlich aufbereitete Gesundheitsinformationen, zum Beispiel eine stärker unterhaltsame oder eher bildhafte Darstellung, und Austauschmöglichkeiten, die unterschiedliche Bedürfnisse erfüllen können. Letztlich gilt es, sensibel für die patientenspezifischen und nicht nur die genderspezifischen Kommunikationsformen zu sein.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. DOREEN REIFEGERSTE UND ELENA LINK, Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung, Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover, Expo Plaza 12, 30539 Hannover, E-Mail: doreen.reifegerste@ijk.hmtm-hannover.de, elena.link@ijk.hmtm-hannover.de

BRIGITTE SCHIGL

Gender Matters – Überlegungen zum Einfluss des Geschlechts auf therapeutische und beratende Prozesse

Wenn in diesem Artikel von Frauen und Männern die Rede ist, dann handelt es sich nicht um bestimmte Individuen, sondern um statistisch gewonnene, abstrahierte Daten. Diese sind mit differenztheoretischem Blick gewonnen, um Unterschiede zu finden. Man kann ebenso gut in der Betrachtung der Geschlechter auch Gleiches betonen, das genauso vorhanden ist. Zudem wird Gender immer auch durch andere Diversity Faktoren wie sexuelle Orientierung, Alter, Ethnie und kultureller Hintergrund oder Bildung moderiert. Und schließlich umfasst Gender gleichermaßen Menschen mit Trans- oder Intergender oder queerer Identität – hier stehen wir mit unseren Forschungen erst am Anfang. Für die Sensibilisierung für die Gender-Perspektive wird hier der differenztheoretische Blick gewählt.

In den Gesundheitsberufen ist es inzwischen etabliertes Wissen, dass Frauen und Männer jeweils unterschiedliche gesundheitsrelevante Parameter gelten: Sie nützen unterschiedliche Ressourcen, um ihre Gesundheit zu erhalten, und sie antworten in unterschiedlichem Ausmaß auf Angebote der Gesundheitsförderung. Sie haben unterschiedliche Risiken zu erkranken (sowohl somatisch wie psychisch) und sind unterschiedlichen sozialen Risiken ausgesetzt. Sie werden vom Gesundheitssystem selbst auch unterschiedlich behandelt, erhalten für manch ähnliche Symptome unterschiedliche Diagnosen und Therapieangebote.

Dieser letztgenannte Aspekt ist für alle im Gesundheitswesen arbeitenden Menschen wegweisend, da er klarmacht, dass wir selbst, als in diesem Feld Handelnde, zu den Geschlechtsunterschieden beitragen. Die Theorien des Doing Gender bieten dafür eine Erklärung: Geschlecht ist nicht nur eine gesellschaftliche Struktur, in die wir uns einordnen und eingeordnet werden. Geschlecht ist auch ein Prozess, es wird durch bewusstes Handeln und mehr noch automatisiertes Verhalten permanent miteinander hergestellt. Menschen verhalten sich subtil anders, je nachdem welcher Geschlechtszugehörigkeit sie ihr Gegenüber zuteilen – deshalb ist es für die meisten von uns sehr verwirrend, mit Trans- und Intergender Personen



Kontakt zu haben. Diese mehr oder minder offensichtlichen Verhaltensformen sind die aktive Form, eine Frau, ein Mann oder eine *queere Person zu sein. Sie zeigen sich in gesellschaftlichen Umgangsformen, in Sprechakten und Stimme, körperlichem Ausdruck, Denk- und Einschätzungsakten und in subtilen emotionalen Resonanzen auf unser Gegenüber.

Ich möchte im Weiteren einige Aspekte des Prozesses von Beratungs- und Behandlungsaufgaben unter der Perspektive des Doing Gender erläutern. Details finden Sie in Schigl (2012). Schon bevor jemand überhaupt eine*n Arzt*Ärztin, Psychotherapeut*in, Sozialarbeiter*in, Berater*in oder Heilpraktiker*in aufsucht, wird Gender wirksam. Sich selbst als behandlungswürdig einzuschätzen und der Art der Behandlung Erfolgsaussichten zuzuschreiben, ist Doing Gender und unterscheidet Frauen und Männer. Frauen suchen weit häufiger von sich aus Behandlungs- und Beratungsangebote auf, sei es in somatischen, sozialen oder psychischen Belangen. Sie tun sich aufgrund ihrer Sozialisation offenbar leichter, sich als behandlungsbedürftig zu sehen, während Männer hier eher zögern und Behandlungsangebote oft erst dann wahrnehmen, wenn die (körperliche oder seelische) Not sehr groß ist. Auch bei der Überweisung wird Doing Gender wirksam: Frauen wird viel häufiger als Männern die Aufnahme eines therapeutischen oder beratenden Prozesses angeraten, sowohl von Professionist*innen im Gesundheitswesen als auch von ihrem sozialen Umfeld. Dies vielleicht auch, weil Frauen dazu neigen, ihr Leiden eher in psychosozialen Zusammenhängen zu schildern. Das hat dann seitens des Gesundheitssystems die Antwort in mehr psychosomatischen Diagnosen, mehr Psychopharmaka-Verordnungen und eben mehr Überweisungen in psychologische Beratung und psychotherapeutische Behandlung.

Wenn Menschen bei der weiterführenden Beratungs- oder Behandlungsstelle eintreffen, werden sie in der diagnostischen Abklärung vor dem Hintergrund ihrer Genderzugehörigkeit gesehen. Auch welche Ziele jemand für einen angestrebten Veränderungsprozess angibt, ist maßgeblich mitbestimmt dadurch, welches Bild von geglücktem Frau- oder Mannsein diese Person hat. Und hier werden in der Abstimmung dieser Ziele die mehr oder weniger bewussten Annahmen über Frau- und Mann-Sein der Behandler*innen ebenso zum Tragen

kommen, sich ergänzen oder kontrastieren: Doing Gender! In den psychosozialen Institutionen treffen die mehrheitlich weiblichen Patient*innen und Klient*innen mehrheitlich auf Frauen (fast Dreiviertel aller Psychotherapeut*innen sind weiblich). Frauen treten mit Frauen leicht(er) in eine Beziehungsdynamik ein, die von Intimität bestimmt ist und in der Konfrontation und Abgrenzung seltener gelebt werden. Die homogen männliche Beratungsdyade hingegen ist eher von Distanz und Vorsicht geprägt, oft anfangs auch durch Konkurrenz gekennzeichnet und muss sich Vertrauen schwerer erarbeiten. Dies ist Doing Gender im Prozess, in dem je nach Zusammensetzung der therapeutischen Dyade unterschiedliche Färbungen der Beratungs- oder Therapiebeziehung zum Tragen kommen, unterschiedliche Risiken und unterschiedliche Benefits mit sich bringen. In dieser Beziehungsdynamik sind wieder beide am Prozess mitgestaltend. Bestimmte Themen im Prozess sind Hotspots für Doing Gender, hier wird die Zusammensetzung der Dyade die Art der Bearbeitung deutlich färben. Es sind dies etwa alle leibnahen Themen wie Sexualität und Begehren, Reproduktion, aber auch Felder, in denen die Geschlechter gesellschaftlich eher unterschiedliche Erfahrungen machen wie familiäre Arbeitsteilung, Gewalt oder Beziehungsdynamiken.

All diese Dynamiken gilt es, sich bewusst zu machen, in Supervisionen und Fallbesprechungen die Gender-Perspektive mit einzubeziehen und nicht zu vergessen, dass immer Ratsuchende wie Berater*innen als gendered individuals am Prozess des Doing Gender beteiligt sind. Wichtig ist es, dies nicht wertend zu sehen, sondern als etwas, das uns kulturell und sozial eingeschrieben, Teil von uns ist und dessen wir gewahr werden sollten. Es gilt, sich dies bewusst zu machen, um nicht automatisiert immer dieselben Strukturen und Prozesse zu wiederholen. Wenn Gesundheitsarbeiter*innen das klar ist, dann können sie flexibel auf die jeweiligen Anforderungen des laufenden Behandlungs- oder Beratungsprozesses reagieren; so kann unser und das Handlungsspektrum unserer Patient*innen und Klient*innen erweitert werden.

Literatur bei der Verfasserin

DR.^{IN} BRIGITTE SCHIGL, MSc. PROF.^{IN}, 1020 Wien, Rembrandtstraße 4/11, Österreich, E-Mail: brigitte.schigl@aon.at

ANNE STARKER

(Krebs-)Früherkennung und Geschlecht – Was gibt es Neues?

Mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz sowie dem Präventionsgesetz wurden wesentliche Weichen für die Weiterentwicklung der Früherkennung in Deutschland gestellt. Die Regelungen zur Krebsfrüherkennung sollen unter anderem die informierte Entscheidung von Bürger*innen über eine Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen verbessern. Bei den bestehenden Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen soll verstärkt auf individuelle Belastungen und Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten geachtet werden. Es wurde im Präventionsgesetz explizit festgehalten, dass die Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen haben (§2b SGB V).

Bisherige Angebote der Früherkennung

Die gesetzlich verankerte Gesundheitsuntersuchung (Gesundheits-Check-up) für Männer und Frauen ab 35 Jahren dient insbesondere der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Nierenkrankheiten sowie der für diese Erkrankungen maßgeblichen Risikofaktoren. Gesetzliche Krankenversicherungen übernehmen auch eine Vielzahl von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Bei Frauen beginnt dabei die Früherkennung im jüngeren Alter als bei Männern und ihnen stehen im Rahmen der gesetzlich verankerten Krebsfrüherkennung mehr Untersuchungen zur Verfügung: ab dem 20. Lebensjahr die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und ab dem 30. Lebensjahr die von Brustkrebs. Männer haben ab dem Alter von 45 Jahren Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Prostatakrebs. Frauen und Männer können ab einem Alter von 35 Jahren Untersuchungen zur Früherkennung von Hautkrebs in Anspruch nehmen, ab einem Alter von 50 Jahren Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs (Stuhlbluttest oder Koloskopie).

Was gibt es Neues?

Der Gesundheits-Check-up soll zukünftig auf alle Versicherten ab 18 Jahren erweitert werden. Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, für die die Europäische Kommission Leitlinien zur Qualitätssicherung veröffentlicht hat, sollen in Deutschland künftig als organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme ausgestaltet werden. Es kommen organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme für Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs dazu. Krankenkassen machen künftig schriftlich auf Früherkennungsangebote aufmerksam und informieren über Vor- und Nachteile der entsprechenden Untersuchung. Der Gemeinsame Bundesausschuss befasst sich derzeit mit der Ausarbeitung entsprechender Richtlinien. Bereits umgesetzt wurde Anfang des Jahres die Ablösung des bisherigen biochemischen Stuhltests durch ein immunologisches Stuhltestverfahren.

Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

Analysen zur Inanspruchnahme dieser präventiven Leistungen zeigen, dass die verschiedenen Früherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung von den Anspruchsberechtigten unterschiedlich stark genutzt werden: Die geschlechtsspezifischen Untersuchungen werden von 48,2 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen und von 24,5 Prozent der anspruchsberechtigten Männer genutzt. Das Mammographie-Screening-Programm für Frauen, für das persönlich eingeladen wird, weist eine Teilnehmerate von 56,6 Prozent aus. Dies verweist auf unterschiedliche Zugangswege für Frauen und Männer. Während Frauen seit dem Teenageralter »ihre*n Frauenärzt*in« haben, zu der*dem sie mit den unterschiedlichsten Anliegen wie Verhütung und Schwangerschaft gehen, haben Männer keinen Männerarzt, den sie regelmäßig aufsuchen. Somit kann angenommen werden, dass die Fachärzt*innen bei Frauen die Gelegenheit haben, auf die Früherkennungsuntersuchungen aufmerksam zu machen. Werden die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen betrachtet, die beiden Geschlechtern angeboten werden, nehmen am Hautkrebs-Screening 19,1 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen und 16,3 Prozent der anspruchsberechtigten Männer teil; beim Schnelltest auf Blut im Stuhl sind es 27,0 zu 18,8 Prozent, beim Gesundheits-Check-up 50,0 zu 45,8 Pro-

zent. Bei der Koloskopie gibt es zwischen Frauen und Männern keine Unterschiede in der Inanspruchnahme (jeweils 20,8 Prozent). Um die geschlechtsbezogenen Einflussfaktoren bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, auch im Sinne von sex und gender beschreiben zu können, ist es wichtig, folgende Aspekte zu berücksichtigen: Für die entsprechende Krankheit gilt es, die Bekanntheit und Beeinflussbarkeit der Risikofaktoren bei Frauen und Männern zu ermitteln und die Neuerkrankungs- und Erkrankungsraten (Inzidenz, Prävalenz) sowie das Sterberisiko und die Überlebensraten darzustellen. Außerdem ist zu beachten, in welchem Verhältnis der Nutzen und mögliche Risiken der Untersuchung zueinander stehen und wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, mit dem die jeweiligen Tests Erkrankte und Nicht-Erkrankte korrekt identifizieren (Sensitivität und Spezifität). Im Sinne einer geschlechtersensiblen Betrachtung gilt es auch zu untersuchen, inwieweit rollenspezifisches Handeln Einfluss auf die Inanspruchnahme hat, sowohl auf Nutzer*innen- als auch auf Anbieter*innenseite.

Fazit

Eine genauere Beschreibung der geschlechtsbezogenen Einflussfaktoren der Inanspruchnahme kann dazu dienen, geschlechtergerechte Angebote der Früherkennung zu entwickeln, die zur Verminderung der geschlechterbezogenen Ungleichheit beitragen können. Der reine Geschlechtervergleich reicht dazu nicht aus. Eine geschlechtersensible Begleitevaluation der Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen könnte dazu genutzt werden, festzustellen, ob der Anspruch des Präventionsgesetzes greift, dass die Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen haben. Eine Herausforderung besteht sicher darin, dafür geeignete Daten in der nötigen Differenzierung zu erheben.

Literatur bei der Autorin

ANNE STARKER, Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, E-Mail: starkera@rki.de

CLAUDIA WALLNER

Körperkult und Schönheitsstreben von Mädchen und jungen Frauen

Die Bedeutung von Schönheit und Sexyness für das Selbstwertgefühl von Mädchen verstärkt sich zunehmend: Ständig werden sie begleitet von Werbebildern und -filmen im öffentlichen Raum und in den Medien. Straff definierte weibliche Körper von Schönheitscontests à la Heidi Klum, die Mädchen die Richtschnur dafür liefern, wann ein weiblicher Körper schön ist. Das verändert die Bedeutung von Schönheit für Mädchen. Sexy zu sein ist das neue Credo von Weiblichkeit und wird ihnen als Emanzipationsschritt verkauft. Mädchen und Frauen konzentrieren sich heute sehr stark auf ihre körperliche Präsentation. Sexy Weiblichkeit ist immens wichtig für das Selbstwertgefühl. Mädchen und Frauen wissen: Es reicht nicht aus, gebildet zu sein, einem ausfüllenden Beruf nachzugehen oder Kinder zu erziehen. Wichtiger ist, schön zu sein und zu bleiben und dabei immer enger werdenden und standardisierten Vorstellungen von weiblichen Körpern zu genügen: keine Hüften, keine Oberschenkel, große Brüste, schmale Taille, lange Beine,

lange Haare, große Lippen, glatte Haut. Täglich begegnen wir diesen immer gleicher werdenden Bildern im öffentlichen Raum und in den Medien: Das menschliche Idealbild von Weiblichkeit wird Barbie immer ähnlicher.

Was früher das Mieder war, ist heute das Skalpell

Die Bedeutung von Schönheitsoperationen für das Erreichen des perfekten Körpers und Aussehens steigt stetig an: Je mehr Frauen sich operieren lassen, umso bezahlbarer werden diese Eingriffe. Schönheitsoperationen bewegen sich immer mehr in Richtung gesellschaftlicher Anerkennung: Was viele tun, kann nicht schlecht sein und ist doch normal. 2016 belegte bei Frauen die Brustvergrößerung den Spitzenplatz, gefolgt von Lidstraffung, Fettabsaugungen und Facelifting. Ein relativ neuer Trend sind sogenannte Intimkorrekturen, bei denen die äußeren Schamlippen so weit beschnitten werden, dass sie eng am Knochen anliegen. Die Pornofilmindustrie zeigt, wie weibliche Genitale auszusehen haben und der Trend der kompletten Intimrasur macht sichtbar, wer den Schönheitsidealen auch hier entspricht. Die 18- bis 30-Jährigen stellen die größte Gruppe unter denen dar, die sich Schönheitsoperationen unterziehen. Es sind also eher junge bis sehr junge Frauen, die sich bereits so wenig einverstanden mit ihren Körpern fühlen, dass sie Korrekturen vornehmen lassen.

Was machbar ist, wird notwendig

Wie passiert, was gesellschaftlich gerade passiert? Und warum? Ein wesentlicher Motor ist die Industrie: Mit Schönheit wird inzwischen viel Geld verdient. Durch die unerreichbaren Schönheitsideale werden Begehrlichkeiten geweckt und aufrechterhalten und das spült einen nie endenden Umsatzfluss in die Kassen der Kleidungs- und Kosmetikindustrie und der Schönheitschirurgie. Mädchen und Frauen permanent zu vermitteln, dass sie nicht schön genug, nicht perfekt genug sind, füttert den Wirtschaftszweig nahezu grenzenlos. Die sogenannte Pinkysierung kleiner Mädchen führt sie in diesen Markt ein: Mädchen lernen, dass sie nur wertvoll sind und bewundert werden, wenn sie sich möglichst umfassend den industriellen Vorgaben von Weiblichkeit anpassen.

Schönheitsdruck: ist doch normal ...

Bereits mit acht bis zehn Jahren sind viele Mädchen unzufrieden mit ihrem Körper. Der Druck öffentlicher Bilder erreicht Mädchen bereits vor der Pubertät und verlässt sie nicht mehr: zu dick, zu wenig Brust, die Nase zu breit, zu lang. Mädchen im Grundschulalter machen sich Gedanken über ihre erste Diät noch ehe der Körper auch nur annähernd ausgewachsen ist. Essen wird zum Feind und nicht zum Lieferanten von Genuss und Energie. Jahrzehnte lang haben Frauen dagegen gekämpft, über ihre Körper definiert zu werden und heute laufen Mädchen mit fliegenden Fahnen den Anforderungen der Schönheitsindustrie hinterher. Das nur, um sich ein Leben lang daran abzuarbeiten, Bilder erreichen zu wollen, die nur im Photoshop existieren und sich selbst abzuwerten. Bildung? Ja klar, wichtig, aber Schönheit? Noch wichtiger! Karriere? Unbedingt! Aber schlank und schön und immer jung! Das ist das Credo, mit dem Mädchen heute aufwachsen. Zwar ist die Bildungs- und Beschäftigungssituation von Frauen und Mädchen heute deutlich besser als vor gut 50 Jahren, doch fühlt mensch sich durchaus wieder an die Analysen von Simone de Beauvoir erinnert, die damals schon anklagte, dass Mädchen und Frauen mit dem Schönheitsgebot von Bildung und



dem Schaffen neuer Welten abgehalten werden. Heute wissen Mädchen, sie sollen beides erfüllen.

Times are changing – oder auch nicht

Mädchen und Frauen glänzen wieder durch Schönheit. Dafür könnte es zwei Gründe geben: In Zeiten großer persönlicher Verunsicherung durch den Verlust vieler das eigene Leben sichernder sozialer Faktoren (gute Bildung führt nicht zu guter Arbeit, ein Arbeitsplatz kann verloren werden, eine Beziehung auseinanderfallen) entwickelt sich ein verstärkter Bedarf, das eigene Leben zu kontrollieren bzw. zu steuern und Klarheit zu haben. Und geschlechtliche Selbstinszenierungen sind gefühlt in eigener Steuerung. Der zweite Grund mag darin liegen, dass der Körper selbst in neoliberal ausgerichteten Gesellschaften selbst immer stärker zum Instrument der möglichst optimalen Selbstvermarktung wird. Der Körper muss optimal eingesetzt werden, um an der konsumorientierten Gesellschaft zu partizipieren. Schönheit wird zu Ware, zur Voraussetzung für ein erfolgreiches Leben. Nicht schön zu sein wie die Werbebilder es vorgeben, verstört Mädchen, lässt sie sich wertlos fühlen und/oder krank werden an Körper und Psyche. Mädchengesundheit zu fördern bedeutet auch, sich gegen die permanent anwesenden Schönheitsbilder und -anforderungen im Namen von Mädchen zu widersetzen.

Literatur bei der Autorin

DR.^{PHIL.} CLAUDIA WALLNER, Scheibenstraße 102, 48153 Münster,
E-Mail: mail@claudia-wallner.de, Internet: www.claudia-wallner.de und
www.meintestgelaende.de

THOMAS FALBESANER

Magersucht bei Männern

Die Diagnose »Essstörung« taucht in den 50 am häufigsten geklagten Beschwerden in der allgemeinärztlichen Praxis nicht auf, obwohl sie vielen sekundären Erkrankungen zugrunde liegt, sodass Essstörungen faktisch einen vorderen Platz hinsichtlich ihrer epidemiologischen Bedeutung einnehmen. Diese Maskierung ist vor allem darin begründet, dass Patient*innen mit Essstörungen beim Arztbesuch nicht primär über ihre Grunderkrankung klagen, sondern über die Sekundärbeschwerden wie beispielsweise Herz-Kreislaufprobleme, Rücken- und Gelenkerkrankungen oder hormonelle Störungen wie Diabetes. Besonders markant gilt dies für die männliche Magersucht, denn die Betroffenen suchen erst spät die medizinische Betreuung, und Ärzt*innen denken bei mageren Männern trotz eindeutiger Befunde nicht an diese Diagnose. Die Erkrankung wird immer noch als spezifisch weiblich angesehen.



Die Prävalenz

Magersucht bei Männern wird oft noch als ein seltenes Phänomen verkannt, obwohl die Fakten dagegen sprechen. Der Anteil der männlichen Betroffenen an der Gesamtzahl der Magersüchtigen liegt laut der für Deutschland repräsentativen DEGS-Studie (Jacobi et al. 2014) bei rund 20 Prozent. Dies wird durch die Anzahl der in ambulanter oder stationärer Behandlung befindlichen männlichen Betroffenen nicht ansatzweise gespiegelt – hier dürfte der Prozentsatz unter 5 Prozent der Gesamtzahl der behandelten magersüchtigen Patient*innen liegen. Die Gesundheitsversorgung muss in Diagnostik und Therapie sensibel mit folgenden erschwerenden Faktoren umgehen:

- » Männer zeigen ihre Schwächen nicht und bagatellisieren ihre Krankheiten.
- » Verglichen mit Frauen erleben Männer abnormes Essverhalten erst viel später als krankhaft.
- » Es ist sehr schambesetzt, eine »typische Frauenkrankheit« zu haben.

Symptomatik der Magersucht

Die Kernsymptome der Magersucht sind geschlechtsunspezifisch, da mit der Suchtentwicklung die unterschiedlichen Eintrittspforten in die Erkrankung in den Hintergrund treten:

- » Es liegt eine extreme Abmagerung unter einen BMI von 17 kg/m² und panischer Angst vor einer Gewichtszunahme vor.
- » Der Gewichtsverlust ist absichtlich herbeigeführt: durch Hungern, Erbrechen, Abführen, übertriebene körperliche Aktivitäten und so weiter.
- » Es besteht eine Körperschemastörung, das heißt der Betroffene sieht zwar bei anderen die Magerkeit, erlebt sich selbst aber trotz massiver Abmagerung als zu dick.

Männliche Selbstwertproblematik und die Muskeln

Hintergrund der männlichen Magersucht ist oft eine narzisstische Thematik, das heißt ein beschädigtes Selbstwertgefühl, das der Betroffene über vermehrte Anerkennung von außen zu kompensieren sucht. Der Weg besteht im gezielten Aufbau eines den männlichen Schönheitsidealen entsprechenden Körpers, im Bodybuilding. So wird das diffuse Selbstwertgefühl immer enger an die äußere Erscheinung gekoppelt. Der idealisierte Zielkörper erscheint als Ausdruck von Stärke, Selbstdisziplin und Erfolg und wird mit allen Mitteln zu erreichen

gesucht, um sich so die Anerkennung von außen zu sichern. Diese auf den Schein gekürzte Version des alten griechischen Ideals der Kalokagathia (Schönheit von Geist und Körper) wird in den Medien vielfältig präsentiert. Allerdings lässt sich dieser »Idealkörper« nicht ohne massives diätetisches und genussfeindliches Verhalten erreichen. Hier entwickelt sich die Essstörung. Mann isst nur noch solche Nahrungsmittel, die den Muskelaufbau fördern, Proteinmixturen und teilweise auch gefährliche Substanzen wie Anabolika sollen den Erfolg sichern, Kohlehydrate und Fette werden dagegen gemieden. Oft entsteht eine Körperschemastörung, die eigenen Muskeln werden verkleinert und unvollkommen wahrgenommen, andere scheinbar perfekt ausgebildete Körper bewundert. Das Leben wird mit Diät und Training zunehmend einseitig und dem großen Ziel untergeordnet. Dieses Syndrom wird als »Adonis-Komplex« bezeichnet und ist statistisch auf dem Vormarsch.

Vom Muskelaufbau zur Magersucht

Es mag paradox erscheinen, dass sich die männliche Magersucht häufig aus einer Vorstufe entwickelt, bei der es primär um den Muskelaufbau, also um das Zunehmen geht. Die entscheidende Erfahrung ist hier eine zwanghaft und überkontrolliert durchgeführte Diät mit dem Ziel, den Körper und vor allem die mit dem Essen assoziierten Gefühle dem eigenen Willen unterzuordnen. Aus dem »verbotenen Hunger« entwickelt sich Gier und es kommt zu impulsiven Durchbrüchen in Form von Fressanfällen. Der innere Kampf wird immer extremer, die Angst vor dem Versagen steigt. Schließlich geraten die ursprünglichen Ziele in den Hintergrund, und es bleibt der existentielle Kampf um die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme, der sich nun auf das Abnehmen konzentriert. Die magersüchtige Entwicklung erscheint so dem Betroffenen als der Sieg der Selbstdisziplin über die Gefühle.

Zur Behandlung

Gerade bei Männern werden Anorexien meist erst spät und bei extremer Abmagerung erkannt, dann ist die stationäre Behandlung unumgänglich. Wenn es das Untergewicht zulässt, kann eine ambulante Einleitung der stationären Therapie vorteilhaft sein, da Männer sich beim ersten Kontakt mit Psychotherapie oft sehr schwer tun, diese als hilfreich zu erleben. Sie steht ihrer Tendenz entgegen, die eigenen Probleme innerlich und mit lächelnder Miene zu verarbeiten. Auch aufgrund der narzisstischen Problematik ist die Therapie gekennzeichnet durch krisenhafte Abläufe, da Kränkungen und Konfrontation schnell mit einem Beziehungs- und Therapieabbruch beantwortet werden. Hinzu kommt, dass Stationen oder Abteilungen zur stationären Behandlung von Essstörungen in der Regel absolut weiblich dominiert sind und es daher den Männern an fortgeschrittenen und motivierenden Gesundungsmodellen mangelt. Im Übrigen folgt die Behandlung der männlichen und weiblichen Magersucht aber gleichen Grundsätzen, da die Suchtdynamik die Geschlechtsunterschiede verschwinden lässt. So steht zunächst die Symptomabstinenz im Vordergrund, das heißt das Wiedererlernen eines »Normalen Essens«, der Verzicht auf exzessiven Sport und andere gewichtsmanipulierende Verhaltensweisen und natürlich die kontinuierliche Gewichtszunahme.

Literatur beim Verfasser

DR. THOMAS FALBESANER, Klinik am Leisberg, Gunzenbachstraße 8, 76530 Baden-Baden, E-Mail: tofa2003@web.de

MARKUS THEUNERT

Männer sorgen. Für Gleichstellung und Gesundheit.

Es klingt fast zu schön, um wahr zu sein: »Involviertes Vatersein erhöht die Zufriedenheit und Gesundheit der Männer: Nachhaltig engagierte Väter bezeichnen die Vater-Kind-Beziehung als eine ihrer wichtigsten Kraft- und Glücksquellen. Studien weisen nach, dass sich alltagsnahe und einfühlsame Vater-Kind-Beziehungen positiv auf die Lebenserwartung auswirken. Involvierte Väter haben weniger psychische oder physische Gesundheitsprobleme, konsumieren weniger Drogen, sind produktiver im Job und fühlen sich glücklicher als jene Väter, denen diese Verbindung zu ihren Kindern fehlt.« Diese Sätze finden sich im ersten »State of the World's Fathers Report«, herausgegeben von MenCare global, einer weltweiten Kampagne zur Förderung väterlichen Engagements.

Die MenCare-Kampagne wurde mit dem Schwerpunkt auf sexuelle und reproduktive Gesundheit in Brasilien lanciert. Mittlerweile ist sie in über 40 Ländern auf allen Kontinenten aktiv. In der Schweiz ist sie als nationales Programm zur Förderung engagierter Vaterschaft und sorgender Männlichkeiten (»caring masculinities«) konzipiert. Das Programm ist auf zwölf Jahre Laufzeit angelegt und in fünf Handlungsfeldern (Evidenz, Öffentlichkeit, Politik, Institutionen und Unternehmen, sozialer Nahraum) aktiv. Koordiniert wird das Programm vom Dachverband Schweizer Männer- und Väterorganisationen (maenner.ch), fachlich begleitet und getragen vom Schweizerischen Institut für Männer- und Geschlechterfragen. Die finanziellen Ressourcen stellen vier große Förderstiftungen bereit; die Bundesregierung der Schweiz beteiligt sich an einzelnen Teilprojekten.

Eigenzeit unter Druck

Die gleichstellungspolitische Zielsetzung ist schnell erklärt: MenCare will, dass Männer ihre Hälfte der unbezahlten Arbeit leisten. Diese Forderung ist alt, doch der Fortschritt gering: In allen westlichen Ländern – auch in den skandinavischen Vorzeigestaaten – tragen Männer bis heute deutlicher weniger zur unbezahlten Arbeit bei. Zwar steigt ihr wöchentliches Engagement für Haus und Familie stetig an, schlägt sich aber kaum in einer Reduktion der Erwerbsarbeitszeit nieder. Vielmehr bleibt der Erwerbsdruck unverändert hoch, während die Ansprüche in Familie und Partnerschaft wachsen. Gespart wird bei der Eigenzeit (Zeit für sich und anderes), was zu einer Verschärfung der Vereinbarkeitsproblematik aus Männersicht führt.

Das ist kurzfristig tauglich, längerfristig aber problematisch – und politisch etwa so unsichtbar wie der Medikamentenmissbrauch älterer Frauen. Männer selbst mucken kaum auf. Sie haben gelernt, dass ein »echter Kerl« keine Grenzen kennt und niemals Opfer ist – und sehen sich deshalb oftmals als individueller Versager, wenn sie an die Grenzen ihrer Belastbarkeit stoßen. So bleibt auch der Zynismus hinter der politisch wohlfeilen Rede von der Work-Life-Balance im Verborgenen, geht es diesen arbeitsmarktgetriebenen staatlichen Vereinbarkeitspolitiken doch letztlich nur darum, dass Eltern ihre bezahlte und unbezahlte Arbeit unter einen Hut bekommen. Ob und wie sie abseits der Arbeit (über)leben: Das ist natürlich Privatsache ...

Auf solidem Grund

MenCare Schweiz verwendet einen weit gefassten Care-Begriff. In der feministischen Theorie respektive der Care-Ökonomie ist Care-Arbeit stets Arbeit mit Menschen, in aller Regel »freiwillig« geleistete Arbeit mit Menschen. Dieser Ansatz hat seine Vorteile, vermag aber den Care-Diskurs nicht wirklich an männliche Lebenswirklichkeiten und Erwerbsbiografien anschlussfähig zu machen. Wir haben deshalb ein eigenes Modell entwickelt, das im internen Sprachgebrauch das »Osterneist-Modell« genannt wird. Es benennt neun Formen sorgenden Tätigseins (weniger als deskriptive Analyse denn als normative Perspektive). Sein Fundament bildet die Bereitschaft zur Resonanz, das »Bezogen- und Verantwortlich-Sein als Haltung und Kompetenz«. Das Modell unterstellt, dass alle Tätigkeits- und Ausdrucksformen »sorgender Männlichkeiten« durch eine gemeinsame Fähigkeit verbunden sind: Sorgen um und für sich selbst bedingt die gleiche Basiskompetenz wie die Sorge um und für andere. Ob Resonanz-, Beziehungs- oder Empathiefähigkeit – welche Begrifflichkeit man dafür auch immer verwenden mag, gemeint ist immer das Gleiche: Jene universelle menschliche Fähigkeit spüren des Seins, die Jungen im Lauf traditioneller Sozialisation als »unmännlich« abtrainiert wird. Es ist offensichtlich, dass diese Bezogenheitskompetenz eng verwoben ist mit der Fähigkeit, ein gesundes Leben zu führen.

Weitere Entwicklung

Die Bearbeitung der Dimension »Self Care« innerhalb von MenCare Schweiz steht noch ganz am Anfang. Es wird in der weiteren Entwicklung darum gehen, die Bezüge zwischen Selbstsorge und (Männer-)Gesundheit systematischer herauszuarbeiten und projektfähig zu machen.

Literatur beim Verfasser

MARKUS THEUNERT, Dachverband Schweizer Männer- und Väterorganisationen, Bahnhofstraße 16, 3400 Burgdorf, Schweiz, E-Mail: theunert@maenner.ch

THOMAS ALTGELD, INES KOOPMANN, SANDRA PAPE,
UTE SONNTAG, VERONIKA WARGA

Wie geschlechtssensibel sind Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme für Paul und Paula in Kitas und Schulen? Eine Status-quo-Analyse

Kitas und Schulen sind seit langem die zentralen Settings, um vielfältige Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen durchzuführen. Auch für gesetzliche Krankenkassen (GKV) sind diese Settings für die Entwicklung von Programmen, Maßnahmen, Medien und Material von großer Bedeutung, besonders im Hinblick auf die steigenden Verpflichtungen durch das Präventionsgesetz. Das seit Beginn des Jahres 2016 geltende Präventionsgesetz fordert als ein Qualitätskriterium für alle Leistungen der GKV, also auch für präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen, die Gendersensibilität. Das Geschlecht, als eine zentrale Variable für die Effektivität und die Wirksamkeit von Präventionsansätzen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, wurde historisch betrachtet über Jahrzehnte hinweg vernachlässigt oder ignoriert.

Bei der Entwicklung und Gestaltung von Materialien besteht die Gefahr, dass Mädchen und Jungen sowie Frauen und Männer häufig geschlechtsstereotyp dargestellt und Geschlechterrollen, die gesellschaftlich definiert wurden, quasi zum Naturgesetz erklärt wurden. Wir alle reproduzieren unsere Zugehörigkeit zu einem Geschlecht im Alltag ständig neu (doing gender). Geschlechtsstereotypen vereinfachen die Welt und verengen sie für die Protagonist*innen. Dies hat auch für das Gesundheitshandeln sowie für die Gesundheitskompetenzen drastische Konsequenzen. Jungen weinen nicht – dieses Stereotyp führt etwa dazu, dass Jungen Befindlichkeitsstörungen übergehen, diese nicht beachten und so wichtige Informationen über ihren Gesundheitszustand nicht angemessen verarbeiten können. Dagegen werden von Mädchen frühzeitig Hygienekompetenzen erwartet, angefangen vom selbstständigen Zähneputzen bis hin zur Körperpflege, wobei die Bereitschaft zur Nachsicht weniger groß zu sein scheint als bei gleichaltrigen Jungen. Im Präventionsgesetz ist Gendersensibilität ein gefordertes Qualitätskriterium. Aus diesem Anlass haben wir aktuelles Material und Maßnahmenansätze für Prävention und Gesundheitsförderung in Kita und Schule von acht großen Krankenkassen auf die Umsetzung von Gendersensibilität hin analysiert.

Fragen ans Material

Nach Margret Eichler gibt es eine Reihe von Fallen oder Verzerrungen (gender-bias), die es zu umgehen gilt, wenn gendersensibel geforscht werden soll. Wir können jedoch Anregungen daraus für unsere Fragestellung ziehen.

- » Androzentrismus: Im Mittelpunkt steht das Männliche, etwa in der Sprache, die benutzt wird. Es wird ausschließlich die männliche Form benutzt.
- » Geschlechtsinsensibilität: Biologische oder soziale geschlechtsspezifische Faktoren werden ignoriert.
- » Doppelter Bewertungsmaßstab: Es werden unterschiedliche geschlechtsabhängige Beurteilungen verwendet.

Für die Analyse wurden folgende Fragen an das Material gestellt:

- » Wie geschlechtssensibel ist die Sprache?
- » Welche Eigenschaften und Tätigkeiten werden Mädchen und Jungen jeweils zugeschrieben? Sind sie unterschiedlich für die Geschlechter oder ähnlich? Sind sie geschlechtsstereotyp?
- » Wie sehen die Rollenmodelle aus, die die Erwachsenen darstellen? Werden beide Geschlechter direkt angesprochen?
- » Sind die Frauen und Männer auf herkömmliche Rollen festgelegt?
- » Wie werden Fabelwesen dargestellt? Haben sie ein Geschlecht?
- » Wie ist die Farbgestaltung? In unserer Gesellschaft ist eine »Pinkisierung« der Mädchenwelt zu beobachten, auch als ökonomische Verkaufsstrategie.

Ergebnisse der Analyse

Ziel war nicht, einzelne Materialien oder Ansätze an den Pranger zu stellen, sondern den Status quo darzustellen sowie mögliche Handlungsbedarfe zu identifizieren. In der folgenden Ergebnisübersicht werden deswegen keine einzelnen Maßnahmen namentlich benannt, sondern die gesamte Bandbreite oder einzelne Auffälligkeiten neutral aufgezeigt. Der sprachliche Gebrauch in den Materialien reicht von dem Hinweis »nur männliche Form wird genutzt«, bis hin zur gender-



neutralen Nutzung. Auffällig ist, dass im Kita Bereich vornehmlich Erzieherinnen angesprochen und auch abgebildet werden. Eine geschlechtsspezifische Ansprache »an Jungen« oder »an Mädchen« erfolgt in der Regel nicht. Es besteht oftmals der Versuch, die Zuschreibungen an Mädchen und Jungen neutral zu halten. In einigen Fällen kommen jedoch veraltete Rollenmuster zum Vorschein. Zum Beispiel treten Mädchen als Cheerleader, Feen und Prinzessinnen auf. Sie sind fürsorglich, vorsichtiger und gesundheitsbewusster. Nur in einem einzigen Programm wird ein extra Modul zur Rollenreflexion in Gender- und Diversity-Fragen angeboten. Auch bei den adressierten Eltern oder Professionellen in Kita und Schule wird meist nicht nach Geschlecht differenziert. Eine Minderheit der Programme hält gezielt Angebote für Väter oder Mütter vor. Während für die Zielgruppe der Jugendlichen ihre eigene Peergroup, Erwachsene sowie bekannte Persönlichkeiten verwendet werden, werden für die Kinder zur Identifikation mit den Programmen oftmals Puppen und Fabelwesen eingesetzt. Auffällig ist hierbei, dass es sich bei den Puppen um weibliche Figuren handelt und die Fabelwesen tendenziell neutral sind. Lediglich einmal kommen im Duo eine weibliche und eine männliche Hauptfigur vor. Es finden sich zudem Stereotypen in Form von langen, blonden zu Zöpfen geflochtenen Haaren, weißer Haut und pink rosa Kleidung bei weiblichen Figuren wieder. Bei den männlichen Figuren dominieren die Farben blau und grün. Einige Anbieter achten darauf, ihre Abbildungen nach Gender und Diversity Aspekten auszuwählen.

Fazit

Die Bewertung der Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme der GKV können nicht nur auf die Materialien beschränkt bleiben, auch die praktische Umsetzung sowie die Schulung von Multiplikator*innen im Setting Kita und Schule sind relevant, allerdings lagen keine Informationen dazu vor. Doch liefern die Ergebnisse der Materialanalyse bereits interessante Hinweise für die zukünftige Gestaltung von gendersensiblen Programmen. Stereotypen sollten vermieden werden, insbesondere bei der Zuschreibung von Eigenschaften und der Darstellung von Handelnden in Alltagssituationen. Mädchen in eher passiven Rollen und Jungen in wilden aktiven Rollen zu zeigen oder Mädchen bei der Zubereitung von Gemüse und Jungen nur beim Essen darzustellen, wären typische Fallstricke, die leicht vermieden werden können. Die Materialien bestätigen zudem eher die aktuelle weibliche Domäne in den Erziehungsberufen. Männliche Erzieher oder Grundschullehrer werden fast nie benannt bzw. auf den Ab-

bildungen gezeigt, was jedoch wünschenswert wäre. Der Einsatz von geschlechts- und kulturstereotypen Puppen ist angesichts der vorhandenen Diversität in Kitas und Schulen generell wenig hilfreich. Väter und Mütter sollten unbedingt direkt in den Materialien angesprochen werden. Wenn nur von Eltern die Rede ist, werden vor allem Mütter angesprochen. Väter zu interessieren und zu motivieren, ist eine besondere Herausforderung. Auch der vorhandenen Diversität von Familienmodellen (»Patchworkfamilie«) oder der Elternschaft von gleichgeschlechtlichen Paaren wurde in keiner einzigen der untersuchten Materialien Rechnung getragen. Bei der Entwicklung von Programmen und Materialien sollten die Gruppen, die adressiert werden, frühzeitig einbezogen werden und auch die Programmentwicklung von Anfang an geschlechtersensibel angelegt werden. Hier bestehen Handlungsbedarfe bei fast allen untersuchten Materialien und Medien.

Literatur bei den Verfasser*innen

Kontakt siehe Impressum

ANNE SCHILLING

Väter im Müttergenesungswerk: Gendersensible Vater-Kind-Maßnahmen immer stärker gefragt

Aufstehen, arbeiten, Abendritual mit den Kindern: Viele Väter leben zwischen beruflichem Stress und dem Anspruch, ein guter Vater zu sein. Selbst wenn die hauptsächliche Haus- und Erziehungsarbeit laut statistischem Bundesamt mit 80 Prozent bei den Müttern liegt, steigt die Nachfrage nach spezifischen Vater-Kind-Kurangeboten zur Vorsorge oder Rehabilitation (§§ 24, 41 SGB V) überproportional. Häufigste Diagnose: Erschöpfungszustand bis zum Burn-Out, aber auch Rückenbeschwerden und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das Müttergenesungswerk (MGW) verzeichnete in der Jahresauswertung 2015 einen Zuwachs der Nachfrage nach väterspezifischen Maßnahmen um 24 Prozent auf rund 1.500 teilnehmende Väter – Tendenz weiter steigend. Die Geschlechtsspezifik in Diagnose und Behandlung wird heute in der Gender-Medizin in vielen Bereichen erforscht. Doch noch gibt es wenige geschlechtsspezifische Ansätze bis hin zu konkreten Versorgungsstrukturen. Auch Kurkonzepte müssen den väterspezifischen Anforderungen gerecht werden – um von ihnen als hilfreich wahrgenommen und letztendlich auch erfolgreich genutzt zu werden. Das Müttergenesungswerk hat das früh erkannt und sich die Frage gestellt: Inwieweit können unsere Erfahrungen mit gendersensiblen Maßnahmen für Mütter auf Väter übertragen werden? Was brauchen Väter für eine nachhaltige Gesundheit? Die Stiftung entwickelte bereits 2013 das bis heute bundesweit einzige Qualitätsprofil für Vater-Kind-Maßnahmen. Zentral ist dabei der geschlechtsspezifische Therapieansatz: Kurmaßnahmen, in denen Väter unter sich sind.

Väterspezifische Qualitätskriterien im Müttergenesungswerk

Das Profil des Müttergenesungswerks sind zielgruppenspezifische Kurmaßnahmen. In Deutschland bieten derzeit 16 der 76 vom Müttergenesungswerk anerkannten Kliniken spezifische Vater-Kind-Maßnahmen an. Die gemeinnützige Elly Heuss-

Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungswerk wurde 1950 von der Frau des ersten Bundespräsidenten gegründet. Seitdem setzt sie sich für die Gesundheit von Müttern ein. Mit der »Zustiftung Sorgearbeit« wurde das Angebot auch auf Väter und Pflegende ausgeweitet. Für die Vater-Kind-Maßnahmen wurden spezifische Qualitätskriterien für alle vom Müttergenesungswerk anerkannten Kliniken entwickelt die Väter aufnehmen. Es gibt zwei unterschiedliche Optionen: In der reinen Vater-Kind-Maßnahme befinden sich ausschließlich Väter und ihre Kinder in einem Kurdurchgang. Bei der parallelen Vater-Kind-Maßnahme wird eine Vater-Kind-Gruppe gebildet, die zeitgleich zur Mutter-Kind-Maßnahme stattfindet, mit eigenen Therapien. Dass diese Konzepte auch in der Praxis erfolgreich sind, zeigte jüngst die Ehrung der vom Müttergenesungswerk anerkannten Fachklinik Thomas Morus des Caritas Gesundheitszentrums für Familien Norderney mit dem Niedersächsischen Gesundheitspreis in der Kategorie »Der kleine Unterschied« (siehe dazu auch Seite 21).

Die Therapieangebote werden geschlechtsspezifisch und ganzheitlich durchgeführt und sind an der gesundheitlichen und persönlichen Lebenssituation orientiert unter Einbeziehung gesellschaftlicher Erwartungen und Rollenbilder. Der jeweils individuelle Therapieplan umfasst medizinische Diagnostik und Behandlungen, prozessorientierte psychosoziale Therapien, Physio-, Sport- und Bewegungstherapie, Ernährungsberatung, Entspannungs- und Kreativangebote als auch Beratung und Initiierung weiterführender Maßnahmen. Die Therapien sind auf Väter zugeschnitten und ermöglichen den Austausch untereinander in einer geschützten Männer-Runde. Dazu kommen männerspezifische Aktivitäten und Bewegungsangebote und die Stärkung der Vater-Kind-Beziehung. Gemeinsame Aktivitäten und therapeutisch unterstützte Angebote eröffnen Vater und Kind die Möglichkeit, ganz neue Seiten aneinander zu entdecken.

Väter: Zeitdruck und berufliche Belastung

Das Müttergenesungswerk stellte 2016 erstmalig Zahlen von Vätern vor, die an Vater-Kind-Maßnahmen teilgenommen haben. Nahezu 60 Prozent der befragten Väter nennen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Belastung, rund 52 Prozent arbeiten über 40 Stunden und mehr pro Woche. Wenn sie dazu noch familienbezogene Aufgaben wahrnehmen, kommen auch Männer an ihre Grenzen und werden krank. Die meisten Väter in den Kurmaßnahmen sind zwischen 36 und 55 Jahren alt. 58 Prozent sind verheiratet beziehungsweise leben in einer Partnerschaft, 34 Prozent sind alleinerziehend. Die meisten Väter haben ein bis zwei Kinder (76 Prozent). Das Haushaltsnettoeinkommen liegt bei 47 Prozent von ihnen unter 2.500 Euro im Monat. Um mehr Väter zu erreichen, weisen die 1.300 Beratungsstellen im Müttergenesungswerk (bei den Wohlfahrtsverbänden) und vielfältige Kommunikationsmittel in Print- und Online-Form auf die spezifischen Angebote für Väter hin. Denn die sind in der öffentlichen Wahrnehmung längst nicht so bekannt wie die Mutter-Kind-Maßnahmen und scheinen auch eine höhere Ablehnungsquote der Krankenkassen zu haben.

Literatur bei der Verfasserin

ANNE SCHILLING, Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk, Bergstraße 63, 10115 Berlin, E-Mail: info@muettergenesungswerk.de, www.muettergenesungswerk.de

30 Jahre Ottawa-Charta

BEATE BLÄTTNER

Aschenputtel unter den Handlungsfeldern? Persönliche Kompetenzen entwickeln

Vom Schmuttelkind ...

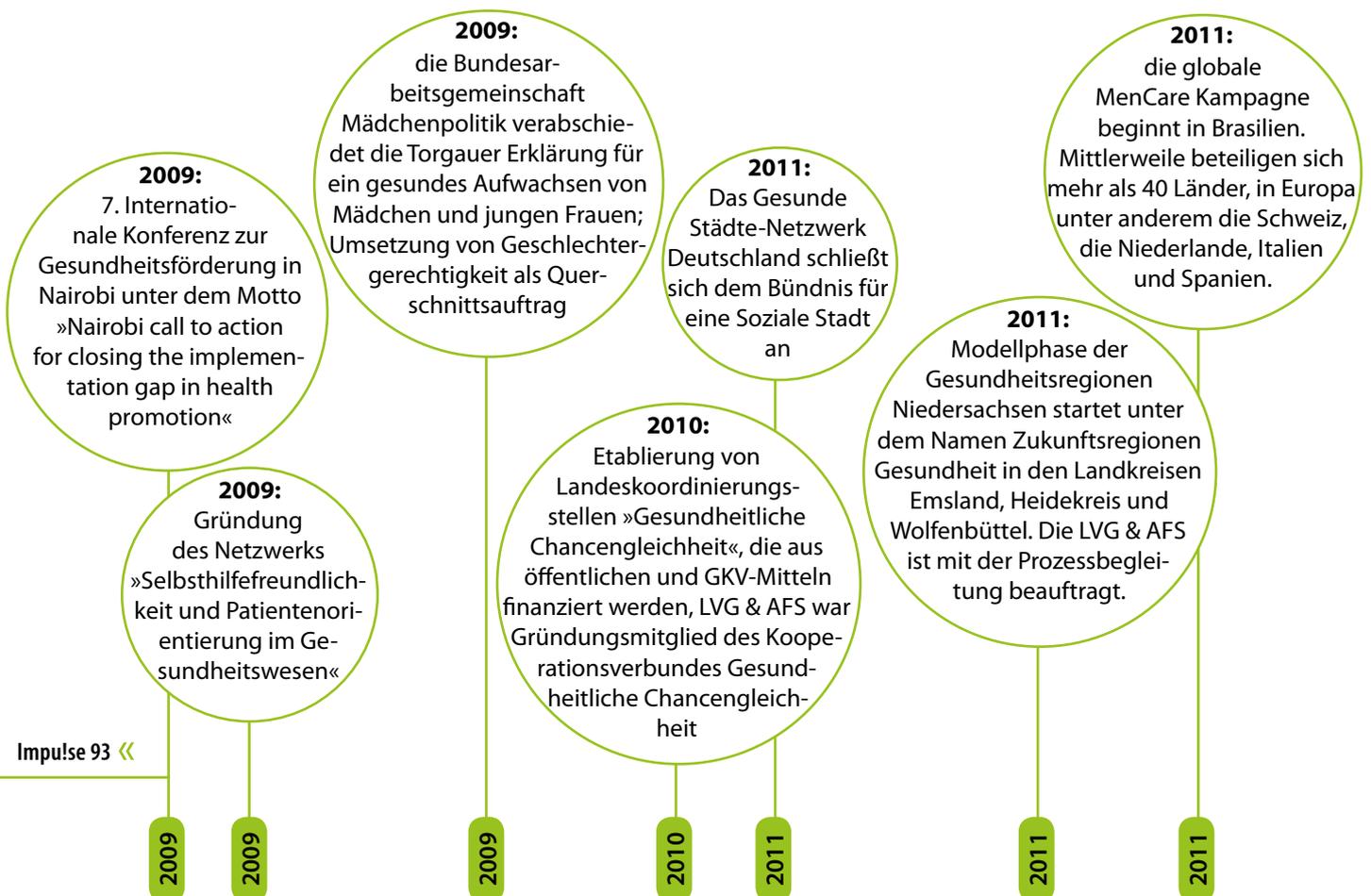
Ende der 1980er Jahre, in der Zeit des Aufbruchs von Public Health in Deutschland, galt das Handlungsfeld »Entwicklung persönlicher Kompetenzen« ob seiner vermeintlichen Nähe zur Gesundheitserziehung als das Schmuttelkind der Gesundheitsförderung. Unterstellt wurden eine paternalistische Herangehensweise und die Individualisierung von Risiken. Kritisiert wurden die Affinität des Kompetenzbegriffs zu den Werten der gebildeten Bevölkerungsgruppen, die mangelnde Erreichbarkeit bildungsbenachteiligter Gruppen mit Lernangeboten und damit die Verstärkung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Das sozioökologische Modell der Gesundheitsförderung der Ottawa-Charta, das Lebensbedingungen in das Zentrum der Bemühungen um Gesundheit stellt, galt gewissermaßen als Gegenmodell zu dem in ihm enthaltenen Handlungsfeld.

Auch ein von Ilona Kickbusch für die WHO gemeinsam mit den Volkshochschulen in Hamburg durchgeführter Kongress »anders leben lernen« Mitte der 1990er Jahre schaffte es nicht, die konzeptionellen Widersprüche aufzulösen. Dass Bildung eine zentrale Ressource für Gesundheit ist, ließ sich dabei empirisch kontinuierlich belegen, genauso, dass freiwillige Lernangebote am ehesten bildungsgewohnte Frauen ansprechen.

Zwischen den Gesundheitswissenschaften, die sich nicht mit Bildung, und den Bildungswissenschaften, die sich nicht mit Gesundheit befassen wollten, entstand eine Lücke. In der Praxis blieb, aller Kritik zum Trotz, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen in Sachen Gesundheit, individuell oder in den Settings, der zentrale Interventionsansatz der Gesundheitsförderung, der mit der Beauftragung von Krankenkassen mit Gesundheitsförderung strukturell noch unterstrichen wurde.

... zur umworbenen Braut

Die Diskussion der Ergebnisse des European Health Literacy Survey aus dem Jahr 2011 ist ein Indikator für eine Trendwende in der gesundheitswissenschaftlichen Aufmerksamkeit persönlicher Kompetenzen. In einer bundesweiten repräsentativen Erhebung, basierend auf Selbsteinschätzungen von 2.000 Menschen, wurde mehr als der Hälfte der Bevölkerung eine problematische oder gar inadäquate Gesundheitskompetenz bescheinigt. Unter den sogenannten bildungsfernen Jugendlichen ohne Migrationshintergrund waren es in einer weiteren Studie zwei Drittel, bei denen mit Migrationshintergrund drei Viertel, deren Gesundheitskompetenz so etikettiert wurde. Plötzlich boomte das Thema, Tagungen und Veröffentlichungen folgten. Ein Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz unter Schirmherrschaft des Gesundheitsministers wurde von der Universität Bielefeld, dem AOK-Bundesverband und der Hertie-School of Governance ausgerufen.



Impulse 93 <<

Gesundheitskompetenz meint dort grundlegendes Gesundheitswissen und die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen suchen, verstehen und im Alltag so anwenden zu können, dass Gesundheit erhalten und Krankheit bewältigt wird, sowie die Fähigkeit, sich im Gesundheitswesen zu bewegen, an gesundheitsrelevanten Entscheidungen teilzuhaben und als Ko-Produzent*in bei der Wiedererlangung der Gesundheit mitzuwirken. Anpassungsbedarf der Gesundheitsversorgung wird als ein Interventionsfeld beschrieben.

Interessant ist, dass deutlich über die Hälfte sogenannter bildungsferner Jugendlicher als sehr oder ziemlich schwierig einschätzten, etwas über politische Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten.

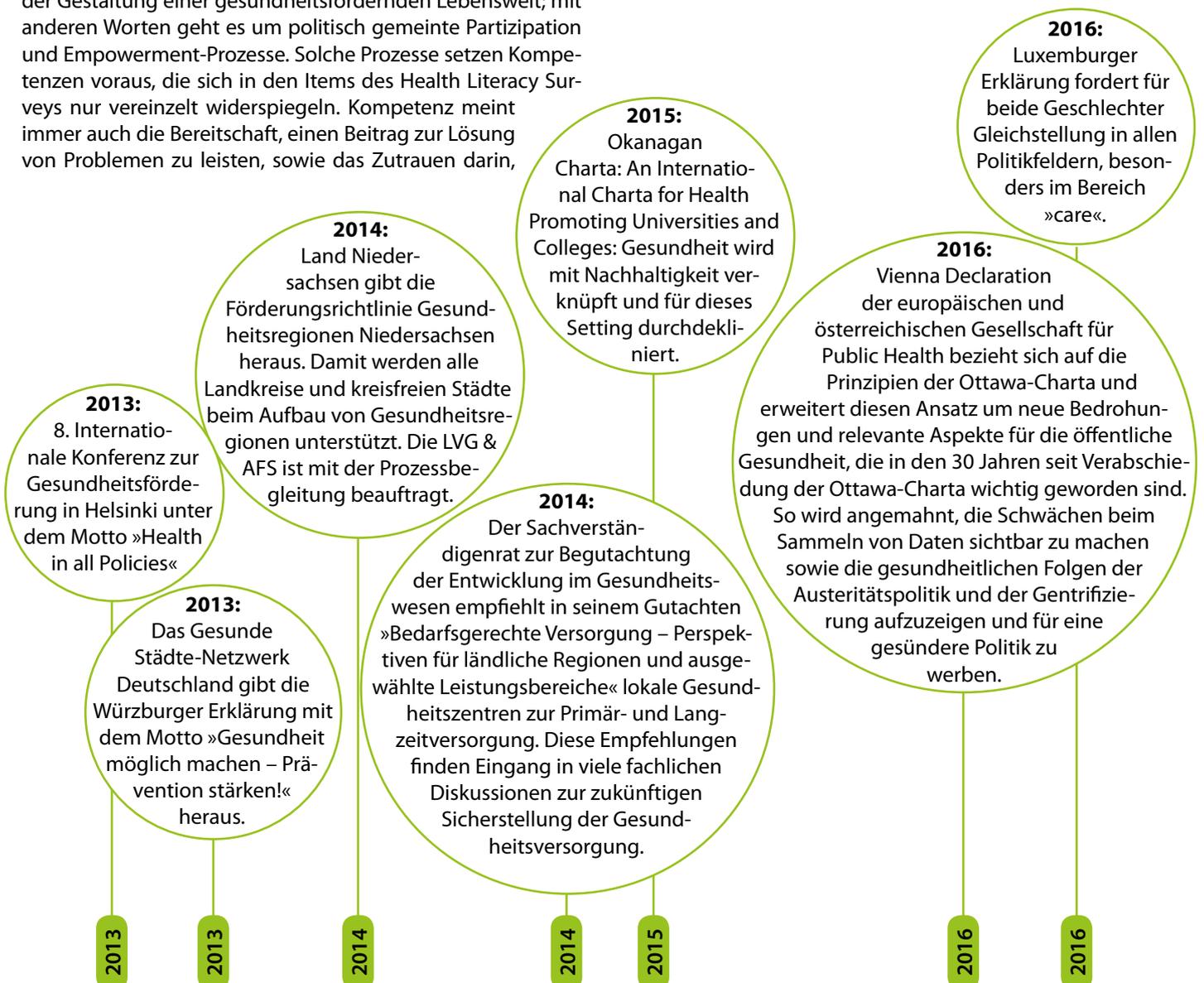
Persönliches politisch betrachten

In der Diskussion wenig berücksichtigt wird nämlich, dass Don Nutbeam und Ilona Kickbusch mit Gesundheitskompetenz mehr meinen als nur die Fähigkeit, informierte Entscheidungen über die eigene Gesundheit zu treffen. Es geht auch um eine aktive Rolle in der Veränderung der Umwelten, die die Gesundheit beeinflussen. Es geht um die Mitwirkung bei der Gestaltung einer gesundheitsfördernden Lebenswelt; mit anderen Worten geht es um politisch gemeinte Partizipation und Empowerment-Prozesse. Solche Prozesse setzen Kompetenzen voraus, die sich in den Items des Health Literacy Surveys nur vereinzelt widerspiegeln. Kompetenz meint immer auch die Bereitschaft, einen Beitrag zur Lösung von Problemen zu leisten, sowie das Zutrauen darin,

etwas bewirken zu können. Das sind Kompetenzen, deren lebensweltbedingter Mangel den Kern sozialer Benachteiligung erfasst und deren Entwicklung die Basis von gesundheitsfördernden Organisationsentwicklungsprozessen ausmacht.

Vielleicht wäre es nicht zu so weit reichenden Missverständnissen über dieses Handlungsfeld gekommen, wenn besser verstanden worden wäre, dass die Handlungsebenen der Ottawa-Charta eben nicht neben- oder übereinander stehen. Im sozioökologischen Modell geht es vielmehr um die Wechselwirkungen zwischen den Ebenen, mit anderen Worten um die Frage, welchen Beitrag die Entwicklung persönlicher Kompetenzen zu einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik leisten kann. Die Zeit der Ottawa-Charta war die Zeit des aus der Frauenbewegung stammenden Konzepts der »Politik der ersten Person« und ihres Slogans: Das Persönliche ist politisch.

PROF.^{IN} DR.^{IN} BEATE BLÄTTNER, Hochschule Fulda, Leipzigerstraße 123, 36037 Fulda, E-Mail: beate.blaettner@pg.hs-fulda.de





SIBYLLE NIDERÖST, ELISABETH ZEMP STUTZ

Das schweizerische Forschungsnetzwerk Gender Health

Geschlecht ist ein zentraler Einflussfaktor für Gesundheit und Krankheit. Lange wurde dies in der Gesundheitsforschung zu wenig berücksichtigt und im Bereich der Frauen- und Männergesundheit bestehen immer noch große Wissenslücken. In den letzten Jahrzehnten wurde das Thema Geschlecht jedoch von zunehmend mehr Forschenden aus unterschiedlichsten Bereichen des Public Health-Sektors ins Zentrum ihrer Forschungstätigkeiten gerückt. Um Austausch und Vernetzung der in der Schweiz auf diesem Gebiet Tätigen zu ermöglichen, wurde daher im Jahr 2003 auf Initiative des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) das Forschungsnetzwerk Gender Health gegründet. Das Forschungsnetzwerk Gender Health versteht sich als ein offener Verbund von Forschenden und Lehrenden, die sich mit den Zusammenhängen von Geschlecht und Gesundheit, mit Geschlechterbeziehungen und Geschlechtergerechtigkeit auseinandersetzen. Die Mitgliederzahl ist von anfänglich 19 auf 71 angestiegen. Diese gehören vor allem den Sozial- und Gesundheitswissenschaften sowie der Medizin an, einzelne auch den Natur- und Wirtschaftswissenschaften.

Die Arbeit des Forschungsnetzwerks

Ziel des Forschungsnetzwerks Gender Health ist es, die Geschlechtersensibilität in den Gesundheitswissenschaften zu erhöhen, den Gender Mainstreaming-Ansatz in der Forschung weiter zu bringen, das Forschungsvolumen auszuweiten und die Qualität der Forschung zu verbessern. Die Forschungsergebnisse aus diesem Bereich sollen in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Professionellen im Gesundheitsbereich Eingang finden. Der Einbezug und die Gewinnung von Nachwuchsforschenden sollen gefördert werden. In den 13 Jahren seiner Existenz hat das Forschungsnetzwerk Gender Health verschiedene Maßnahmen zur Zielerreichung umgesetzt: So wurde eine Expert*innen-Datenbank geschaffen und eine Online-Plattform erstellt. Den Austausch unter den Mitgliedern ermöglichten jährlich durchgeführte nationale Tagungen und Sitzungen und ein halbjährlich erscheinender Newsletter. Zu den Aktivitäten gehörten auch Forschungsprojekte wie das Mitwirken am Schweizerischen Gender-Gesundheitsbericht

2006 oder die Erstellung des Fokusberichts Geschlecht und Gesundheit und die Vernetzung mit weiteren nationalen und internationalen Netzwerken. Die Mitglieder des Forschungsnetzwerks engagierten sich erfolgreich durch ihre beachtliche Gender Health-Forschungs- und Publikationstätigkeit. Sie wurden zudem für Referate oder Gutachten angefragt und in Fachgremien und Kommissionen berufen. Ebenfalls konnten an verschiedenen Universitäten erfolgreich Gender-Inhalte in die medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung integriert werden. Der 2016 neu geschaffene Gender-Analyse Workshop bietet PhD-Studierenden die Möglichkeit, ihre Forschungsarbeiten zu präsentieren und methodische Fragen von Gender-Analysen zu diskutieren.

Die Arbeit geht weiter ...

Auch künftig muss der Bereich Gender Health nachhaltig gestärkt und in der Forschung etabliert werden, damit ein Wissenstransfer in Lehre und Praxis verbessert wird. Angesichts der neuen Bundesstrategie »Non Communicable Diseases« und der im Rahmen von »Gesundheit 2020« angestrebten Zielsetzungen wird der Fokus des Forschungsnetzwerks Gender Health in den nächsten Jahren darauf liegen, bei Fachleuten das Bewusstsein für Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Chancengleichheit, Lebensqualität und Gesundheit zu erhöhen. Zudem macht sich das Netzwerk für die Umsetzung des vorhandenen Wissens in den vom Bund vorgesehenen Maßnahmen stark. Dazu wird das Forschungsnetzwerk den Austausch mit verschiedenen Stakeholdern weiter pflegen und intensivieren, die Gender-Analyse Workshops weiterführen und im November 2017 seine zwölfte nationale Tagung durchführen.

Literatur bei den Verfasserinnen

SYBILLE NIDERÖST, Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit,

E-Mail: sibylle.nideroest@fhnw.ch

PROF.^{IN} DR.^{IN} ELISABETH ZEMP STUTZ, Swiss Tropical and Public Health Institute,

E-Mail: elisabeth.zemp@unibas.ch

DANIELA BRÜKER

Das Belastungsempfinden pflegender erwerbstätiger Söhne

Die informelle Pflege unterliegt einem Wandel. Zum einen verändert sich das Geschlechterverhältnis, denn immer mehr Männer übernehmen Pflegeverantwortung. Der Anteil der männlichen Hauptpflegepersonen ist zwischen 1998 und 2010 von 20 auf 28 Prozent angestiegen; der Anteil der pflegenden Söhne hat sich sogar von fünf auf zehn Prozent verdoppelt. Zum anderen sind mittlerweile zwei Drittel der Pflegepersonen unter 65 Jahren erwerbstätig. Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege stellt somit nicht mehr ausschließlich für Frauen eine Herausforderung dar, sondern betrifft auch männliche Beschäftigte. Das von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Projekt »Männer zwischen Erwerbstätigkeit und Pflege: Typische Arrangements, Ressourcen und Unterstützungsbedarfe« analysierte die Situation pflegender Männer. Das Forschungsvorhaben wurde zwischen Juni 2013 und Januar 2015 durch die Hochschule Düsseldorf, die Technische Hochschule Köln sowie die Justus-Liebig-Universität Gießen umgesetzt und basierte auf elf Betriebsfallstudien. Im Rahmen

der Studie wurden 25 leitfadengestützte Experten*inneninterviews mit Betriebs- bzw. Personalrät*innen und/oder der Unternehmensleitung oder Personalabteilung sowie 44 problemzentrierte Interviews mit pflegenden erwerbstätigen Männern durchgeführt.

Subjektive Belastungen pflegender erwerbstätiger Söhne

Die befragten Männer berichten über das Erleben von mangelnder Erholung und Freizeit. Sie stellen Hobbies zurück, schränken ihre Urlaube ein und finden sich teilweise in sozialer Isolation wieder. Nicht selten leiden sie unter Schlafmangel; entweder, weil dieser nachts für die Versorgung der (Schwieger-)Eltern unterbrochen wird oder weil sie aufgrund ihrer Anspannung nicht in den Schlaf finden. Einige Interviewte sprechen von verminderter Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit. Viele Befragte empfinden Zeitdruck und Stress. Gerade bei der Betreuung und Pflege demenzkranker Angehöriger kommen Herausforderungen im Umgang mit der Erkrankung und emotionale Belastungen zum Ausdruck. Sie machen sich große Sorgen um die pflegebedürftige Person sowie um weitere Familienmitglieder, die in die Pflege eingebunden sind. Konflikte mit den Geschwistern belasten die befragten Männer zusätzlich.

Copingstrategien und Ressourcen pflegender erwerbstätiger Söhne

Die befragten Männer weisen eine starke Erwerbsorientierung auf. So arbeitet die große Mehrzahl der befragten pflegenden Söhne trotz Pflege kontinuierlich in Vollzeit weiter. Es zeigt sich das Muster, dass sie die Pflege um ihren Beruf herum organisieren und diese in den Morgen-, Abend- und Nachtstunden sowie an den Wochenenden und im Urlaub leisten. Es wird in der Literatur ein »Erholungseffekt der Erwerbsarbeit« diskutiert, der für Ausgleich und Abstand vom Pflegealltag sowie die Einbindung in soziale Kontakte sorgt. Vielen Interviewten stehen flexible Arbeitszeitmodelle zur Verfügung, die ihnen die Vereinbarkeit erleichtern. Der Erhalt ihrer Berufstätigkeit wird auch dadurch begünstigt, dass sie stark durch ihre (Ehe-)Partnerinnen unterstützt werden. Ebenfalls greifen sie häufiger als Frauen auf professionelle Dienste zurück und pflegen stärker in gemischten Pflegearrangements, was helfen kann, einseitigen Belastungen der Pflegepersonen vorzubeugen.

Fazit

Auch wenn Vereinbarkeitsprobleme für die Mehrheit der Befragten nicht im Vordergrund stehen, zeigt sich, dass sie stark belastet sind und der Preis für die Aufrechterhaltung der Vollzeitberufstätigkeit hoch ist. Es gilt, ihr Pflegeengagement gesellschaftlich wahrzunehmen und die Sensibilisierung der Betriebe weiter voranzutreiben. Auch wenn Männer mehr Unterstützung durch den Arbeitgeber erfahren, treffen Einzelne von ihnen auf traditionelle Geschlechterrollenbilder von Vorgesetzten, die Männern keine Pflegetätigkeit zuschreiben und erleben kein Entgegenkommen bei Anfragen zu kurz- und langfristigen Anpassungen der Erwerbstätigkeit an die Erfordernisse der Pflegesituation.

Literatur bei der Verfasserin

DANIELA BRÜKER, Hochschule Düsseldorf, Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften, Münsterstraße 156, 40476 Düsseldorf,
E-Mail: daniela.brueker@hs-duesseldorf.de

THOMAS SPITZER

Dritte Internationale Männerkonferenz »Who Cares? Who Shares?«

Das Ministerium für Chancengleichheit in Luxemburg richtete am 17. und 18. Oktober 2016 mit Unterstützung des deutschen Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) die dritte Internationale Männerkonferenz zum Thema »Who cares? Who shares? Männer als Akteure und Adressaten in der Gleichstellungspolitik« aus. Vorausgegangen waren die Konferenzen »Männerpolitik. Männerpolitische Beiträge zu einer geschlechtergerechten Gesellschaft« 2012 in Berlin und »Männerpolitik – Beiträge zur Gleichstellung der Geschlechter« 2014 in Wien. Neben Vertreter*innen aus insgesamt neun europäischen Staaten kamen im Jahr 2016 300 Teilnehmende aus 20 weiteren Nationen.

Männer als Akteure der Gleichstellungspolitik

Luxemburg hat im Rahmen seiner EU-Ratspräsidentschaft 2015 einen besonderen Schwerpunkt auf die Beiträge von Jungen, Männern und Vätern im Gleichstellungsprozess gelegt. Vor diesem Hintergrund beschäftigte sich die Konferenz insbesondere mit der Frage, welche Rahmenbedingungen es erlauben, professionelle, private und familiäre Verantwortlichkeiten im Dienst einer höheren Erwerbsbeteiligung von Frauen neu aufzuteilen. Moderne Männer möchten sich nicht auf die Ernährerrolle reduzieren lassen, sondern in der Familie Partnerschaftlichkeit leben, sich die Aufgaben teilen, an der Kindererziehung teilhaben und so eine aktive Vater-Familienrolle übernehmen. Ein genauer und kritischer Blick auf Frauen und Männer in Pflege und Unterstützung, ob als Umsorgte oder Umsorgende, kann helfen, Sorgearbeit (geschlechter-)gerechter zu gestalten und sie besser zu machen. Mit der Konferenz wurde der Blick auf »Caring Masculinities« als fachliches Konzept gerichtet, strategische Perspektiven entwickelt, ein politisches Leitbild und neue Sichtweisen auf das Thema diskutiert. »Caring Masculinities« bezieht die väterliche Kinderbetreuung genauso ein wie männliche Selbstsorge, die Beteiligung an der Hausarbeit, das professionelle Engagement von Männern in Care-Berufen, die Pflege kranker Angehöriger oder das ehrenamtliche Engagement von Männern in (Lokal-)Politik, Kirche und Vereinswesen.

In sechs Workshops wurden Themen wie »Männer und Kindererziehung«, »Männer und Pflege«, »Männer und Care-Berufe«, »Männer und Freiwilligenarbeit«, »Männer und Selbstsorge«, »Männer und Haushalt« erörtert. Fachpanels boten die Möglichkeit zum Austausch vor dem Plenum.

Forderungen und Handlungsempfehlungen

Auf dieser Konferenz wurde erstmals ein Abschlusspapier, die sogenannte »Luxemburger Erklärung«, erarbeitet. Darin wird gefordert, dass die Gleichstellungspolitik der europäischen Staaten sich nicht auf die Förderung von Frauen im Erwerbsleben beschränken soll. Sie soll Männer in die Gleichstellungspolitik einbeziehen, vor allem auch unter dem Aspekt »Care«. Gleichstellung für beide Geschlechter muss integraler Teil des Handelns in praktisch allen Politikfeldern werden. Dabei muss bei Männern und Frauen vor allem der Blick auf ihre Ressourcen und aktiven Beiträge – zum Beispiel bei der Sorge-Arbeit – ge-

richtet werden und darf nicht defizitorientiert sein. Generell muss der Diversität innerhalb der Geschlechtergruppen Rechnung getragen werden. Zu den Handlungsempfehlungen der Erklärung gehören zum Beispiel die stärkere Förderung väterlichen Engagements, das Motivieren von Jungen zur geschlechtsuntypischen Berufswahl (zum Beispiel Boys' Day) und eine intensivere Öffentlichkeitsarbeit zur Verbesserung des Images von Care-Berufen. Darüber hinaus soll gendersensitive Berufsberatung, Pädagogik und Teamarbeit (zum Beispiel in der Organisationsentwicklung) unterstützt werden.

Fazit

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die aktive Beteiligung von Männern auf dem Weg zur Gleichstellung der Geschlechter international wahrgenommen wird. Gleichzeitig werden ihre Diversität und Bedürfnisse sowie die unterschiedlichen Bedingungen, unter denen Männer leben, anerkannt. Entsprechende Angebote sollen bis zur nächsten internationalen Männerkonferenz entwickelt werden, die 2018 in Stockholm stattfinden und vom schwedischen Ministerium für Gesundheit und Soziales ausgerichtet wird. Dokumentation der Tagungsbeiträge und Workshops (auf Englisch) sowie der Abschlusserklärung in deutscher Sprache unter: <http://tinyurl.com/maennerkongress>

Literatur beim Verfasser

THOMAS SPITZER, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Referat 415 Gleichstellungspolitik für Jungen und Männer, Rochusstraße 8–10, 53123 Bonn, E-Mail: thomas.spitzer@bmfsfj.bund.de, Internet: www.bmfsfj.de

THOMAS ALTGELD

Alles geht seinen Gang? Die Umsetzung des Präventionsgesetzes läuft auf Hochtouren

Bereits zur Halbjahresbilanz am 5. September 2016 meldete das Bundesgesundheitsministerium vollen Erfolg hinsichtlich der Auswirkungen des Präventionsgesetzes. Die Krankenkassen verzeichneten im 1. Halbjahr 2016 einen Zuwachs von rund 157 auf 224 Millionen Euro bei den Ausgaben für Präventionsleistungen gegenüber dem 1. Halbjahr 2015. Die Ausgaben für Leistungen der Prävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten stiegen exponentiell um 194 Prozent, von 19 auf 55 Millionen Euro. Die Ausgaben für Leistungen zur primären Prävention nach dem Individualansatz stiegen von 99 auf 113 Millionen Euro, für betriebliche Gesundheitsförderung von 40 auf 57 Millionen Euro. Auch für die Förderung von Selbsthilfegruppen stiegen die Ausgaben der Krankenkassen von rund 34 auf rund 53 Millionen Euro. Es ist davon auszugehen, dass die zur Verfügung stehenden Budgets in 2016 ausgeschöpft wurden. Die Gesamtzahlen werden erst im April 2017 vorliegen. Ab 2017 werden die gesetzlichen Krankenversicherer 2,05 Euro pro Versicherte*in und Jahr für Gesundheitsförderung in betrieblichen und nicht-betrieblichen Lebenswelten ausgeben.

Am 9. Januar 2017 wurden die ersten Teile des Leitfadens Prävention zu Handlungsfeldern und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V in einer aktualisierten Fassung ins Netz gestellt. Das Konzept für



den ersten nationalen Präventionsbericht, der 2019 erscheinen soll, wird zurzeit mit dem Robert Koch-Institut, Ländervertreter*innen und weiteren Akteur*innen erarbeitet.

Umsetzung auf Landesebene

In vierzehn Bundesländern wurden bisher Landesrahmenvereinbarungen (LRV) zwischen der jeweiligen Landesregierung, den gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherungen sowie den Vertretern*innen der Bundesagentur für Arbeit unterzeichnet. In den meisten Bundesländern sind darüber hinaus die Kommunalen Spitzenverbände den Vereinbarungen beigetreten. Erklärtes Ziel der Vereinbarungen ist es, existierende Gesundheitsaktivitäten im Land zu bündeln und die Gesundheitsförderung in allen Lebenswelten weiterzuentwickeln. Nur in Bayern und Berlin existieren bislang keine unterschriebenen Vereinbarungen. Die LRVen sind allerdings keinesfalls so länderspezifisch, wie der Titel vermuten lassen würde. Die meisten der unterzeichneten Vereinbarungen folgen dem Text einer Mustervereinbarung auf Bundesebene zu vier Fünfteln oder noch mehr. Spezifisch an den Vereinbarungen sind nur die vereinbarten Austauschroutinen auf Landesebene, der Einbezug vorhandener Gesundheitsziele und der Einbezug von Landesvereinigungen für Gesundheit. Alle unterschriebenen Vereinbarungstexte finden sich auf der Website der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (www.dguv.de).

Umsetzung in Niedersachsen

Die LRV Prävention in Niedersachsen wurde am 3. August 2016 unterschrieben. Alle kommunalen Spitzenverbände sind sofort beigetreten. Auch die niedersächsische Vereinbarung übernimmt leider die wenig einschränkende Kooperationsdefinition der auf Bundesebene vorgeschlagenen Fassung. Demnach gelten als Kooperation im Sinne der LRV alle Maßnahmen und Projekte, an denen mindestens eine Krankenkasse und/oder ein anderer Sozialversicherungszweig sowie »mindestens ein*e Verantwortliche*r für die Lebenswelt, in der die Maßnahme/das Projekt durchgeführt werden soll«, beteiligt sind. Zur weiteren Steuerung der LRV wurde in Niedersachsen ein Dialogforum Prävention eingerichtet. Teilnehmende sind nur die Unterzeichnenden der LRV-Prävention, die »die Expertise der LVG & AFS nutzen« können. Die Federführung liegt bei der GKV. Mitglieder dürfen Gäste zu einzelnen Tagesordnungspunkten benennen. Das Forum soll zweimal jährlich tagen, die zweite Sitzung fand bereits am 28.03.2017 statt. Der Zweck des Forums liegt unter anderem

im Informationsaustausch, der Identifikation von Handlungsbedarfen sowie der Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die Landesebene. Zum 01.04.2017 wird eine »Gemeinsame Stelle im Auftrag der GKV« zur Entgegennahme und Aufbereitung von Anträgen für Projekte mit vulnerablen Zielgruppen (Menschen mit Migrationshintergrund oder mit Behinderungen, Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende und Ältere) bei der LVG & AFS angesiedelt. Die Beantragung kann zu zwei Stichtagen pro Kalenderjahr erfolgen, das erste Mal zum 31.08.2017. Die gemeinsame Stelle wird finanziert durch die GKV auf Landesebene und auch die ausgewählten Projekte sollen gemeinschaftlich finanziert werden. Bereits zu Beginn des Jahres 2017 wurde die Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) ebenfalls bei der LVG & AFS angesiedelt und mit erweitertem Umsetzungsauftrag und personeller Ausstattung gestartet. Die KGC Niedersachsen wird gefördert über die BZgA-Mittel der GKV. Die Einrichtung einer gemeinsamen Koordinierungsstelle für betriebliche Gesundheitsförderung bei Klein- und Mittelbetrieben soll wahrscheinlich nur virtuell erfolgen.

Literatur beim Verfasser
Anschrift siehe Impressum

TANJA SÄDTLER

Betreuungskonzepte für Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus

Die Zahl der über 65-jährigen Patient*innen im Allgemeinkrankenhaus nimmt stetig zu – unter ihnen auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Laut der 2016 veröffentlichten General Hospital Study (GHoST) weisen 40 Prozent aller über 65-jährigen Patient*innen in Allgemeinkrankenhäusern kognitive Beeinträchtigungen auf.

Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus

Menschen mit kognitiven Einschränkungen benötigen vor allem in einem fremden Umfeld eine umfangreiche Betreuung und stellen besondere Anforderungen an das Personal. Gewohnte Routinen und Rituale, gleichbleibende Bezugspersonen und uneingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten lassen sich häufig aufgrund der zeitlich festgelegten Abläufe im Klinikalltag sowie einer knappen Personalausstattung nicht umsetzen. Es kommt häufig zu sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen wie Unruhe, Aggressivität oder Angstzuständen. Für alle Beteiligten kann die Situation mit starken Belastungen einhergehen.

Betreuungskonzepte im Krankenhaus

Betreuungsformen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu organisieren und sicherzustellen, ist bei den spärlich vorhandenen Ressourcen vermeintlich nicht zu leisten. Dennoch gibt es Kliniken, die diese Herausforderung mit Erfolg annehmen und somit das Gegenteil beweisen. Zu bewähren scheinen sich Konzepte, welche die sogenannte Tagesbetreuung für Menschen mit kognitiven Einschränkungen in den Klinikalltag integrieren. Dies sind Gruppen- oder Einzel-

betreuungen von Menschen mit Demenz, die durch ehren- oder hauptamtliche Mitarbeiter*innen gestaltet werden. Dies sind Investitionen, die sich für die Betroffenen, deren Angehörige, die Fachkräfte und die Akutkrankenhäuser bezahlt machen.

Gute Beispiele zum Nachahmen verfilmt

Die Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e. V. hat in Kooperation mit der Uwe Hoppe Mediaproduktion, gefördert durch die Heidehof Stiftung und die Techniker Krankenkasse, den Film »Formen der Tagesbetreuung für Menschen mit Demenz im Krankenhaus« veröffentlicht. Dieser stellt die Umsetzung von guten Betreuungskonzepten, die an den Bedürfnissen von kognitiv eingeschränkten Menschen ausgerichtet sind, anschaulich dar. Gezeigt werden das Konzept des »Vernetzten Denkens« des Klinikums Lüdenscheid, das »Café Memory« der Städtischen Klinik Mönchengladbach, das »Kompetenzzentrum Geriatrie« des Helios Klinikums Hildesheim und die »Segregative Station Raphael« des Elisabeth Krankenhauses in Thuine. Der Film wird kostenfrei an alle Krankenhäuser in Niedersachsen verschickt und soll dazu anregen, solche Ideen oder ähnliche Vorhaben in die Umsetzung zu bringen. Weitere Informationen erhalten Sie auf der Internetseite der Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e. V. (www.alzheimer-niedersachsen.de).

Fortbildung von interdisziplinärem Fachpersonal

Besondere Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz lassen sich derzeit noch ebenso selten in Krankenhäusern vorfinden wie Fachpersonal mit gerontopsychiatrischer oder fachspezifischer Demenz-Fort- oder Weiterbildung. Derartige angepasste Konzepte lassen sich allerdings nur mit dem nötigen Fachwissen konzipieren und umsetzen. Vor diesem Hintergrund organisiert die LVG & AFS Nds. e. V. auch 2017 zum dritten Mal die Fortbildung zur*em Demenzbeauftragten im Krankenhaus. Die Fortbildung richtet sich an interdisziplinäres Fachpersonal und findet von August 2017 bis Februar 2018 in Hannover statt. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.carealisieren.de.

Literatur bei der Verfasserin
Anschrift siehe Impressum

THOMAS ALTGELD

Einen gesunden Start ins Leben ermöglichen: Neues nationales Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« verabschiedet

Die Geburtenraten steigen wieder in Deutschland. 738.000 Kinder kamen im Jahr 2015 hierzulande auf die Welt, die allermeisten davon gesund. Allerdings ist ein gesunder Start ins Leben nicht nur eine Frage guter medizinischer Versorgung, sondern auch die Rahmenbedingungen für Familien spielen eine zentrale Rolle. Im Februar wurde das neue nationale Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de veröffentlicht und an die Gesundheits- und Familienpolitik in Berlin übergeben. Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de ist die gemeinsame

Plattform von Bund, Ländern sowie den Akteur*innen des Gesundheitswesens zur Entwicklung nationaler Gesundheitsziele. »Gesundheit rund um die Geburt« ist das neunte der bisher verabschiedeten Gesundheitsziele. Es wurde von über 30 Mitgliedern einer interdisziplinären Expertenarbeitsgruppe unter meinem Vorsitz über zwei Jahre hinweg erarbeitet und im Konsens verabschiedet. Zu den Mitgliedern zählen unter anderem Vertreter*innen der Ärzteschaft, der Hebammen, der Krankenkassen, der Kommunen, der Ministerien und der Wissenschaft. Alle mitarbeitenden Institutionen haben sich bereits jetzt verpflichtet, die entwickelten Ziele umzusetzen. Zentrale Zielstellungen sind eine höhere Selbstbestimmung der Mütter innerhalb des Versorgungsgeschehens, die Verbesserung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen rund um die Geburt, die Stärkung von Ressourcen sowie die Früherkennung von Risiken und Entwicklungsbedarfen.

Die fünf konsentierten Ziele sind:

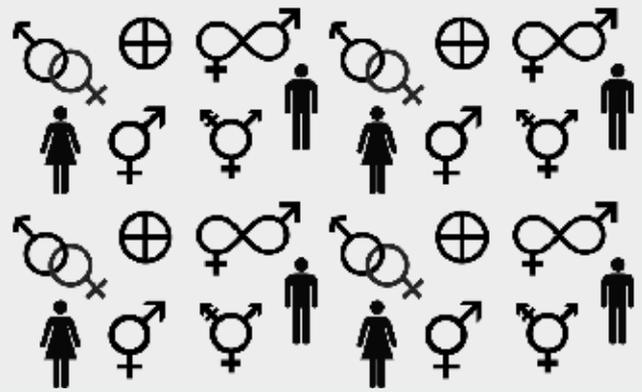
- 1 Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.
- 2 Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert.
- 3 Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt.
- 4 Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung wird ermöglicht und gefördert.
- 5 Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet.

Das Gesundheitsziel wurde am 13. Februar 2017 an die beiden Vorsitzenden der Bundestagsausschüsse für Gesundheit sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Herrn Dr. Edgar Franke, MdB, und Herrn Paul Lehrieder, MdB, übergeben. Die Übergabe an beide Ressorts macht deutlich, dass viele Politikfelder gefordert sind, um einen gesunden Start ins Leben zu ermöglichen. Deutschland verfügt bereits über sehr hohe Standards der Gesundheitsversorgung, insbesondere in der Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen. Eine bessere Zusammenarbeit der unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen ist dennoch notwendig, um vorhandene Risiken möglichst früh zu erkennen und optimale Hilfen für Mütter, Väter und Kinder zu gewährleisten. Insbesondere der Prävention, Diagnostik und Therapie von Frühgeburten kommt eine besondere Bedeutung zu. Die Frühgeborenenrate ist in Deutschland in den letzten Jahren zwar relativ stabil geblieben, dies aber auf einem vergleichsweise hohen Niveau (2014: 8,8 Prozent aller geborenen Kinder).

Der Unterstützungsbedarf von Familien endet nicht mit dem Verlassen der Geburtsklinik, sondern schließt das Wochenbett und das erste Lebensjahr mit ein. Mit dem Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« wird eine weitere Verzahnung des geburtshilflichen Sektors mit der Familien- und Jugendhilfe vorangetrieben. Familien brauchen politische Entscheidungen, die eine Transparenz und Vernetzung von Hilfsstrukturen gewährleisten. Hierfür ist die Zusammenarbeit von Gesundheits- und Familienpolitik für einen gesunden Start ins Leben wesentlich.

Literatur beim Verfasser
Kontakt siehe Impressum

Kommunales



EDITH AHMANN, CHRISTIAN WICHERS, TIM TIEDEMANN

Queere Gesundheit im Andersraum

Der Andersraum ist das Zentrum für lesbisches, schwules, bisexuelles, transidenten, intersexuelles, queeres und ganz allgemein nicht-heteronormatives Leben in Hannover. Es gibt unterschiedliche Gruppen, Selbsthilfegruppen und Projekte, ein Beratungsangebot und die »freitagsBar«. Der Andersraum veranstaltet den Christopher Street Day Hannover, betreibt die niedersächsische Vernetzungsstelle für queere Geflüchtete und baut gerade ein Gesundheitsprojekt auf.

Queeres Gesundheitsnetz Hannover (QGH)

Im Jahr 2015 gründete eine kleine Gruppe von queeren Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, das QGH. Es steht allen offen, die sich der Zielgruppe zugehörig fühlen. Ziel des Zusammenschlusses ist der Erfahrungsaustausch über spezifische Situationen in einem überwiegend heteronormativen Umfeld sowie die Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen vor dem Hintergrund einer besseren Patient*innenversorgung für queere Menschen. Die Mitglieder treffen sich regelmäßig zum Austausch und laden mehrmals im Jahr öffentlich zu Vortragsabenden mit queeren Gesundheitsthemen ein.

GAYSund und Co Beratung und Selbsthilfe

Das Gesundheitsamt Hannover bietet einmal im Monat im Andersraum unter dem Titel »GAYSund« kostenlose Untersuchungen in Bezug auf sexuell übertragbare Krankheiten für Männer, die Sex mit Männern haben, an. Bei Kaffee und Kuchen gibt es die Gelegenheit, mit Mitarbeiter*innen der »Beratungsstelle für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten« vom Fachbereich Gesundheit der Region Hannover zu sprechen und sich bei Bedarf auch gleich untersuchen zu lassen. Alle Beratungen und Untersuchungen von Safer-Sex-Strategien bis zum Hepatitis-Impfstatus, von Coming-Out bis zur Partnerschaft, sind kostenlos und anonym. Die GAYSund-Aktionen unterstützen dabei, Sexualität gesundheitsbewusst zu leben. In der Gruppe »Fit ohne Sprit – Offene Selbsthilfegruppe bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit« finden Menschen Unterstützung, deren Konsum von Alkohol oder Medikamenten außer Kontrolle geraten ist oder die sich für ein Leben ohne Alkohol und Medikamente entschieden haben. Es ist

nicht erforderlich, trocken beziehungsweise clean zu sein, um sich der Gruppe anzuschließen. Im geschützten Raum gibt es die Möglichkeit, über Coming-Out, soziale Anerkennung, Rückfälle und die möglichen Ursachen der Sucht zu sprechen. Außerdem können Einzelsprechstunden vereinbart werden. Der Andersraum bietet ein breites Angebot für transgeschlechtliche Menschen. Die Teilnehmenden der Trans* Jugendgruppe »young_frienTS« treffen sich zweimal im Monat und veranstalten Abende zu speziellen Themen und sprechen über Probleme, Erfahrungen oder Sorgen. Einmal pro Jahr findet außerdem eine Ferienfreizeit statt. Trans*parenz ist eine Selbsthilfegruppe für Trans*-Menschen, ihre Angehörigen, ihre Freund*innen und jede*n, der*die sich dort einbringen möchte. Sehr gern sind auch intersexuelle Menschen oder »queere« Menschen gesehen. Das Ziel ist es, jeder Person zu helfen, die Hilfe benötigt und wünscht, auch bei Anträgen für das Amtsgericht oder für die Krankenkasse, bei Arzt- oder Gutachterfragen sowie bei sonstigen Fragen zum Themenbereich Transgeschlechtlichkeit. Außerdem bieten zwei Mitarbeiterinnen, die speziell für die Beratung von Trans*-Menschen ausgebildet sind, Unterstützung und Begleitung für transgeschlechtliche Menschen und ihre Freund*innen, Eltern sowie Angehörige an. Zudem veranstalten sie Events wie den Trans*familienbrunch, Trans*familienwochenenden oder Elternstammtische. Eine Angehörigengruppe ist im Aufbau.

Projekt zu Sexualität und Gesundheit

Aktuell arbeitet der Andersraum am Aufbau eines kooperativen Projektes zu Sexualität und Gesundheit. Ziel ist es, Voraussetzungen zu schaffen, unter denen Menschen zwanglos, achtsam und unaufgeregt über ihre Themen kommunizieren können. Beratung, Selbsthilfe und Medizin sollen sich an einem gemeinsamen Ort konzentrieren. So soll jede*r ein positives Bild auf sich selbst und den eigenen Körper entwickeln können und diesen als schützenswert begreifen.

Literatur bei den Verfasser*innen

EDITH AHMANN, TIM TIEDEMANN, PROJEKTKOORDINATION, DR. CHRISTIAN WIECHERS, Vorstand, Andersraum e. V., Asternstraße 2, 30167 Hannover, E-Mail: edith.ahmann@andersraum.de, Internet: www.andersraum.de

SILVIA SELINGER-HUGEN

Stationäre Prävention und Rehabilitation für Väter mit Kindern in einer homogenen Großgruppe

2016 wurde die Fachklinik Thomas Morus auf Norderney mit dem Niedersächsischen Gesundheitspreis 2016 in der Kategorie »Der Kleine Unterschied! Geschlechterspezifische Gesundheitsversorgung und -förderung« ausgezeichnet. Sie bietet seit 2001 neben Mutter-Kind-Maßnahmen Vorsorge und Rehabilitation spezifisch für Väter an. Der Anspruch, Familie und Beruf zu vereinbaren, belastet nicht mehr nur viele Mütter, sondern auch immer mehr Väter. Auch sie haben die Möglichkeit, eine stationäre Vorsorge oder Rehabilitationsmaßnahme bei ihrer Krankenkasse zu beantragen, wenn aufgrund der vielfältigen Aufgaben in Job und Familie die Gesundheit leidet. Das Angebot des Hauses Thomas Morus

zeichnet sich dadurch aus, dass während der Maßnahme für Väter keine Mütter aufgenommen werden. Stattdessen bilden 38 Väter eine therapeutische Gruppe und bleiben für 21 Tage unter sich. Ziel der Maßnahme ist die Stärkung und Wiederherstellung der Gesundheit. Dazu werden die Männer von einem Team von (überwiegend männlichen) Medizinerinnen und Therapeuten begleitet.

Angebote und Ziele

Die Männer setzen sich in Gruppen mit den Themen Stress, Stressbewältigung und Erziehung auseinander. Zusätzlich werden zum Beispiel Rollenkonflikte, Alleinerziehen, Abschied und Trauer thematisiert. In der Einzelberatung geht es um individuelle Themen und Lösungsentwicklungen. In der Bewegungstherapie steigen die Männer in ein Bewegungstraining ein und schulen ihre eigene Körperwahrnehmung. Jeder Patient wählt eine von drei angebotenen Entspannungstherapien (Yoga, Progressive Muskelentspannung oder Autogenes Training) aus. In der Klimatherapie am und im Wasser der Nordsee loten die Männer ihre Grenzen aus und lernen adäquat und gesundheitsfördernd mit ihnen umzugehen. In Schulungen und Vorträgen wird zu einem verbesserten Umgang mit der eigenen Gesundheit informiert. Die Patienten nutzen die Vater-Kind-Zeit auch, um die Beziehung zu ihren Kindern zu stärken. Therapieangebote und gemeinsame Aktivitäten eröffnen hier neue Möglichkeiten. Gesundheitsthemen wie zum Beispiel Ernährung, Bewegung und Pausenkultur werden miteinander bearbeitet. Hat das Kind eine eigene Indikation, kann es auch eigene medizinische Anwendungen erhalten. Eine Kurmaßnahme beinhaltet auch qualifizierte Kinderbetreuung und schulbegleitenden Unterricht. Auch mitgebrachte Hausaufgaben werden dort erledigt, um den Anschluss in der Schule zu sichern. Durch die homogene Männergruppe ist die Compliance und die Therapiemotivation sehr hoch. Die Männer kommen sehr gut miteinander ins Gespräch und besprechen ihre Sicht der Dinge. Daran orientiert sind sie offen für neue Impulse und alternative Lösungsoptionen. Sie beschäftigen sich mit ihrer eigenen Gesundheit und sind nicht durch andere Alltagsthemen abgelenkt. Die Tatsache, dass alle Patienten in einer ähnlichen Situation sind, hilft Ihnen dabei. Die Männer motivieren sich gegenseitig und es wird als »normal« angesehen, Hilfe anzunehmen. In der Auswertung wird immer wieder benannt, dass viele der Männer Probleme hätten, Therapieangebote gemeinsam mit Frauen anzunehmen. Durch den Frei- und Schutzraum der Männergruppe probieren die Väter auch ihnen unbekannt Therapien wie zum Beispiel Yoga oder Nordic Walking aus. Hier motiviert einer den anderen. So lernen die Männer in der Vater-Kind-Maßnahme, Gesundheits- und Alltagsthemen anders anzugehen und sich um die eigene Gesundheit zu kümmern. Mit neuen Erfahrungen und einem Bewusstsein für ihren eigenen Körper treten sie nach drei Wochen die Heimreise an und haben konkret Anhaltspunkte, wie sie zu Hause ihre Gesundheit und die Gesundheit in der Familie gestalten können. Die Effektivität der Maßnahmen in der homogenen Gruppe wurde in Zusammenarbeit mit der medizinischen Hochschule Hannover inzwischen bestätigt.

Literatur bei der Verfasserin

SILVIA SELINGER-HUGEN, Caritas Gesundheitszentrum für Familien Norderney GmbH, E-Mail: S.Selinger-Hugen@caritas-gesundheitszentrum.de, www.caritas-gesundheitszentrum.de

MARGARETHA KURMANN, ANGELIKA ZOLLMANN, SEVDA ATIK

Herausforderung Frauen und Flucht – gemeinsam Antworten finden

Etwa 30 Prozent der Geflüchteten in Deutschland sind Frauen. Sie kommen im Familienverbund, nur ein kleiner Teil alleine. Frauen und Mädchen können über Krieg und Vertreibung, Hunger, Armut, Folter und die Folgen von Umweltkatastrophen hinaus spezifischen geschlechtsbezogenen Menschenrechtsverletzungen in ihren Heimatländern und auf der Flucht ausgesetzt sein. Dies schließt sexuelle und häusliche Gewalt ein.

Unterstützung geflüchteter Mädchen und Frauen in Bremen

Mit dem Integrationskonzept »In Bremen zuhause« legt das Land Bremen ein besonderes Augenmerk auf die Lebenssituation und Belange von Frauen und Mädchen mit einer Zuwanderungsgeschichte. Schwerpunkte bilden der Gewaltschutz und die Arbeitsmarktintegration. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, setzt die Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF) das Projekt »Herausforderung Frauen und Flucht – gemeinsam Antworten finden« um. Das Projekt läuft insgesamt 15 Monate und endet am 31. Dezember 2017. Ein Projektbeirat aus acht bis zehn geflüchteten Frauen wird die Arbeit der ZGF – auch kritisch – begleiten. Ziel des Projektes ist es, Erfahrungen und Strukturen im Feld der Integration/Migration mit zentralen Feldern der Frauenpolitik (Gewalt, Arbeit, Gesundheit, Recht) zu verbinden, um eine geschlechtergerechte Integration nachhaltig in den Strukturen zu verankern. Frauen, Kinder und Personen, die aufgrund ihrer sexuellen oder geschlechtlichen Identität von Übergriffen und Gewalt bedroht sind, in Flüchtlingsunterkünften zu schützen, ist ein weiteres Ziel des Projektes.

Vernetzung und Wissenstransfer

Vernetzung und Wissenstransfer nehmen innerhalb des Projektes einen wichtigen Stellenwert ein. Neben einer Bestandsaufnahme zur Situation geflüchteter Frauen und der aktiven Mitwirkung der ZGF an relevanten Gremien, Netzwerken und Gesprächskreisen wird die Projektträgerin Unterstützung und Service für diejenigen anbieten, die sich in Einrichtungen und Stadtteilen in Bremen sowie Bremerhaven für Frauen und Mädchen engagieren. Es wird ein Netzwerk zum Austausch von Best-Practice-Beispielen und zur gezielten Förderung der Arbeitsmarktintegration geflüchteter Frauen initiiert. Des Weiteren werden Schulungen für Fachkräfte, aber auch für Ehrenamtliche, Übersetzer*innen und Träger*innen angeboten, Informationsmaterialien bereitgestellt und falls nötig auch übersetzt. In Bremerhaven übernimmt die ZGF die Moderation einer Arbeitsgruppe, in der Angebote für geflüchtete Frauen und Mädchen in den Stadtteilen abgestimmt und koordiniert werden.

Gewaltschutz und Gesundheit

Ein weiterer Projektbaustein ist die systematische Zusammenarbeit mit den Frauen und Mädchen, die in Unterkünften leben. Hierzu werden in den Unterkünften Räume für geflüchtete Frauen und Mädchen geschaffen oder dort, wo es sie bereits gibt, themenbezogen mit den Verantwortlichen gestaltet. Auch bestehende oder neu zu schaffende Angebote

wie beispielsweise Mutter-Kind-Gruppen oder Aufklärung über Gesundheitsvorsorge dienen der Kontaktaufnahme, um auf eine »unaufdringliche« Weise das Thema Gewalt anzusprechen. Vorstellbar sind auch Gesprächsrunden oder Einzelveranstaltungen zu von den Frauen und Mädchen selber ausgewählten Themen. Fachfrauen aus dem Gewalt- und Gesundheitsbereich können dazu eingeladen werden.

Arbeitsmarktintegration

Zur Förderung der Arbeitsmarktintegration von geflüchteten Frauen werden diese über aufsuchende Angebote in Unterkünften sowie Sprachkursen gezielt angesprochen, informiert und beraten. Es werden Maßnahmen zur Kompetenzermittlung und -erprobung, die auch informell erworbene Fähigkeiten der Frauen berücksichtigen, erarbeitet. Die Maßnahmen sollten niedrigschwellig sein, auch in Teilzeit angeboten werden und die Möglichkeit einer Kinderbetreuung vorsehen. Entscheidend ist es, mit den Maßnahmen sowohl sehr gut qualifizierte Frauen anzusprechen, bei denen die Anerkennung vorhandener Abschlüsse bzw. entsprechende Anpassungsqualifizierungen im Vordergrund stehen, als auch lernungeübte Frauen.

Literatur bei den Verfasserinnen

MARGARETHA KURMANN, ANGELIKA ZOLLMANN, SEVDA ATIK, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, Knochenhauerstraße 20–25, 28195 Bremen, E-Mail: angelika.zollmann@frauen.bremen.de, www.zgf-bremen.de

ANTJE RICHTER-KORNWEITZ

Programm »Präventionsketten in Niedersachsen« Die ersten Kommunen starten

Acht niedersächsische Kommunen starten in der ersten Förderphase des Programms »Präventionsketten in Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!«. Sie alle verbindet das Ziel, eine integrierte kommunale Strategie, kurz: »Präventionskette«, auf- beziehungsweise auszubauen. In der ersten Kohorte sind die beiden kreisfreien Städte Delmenhorst und Wilhelmshaven, die Landkreise Göttingen, Oldenburg und Osnabrück sowie die Region Hannover vertreten. Das Programm ist auf die umfassende Teilhabe von Kindern bis zum Alter von zehn Jahren ausgerichtet. Das sechseinhalb Jahre laufende Vorhaben wird von der LVG & AFS durchgeführt, durch Stiftungsmittel der Auridis gGmbH gefördert und steht unter der Schirmherrschaft der Niedersächsischen Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Die beteiligten Kommunen erhalten eine finanzielle Förderung für drei Jahre, die unter anderem die anteilige Finanzierung einer Personalstelle für die Koordination der Präventionskette umfasst.

Merkmale von Präventionsketten

Präventionsketten führen als integrierte Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention die kommunalen Aktivitäten für Heranwachsende und ihre Familien über die verschiedenen Altersgruppen und Lebensphasen hinweg zusammen. Sie umfassen Akteur*innen, Angebote und Maßnahmen sowie Netzwerke zur Förderung, Unterstützung, Beratung, Bil-

derung, Betreuung, Partizipation und zum Kinderschutz. Präventionsketten sind auf Strukturbildung in Kommunen ausgerichtet und als intersektoraler und interprofessioneller Ansatz zu verstehen. Präventionsketten sind ein Instrument zur Prävention der Folgen von Kinderarmut. Das Ziel ist, umfassende Lebens- und Teilhabechancen vor allem für sozial Benachteiligte zu ermöglichen und individuelle, familiäre und soziale Eigenressourcen zu stärken. In diesem Sinne zählen die Orientierung am Lebenslauf, den Bedürfnissen der Kinder und den konkreten Praxisfeldern der Kommune ebenso zu den Handlungsprinzipien der Präventionskette wie das partizipative Vorgehen.

Die Aktivitäten in Niedersachsen

Die Beteiligung am Programm »Präventionsketten in Niedersachsen« erfordert einen politischen Beschluss der Kommune zum Auf- bzw. Ausbau einer Präventionskette. Dieser sollte spätestens bis zum Ende des ersten Förderjahres vorliegen. Die vorherige Abstimmung der Bewerbung zwischen maßgeblich beteiligten Fachbereichen wie Gesundheit, Jugend, Soziales, Bildung, gilt als weitere Voraussetzung. Die Aufgaben der Kommunen beim Auf- und Ausbau der Präventionsketten umfassen als zentrale Aktivitäten:

- » die Förderung der intensiven fachübergreifenden Kooperation der kommunalen Stellen, die Kinder bis zum 10. Lebensjahr bei einem gelingenden Aufwachsen begleiten,
- » die Förderung der aktiven Beteiligung von Fachkräften, zivilgesellschaftlichen Akteur*innen, sowie von Kindern und Familien,
- » die Bestandsanalyse und Bedarfserhebung der lokalen Situation sowie strategische Weiterentwicklung unter Beteiligung relevanter Gruppen,
- » die Durchführung eines Monitorings entlang lokal entwickelter Wirkungsmodelle, um laufende Prozesse des Aufbaus von Präventionsketten zeitnah und transparent zu dokumentieren.

Die beteiligten Kommunen erhalten neben der finanziellen Unterstützung eine umfassende Beratung und Begleitung durch die Landeskoordinierungsstelle »Präventionsketten in Niedersachsen«, angesiedelt bei der LVG & AFS. Sie übernimmt

- » die Beratung von Netzwerkkoordinator*innen und kommunalen Steuerungsgruppen,
- » die Weiterbildung für Fachkräfte und Entscheidungsträger*innen sowie die Durchführung von Netzwerktreffen,
- » die Unterstützung der zuständigen Stellen auf Ebene des Landkreises oder der kreisfreien Stadt durch Moderation bzw. Information von fachlichen und politischen Gremien,
- » die Vermittlung der für ein Prozessmonitoring nötigen Kompetenzen und Begleitung bei der Durchführung.

Ab 1. Mai 2017 können die Bewerbungen für die zweite Förderphase eingereicht werden. Antragsberechtigt sind die Jugendämter, Gesundheitsämter sowie andere Stellen der niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte nach vorheriger Absprache. Nähere Informationen hierzu bietet auch die Informations- und Auftaktveranstaltung zur zweiten Förderphase am 17. Mai in Hannover.

Literatur bei der Verfasserin
Anschrift siehe Impressum



IMPRESSUM



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für

Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover

Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 50 55 95

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Thomas Altgeld, Sven Brandes, Mareike Claus, Sabine Erven, Sandra Exner, Nina Fleischmann, Dr. Birte Gebhardt, Bianca Hoppe, Antonia Halt, Ines Koopmann, Jan Kreie, Christina Kruse, Angelika Maasberg, Reza Mazhari, Lena Oeltjen, Lea Oesterle, Tatjana Paeck, Sandra Pape, Elena Reuschel, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Patrizia Rothofer, Stephanie Schluck, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Tanja Sädtler, Janine Sterner, Janna Stern, Kerstin Utermark, Nicole Tempel, Theresa Vanheiden, Marcus Wächter-Raquet, Veronika Warga, Birgit Wolff

» **Beiträge:** Edith Ahmann, Thomas Altgeld, Sevda Atik, Prof. Dr. Beate Blättner, Daniela Bröker, Prof. Dr. Martin Dinges, Dr. Thomas Fallbesaner, Univ.-Prof.in Dr.in Margarethe Hochleitner, Prof. Dr. Petra Kolip, Ines Koopmann, Margaretha Kurmann, Elena Link, Sybille Nideröst, Sandra Pape, Dr. Doreen Reifegerste, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Tanja Sädtler, Prof.in Dr.in Brigitte Schigl, MSc., Anne Schilling, Silvia Selinger-Hugen, Dr. Ute Sonntag, Thomas Spitzer, Anne Starker, Markus Theunert, Tim Tiedemann, Dr.in phil. Claudia Wallner, Veronika Warga, Dr. Christian Wiechers, Prof. Dr. Elisabeth Zemp Stutz, Angelika Zollmann

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 95: 21.04.2017

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» **Auflage:** 9.000

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

» **Druck:** Druckerei Hartmann GmbH & Co. KG

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

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

» **Titelbild:** © Fotolia.com: besjunior, sevulya

» **Fotos:** S. 20 © Homann Güner Blum, alle anderen © Fotolia.com: christianchan, nito, tai111, Alena Ozerova, Sabphoto, RioPatuca Images, 123dartist, Robert Kneschke, fotomek, nito, eveleen007, Kara, nyul, MAK, Light Impression

Die LVG & AFS Nds. e. V. wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

Bücher, Medien



Wie das Älterwerden die Hospizbewegung verändert

Der fünfte Band der Buchreihe »Umsorgen – Hospiz- und Palliativarbeit praktisch« des Bayrischen Hospiz- und Palliativverbandes macht deutlich, dass sich die Herausforderungen des demografischen Wandels auch in der Hospiz- und Palliativbewegung widerspiegeln. Nach einer allgemeinen Einführung in die Thematik zeigt das zweite Kapitel gezielt die Bedeutung des Alters für die Hospizbewegung auf. Hier wird untersucht, welche Bedeutung die immer älter werdenden Mitarbeitenden für die Hospizarbeit haben. Dabei werden Fragen in den Fokus gerückt, die sich damit auseinandersetzen, inwiefern ältere Mitarbeitende als Ressource dienen können oder welchen Wert ihrem Erfahrungsschatz zukommt. Hinweise zur Umsetzung liefern zudem konkrete Ideen aus der Praxis. Der letzte Teil legt dar, welche Bedeutung die Hospizbewegung für die älter werdende Gesellschaft einnimmt. Das Buch richtet sich an Haupt- und Ehrenamtliche sowie Fachkräfte, die in diesem Bereich tätig sind. (ah)

DOROTHEA BERGMANN, FRANK KITTELBERGER:
Die Schätze des Alters heben. Wie das Älterwerden die Hospizbewegung verändert.
Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2016,
89 Seiten, ISBN 978-3-17-031883-0,
22,00 Euro

Health Literacy

Dem Buch liegt ein breites Verständnis des Begriffes Gesundheitskompetenz zugrunde. Neben den kognitiven Fähigkeiten, die erforderlich sind, um Informationen erschließen, rezipieren und verstehen zu können, ist mit Health Literacy auch gemeint, diese Informationen so nutzen zu können, dass sie zur informierten Entscheidungsfindung beim Management der eigenen Gesundheit und Krankheit im Alltag beitragen. Das Buch geht noch einen Schritt weiter und verbindet Health Literacy mit Health Citizenship als wichtige Grundlagen für eine neue Bürgerkompetenz für Gesundheit. Der Reader vereint konzeptionelle Beiträge, empirische Befunde von Health Literacy in der Bevölkerung und in einzelnen Bevölkerungsgruppen. Zudem werden Interventionserfordernisse diskutiert, um Health Literacy zu erhöhen. Dabei geht es um den Bereich der Pflege, um das Selbstmanagement bei Medikamenten, um interaktive Formen der Gesundheitsbildung und Health Literacy in Krankenhäusern. Didaktisch anzumerken ist, dass wichtige Aspekte in Merksätzen hervorgehoben sind. (us)

DORIS SCHAEFFER, JÜRGEN M. PELIKAN (HRSG.):
Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Hogrefe Verlag, Bern, 2017,
336 Seiten, ISBN 978-3-456-85604-9,
34,95 Euro

Pflege-Stärkungsgesetz 2

Mit dem Pflegestärkungsgesetz 2 (PSG 2) erfährt die Pflegeversicherung eine grundlegende Reform, die das Einstufungssystem auf eine neue Basis stellt und neue Leistungsstrukturen einführt. Dieses Buch richtet sich an Führungskräfte in ambulanten Pflegeeinrichtungen. Mit der Kapitelstruktur »Was ist neu? Kritik und Praxis – Gesetzestext« bringt Heiber einen Überblick zu geänderten Inhalten. Er bringt die konkreten Auswirkungen auf den Punkt, stellt Verbindung unter den Paragraphen her und gibt damit ein umfassendes, aber dennoch übersichtliches Gesamtbild. Leser*innen werden damit in die Lage versetzt, die daraus resultierenden Folgen für ihr Unternehmen zu diskutieren und Organisations- sowie Steuerungsprozesse einzuleiten. (nf)

ANDREAS HEIBER: Pflege-Stärkungsgesetz 2. Pflegeversicherung 2.0 – die Änderungen meistern. Vincentz Network, Hannover, 2016, 213 Seiten, ISBN 978-3-86630-462-8, 37,00 Euro

Ein Handbuch für Pflegefachpersonen in Berufspraxis und Politik

Einfluss zu nehmen ist kein Zufall, sondern basiert auf systematischem und konsequentem Vorgehen. Dieses Buch richtet sich an alle Pflegefachpersonen, die auf die Rahmenbedingungen ihres Berufes nachhaltig einwirken wollen. Auf individueller wie auch berufspolitischer Ebene geht es darum, sich einzusetzen, mit Sachkenntnis und guten Argumenten die eigene Botschaft an die jeweiligen Adressat*innen zu bringen, aber auch zu verstehen, wie Politik und Medien funktionieren. Trotz des US-amerikanischen Kontextes der Autorin sind die Grundprinzipien und Strategien zur Gewinnung von Einfluss in das deutsche Gesundheitswesen übertragbar. Sullivan bearbeitet Themen wie Wahrnehmung des Pflegeberufs, Kommunikationsstrategien, Verhandlungsgeschick und Karriereplanung. (nf)

ELEANOR J. SULLIVAN: Einfluss nehmen. Ein Handbuch für Pflegefachpersonen in Berufspraxis und Politik. Hogrefe Verlag, Bern, 2016, 214 Seiten, ISBN 978-3-456-85539-4, 39,95 Euro

Männer in Kindertageseinrichtungen

Gerade einmal vier Prozent der pädagogischen Fachkräfte in deutschen Kitas sind männlich. Daraus ergeben sich für das Berufsbild des Erziehers Fragen nach Geschlechts- und Rollenbildern, nach politischen und finanziellen Rahmenbedingungen sowie sozialer Anerkennung. Modellprojekte der letzten Jahre forcieren die Erhöhung des Männeranteils in Kitateams – und zwar nicht zuletzt wegen des akuten Personalmangels. Der Sammelband nähert sich diesem Themenkomplex auf unterschiedliche Weise: Neben einer wissenschaftlichen Aufbereitung gibt das Buch einen Einblick in die Praxis der Stuttgarter »Konzept-e«-Einrichtungen. Acht Statements männlicher Erzieher illustrieren ihren persönlichen Blick auf Praxisfelder der Kita-Pädagogik, Geschlechtersensibilität und Vielfalt. (ck)

WALTRAUD WEEGMANN, JORINA SENGER (HRSG.): Männer in Kindertageseinrichtungen. Theorien – Konzepte – Praxisbeispiele. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2016, 218 Seiten, ISBN 978-3-17-025851-8, 36,00 Euro

Die Bedeutung der Musik für demenziell veränderte Menschen

»Das Herz kennt keine Demenz« – mit diesen Worten stellt Zampolin sein Herzensprojekt Klang und Leben e. V. vor, in dem er und sein Musikerteam demenziell veränderten Menschen musikalisch begegnen. Mit der Grundannahme, dass Musik als nonverbales und emotionales Ausdrucksmedium für demenziell erkrankte Menschen dient, geht das Team in den Besuchen in den Einrichtungen stationärer und ambulanten Altenpflege auf eine musikalische Zeitreise. Dieses Buch enthält Biografisches, Musikalisches, Wissenswertes, Berührendes und Praktisches aus den Gesprächen und Erlebnissen mit den Menschen. Es regt dazu an, sich mit der musikalischen Arbeit in der Demenzbetreuung auseinanderzusetzen. Abseits von einem Sachbuch steht das Erzählen rund um das gemeinsame Erlebnis mit der Musik im Vordergrund. (nf)

GRAZIANO ZAMPOLIN: »Die Demenz kann uns mal«. Die Bedeutung der Musik für demenziell veränderte Menschen. Vincentz Network, Hannover, 2016, 97 Seiten, ISBN 978-3-86630-450-5, 22,80 Euro

Frühförderung mittendrin – in Familie und Gesellschaft

Eine gut umgesetzte interdisziplinäre Frühförderung in Familie und Gesellschaft leistet einen wertvollen Beitrag zur Teilhabe und Inklusion von Kindern mit (drohender) Behinderung. Dieser Sammelband, der auf den Vorträgen und Workshops des »XVIII. Symposium Frühförderung« basiert, stellt aktuelle theoretische Ansätze, Projekte und Initiativen der interdisziplinären und familienorientierten Frühförderung in den Fokus. Die Beiträge der zahlreich mitwirkenden Autor*innen befassen sich unter anderem mit den Themenfeldern Gesellschaft, Familienorientierung, Bindung, Netzwerkorientierung sowie internationale Frühförderung. Mit ihrem Buch wenden sich die Herausgeber*innen an ein interessiertes Fachpublikum der Frühförderung und fordern eine stärkere Vernetzung von beteiligten Fachkräften sowie Institutionen. (sp)

BRITTA GEBHARD, ANDREAS SEIDEL, ARMIN SOHNS, SEBASTIAN MÖLLER-DREISCHER (HRSG.): Frühförderung mittendrin – in Familie und Gesellschaft. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2016, 376 Seiten, ISBN 978-3-17-030257-0, 44,00 Euro

Praxishandbuch Kindergarten

Das Grundlagenwerk widmet sich der frühen Kindheit aus entwicklungspsychologischer Perspektive. Die Entwicklungsphasen sowie Bildungs- und Lernbereiche von Mädchen und Jungen stehen im Vordergrund. Sie werden als Basis pädagogischer Arbeit in Kindertageseinrichtungen beschrieben und durch diagnostische Verfahren ergänzt. Ziel der inhaltlichen Aufbereitung ist, Erzieher*innen Fachwissen für die umfassende Förderung der kindlichen Entwicklung zu vermitteln. Der Sammelband richtet sich eigentlich an pädagogische Fachkräfte, eignet sich aufgrund des hohen Detailgrades und wegen der wissenschaftlichen Aufarbeitung der einzelnen Kapitel vor allem aber auch für Theoretiker*innen und Vertreter*innen thematischer Randgebiete. Für Wissenshungrige stehen am Ende jedes Kapitels weiterführende Literaturhinweise zur Verfügung. (ck)

FRANZ PETERMANN & SILVIA WIEDEBUSCH (HRSG.): Praxishandbuch Kindergarten. Entwicklung von Kindern verstehen und fördern. Hogrefe, Göttingen, 2017, 543 Seiten, 49,95 Euro

Psychische Erkrankungen im Betrieb

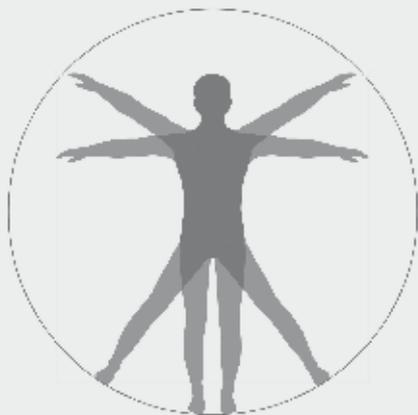
Die Bedeutung der Arbeit für die Entstehung psychischer Erkrankungen wird vielfach diskutiert – vor allem in den Betrieben selbst. Psychische Erkrankungen sind für die meisten Akteur*innen aus Organisationen jedoch mit vielen Fragezeichen behaftet. Was kann im betrieblichen Kontext getan werden um einer Erkrankung vorzubeugen? Wie kann man eine gute Wiedereingliederung unterstützen? Wo können betriebliche Akteur*innen Unterstützung finden? In dem Buch werden diese und andere Fragestellungen behandelt. Verschiedene Autor*innen werfen den Blick beispielsweise auf die Rolle der Führung, des Betriebsärztlichen Dienstes oder auch der behandelnden Psychotherapeut*innen. Ein wertvolles Buch für Personen aus Betrieben, die mehr über Hintergründe und Ansatzpunkte im Umgang mit psychischen Erkrankungen erfahren möchten. (mc)

DIRK WINDEMUTH, DETLEV JUNG, OLAF PETERMANN (HRSG.): Psychische Erkrankungen im Betrieb. Eine Orientierungshilfe für die Praxis. Universum Verlag GmbH, Wiesbaden, 2014, 472 Seiten, ISBN 978-3-89869-406-3, 59,00 Euro

Personalarbeit im demografischen Wandel

Der von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin herausgegebene Sammelband liefert theoretische Hintergründe und Grundlagen zur Beratung von klein- und mittelständischen Unternehmen im demografischen Wandel. Es werden außerdem praktische Herangehensweisen und diverse Instrumente zu den Themen »Personalpolitische Bestandsaufnahme« und »Betriebliche Veränderungsprozesse« übersichtlich vorgestellt und erklärt. Diese wurden größtenteils von der »Initiative Neue Qualität der Arbeit« entwickelt und evaluiert. Der Band richtet sich an Personalverantwortliche, Beratende von Kammern, Sozialversicherungen und Gewerkschaften sowie weitere betriebliche Akteur*innen. (lo)

BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN, GÖTZ RICHTER, MICHAEL NIEHAUS (HRSG.): Personalarbeit im demografischen Wandel – Beratungsinstrumente zur Verbesserung der Arbeitsqualität. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld, 2015, 248 Seiten, ISBN 978-3-7639-5035-5, 34,90 Euro



Das SGB XI – Beratungshandbuch 2016/17

Die Reform der Pflegeversicherung bringt auch im Bereich Beratung viele Veränderungen mit sich. Zielgruppe dieses Handbuchs sind Beratungskräfte aus Pflegestützpunkten und ambulanten Pflegediensten. Mit der Kapitelstruktur »Kurzdarstellung – Wesentliche Punkte – Hintergrund – Hinweise zur Beratung und zur internen Umsetzung – Quellen« bringt Heiber die zahlreichen Änderungen in einen handhabbaren Überblick. Die Kapitel beleuchten etwa Themen wie die Pflegeberatung durch die Pflegekassen, soziale Sicherung der Pflegepersonen, Tages- und Nachtpflege und Überleitung der Leistungen. Eine schöne Ergänzung: Aktualisierungen für 2017 und Vorlagen zum Download stehen im Internetangebot des Verlags bereit. (nf)

ANDREAS HEIBER: Das SGB XI – Beratungshandbuch 2016/17. Gut beraten – Vertrauen schaffen – Nachfrage erhöhen. Vincentz Network, Hannover, 2016, 305 Seiten, ISBN 978-3-86630-431-4, 46,00 Euro

Werkzeugkoffer für Lernbegleiter

Wie lernen Menschen eigentlich am besten? Welche didaktische Ausgestaltung ist bei der Durchführung von Workshops, Seminaren oder auch Tagungen geeignet, damit die Teilnehmenden in ihrer eigenen Arbeit etwas für sich daraus ziehen können? Diesen Fragen hat sich Ralf Besser als langjähriger Trainer und Berater gewidmet. Aus seinen Überlegungen ist eine umfangreiche Methodenbox entstanden, die eine Fülle an Methoden sortiert nach verschiedenen Settings bereithält. Bei den Methoden stehen jeweils die Eigenreflexion der Teilnehmenden sowie die Integration der zu vermittelnden Inhalte im Vordergrund. Bei der Methodenbox handelt es sich in der Tat um eine Metallbox mit 160 Methodenkarten im DIN A 5 Format. Der Werkzeugkoffer ist eine wertvolle Unterstützung für alle Lernbegleiter*innen, die Schwung und Lebendigkeit in Ihre Workshops, Seminare oder auch Tagungen bringen wollen. (mc)

RALF BESSER: Werkzeugkoffer für Lernbegleiter. Die Methodenbox für eine konstruktivistische Didaktik. Besser wie gut GmbH, Bremen, 2016, ISBN 978-3-939269-46-5, 65,00 Euro

Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Dieser Praxisleitfaden enthält die relevanten Fakten, die zum Management von ambulant betreuten Wohngemeinschaften nötig sind. Von der Philosophie der Wohngemeinschaften über Fragen der Qualität, Wirtschaftlichkeit, rechtlichen Grundlagen und Finanzierung bis hin zu Anforderungen an das Personal, baulichen Aspekten sowie Marketing gibt das Buch einen umfassenden Blick über die relevanten Themen zur ambulant betreuten Wohngemeinschaft. Bereichernd ist zusätzlich der Exkurs zu den Entwicklungen in Österreich. Das Buch ist hilfreich für alle, die sich mit Entwicklung und Aufbau dieser Wohnform befassen wollen oder müssen. (nf)

CLAUDIUS HASENAU, LUTZ H. MICHEL (HRSG.): Ambulant betreute Wohngemeinschaften. Gestalten, finanzieren, umsetzen. Vincentz Network, Hannover, 2016, 247 Seiten, ISBN 978-3-86630-431-4, 46,00 Euro

Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz

Trotz positiver Entwicklungen des Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz gibt es diesbezüglich in Deutschland noch kein gesetzliches umfassendes Rauchverbot. Gleichwohl setzen Arbeitgeber*innen auf Basis von Arbeitsschutzmaßnahmen und freiwilliger Gesundheitsförderung einen Nichtraucherschutz um. Der Autor gibt mit seiner Dissertation einen kritischen und intensiven Überblick über die rechtlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz in Deutschland. Es werden Möglichkeiten zur Durchsetzung des Nichtraucherschutzes durch Arbeitgeber*innen sowie durch die besondere Rolle von Betriebs- und Personalrät*innen aufgezeigt. Die Bedeutung der Rechtsdurchsetzung von staatlichen Arbeitsschutzbehörden sowie auf individualrechtlicher Ebene werden verdeutlicht und sozialrechtliche Instrumente zur Umsetzung des Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz aufgezeigt. Das Buch richtet sich primär an Fachpersonal aus dem Arbeits- und Sozialrecht. (tv)

JOHANNES THELEN: Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz. Zwischen Verbot und Gesundheitsförderung. Arbeits- und Sozialrecht, Band 142. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2016, 290 Seiten, ISBN 978-3-8487-3288-3, 76,00 Euro

Werkbuch neue Altersbildung

Das Werkbuch neue Altersbildung gliedert sich in zwei Teile: In einem ersten allgemeinen Teil gehen die Autor*innen in ihren Beiträgen den Fragen nach, wie der demografische Wandel unsere Bilder vom Altern und unsere Erwartungen an das Alter verändert sowie welche neuen Bedeutungen die Gestaltung des Übergangs Beruf – Ruhestand und nachberuflicher Bildungsangebote gewinnen. Den zweiten Teil des Werkbuches verstehen die beiden Herausgeber als eine Art »Arbeitsbuch« – gegliedert nach einzelnen Bildungsfeldern werden bewährte Modelle vorgestellt und Anregungen für die Entwicklung und Erprobung eigener Praxis gegeben. In einem abschließenden Kapitel werden Konzepte gendergerechter Bildungsarbeit in der dritten Lebensphase, mit besonderem Schwerpunkt auf Angebote für Männer, vorgestellt. Das Werkbuch richtet sich vor allem an haupt-, neben- und ehrenamtliche Mitarbeitende in der Altersbildung, die Anregungen für die Entwicklung von Bildungsangeboten in der eigenen Praxis suchen. (jk)

HANS PRÖMPER, ROBERT RICHTER (HRSG.): Werkbuch neue Altersbildung. Praxis und Theorie der Bildungsarbeit zwischen Beruf und Ruhestand. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld, 2015, 331 Seiten, ISBN 978-3-7639-5332-5, 34,90 Euro

Geografie der Gesundheit

Der Herausgeberband verknüpft als erstes deutschsprachiges Werk systematisch die Forschungsfelder Gesundheit und Geografie. Er liefert einen Überblick über Ansätze und Methoden der räumlichen Ausrichtung und Organisation zum Erhalt oder zur Verbesserung von Gesundheit in der Bevölkerung. Dabei geht es etwa um Analysen zur Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen oder zu gesundheitsförderlichen Verhältnissen mittels GIS-Daten. Hintergründe, historische Entwicklung und theoretische Modelle und Methoden zum Thema sowie der Zusammenhang von Geografie und Gesundheit werden den Leser*innen nahegebracht. Abschließend werden die Lesenden mit anschaulichen Beispielen in die Gesundheitsgeografie eingeführt und über deren Nutzen und mögliche Stolpersteine informiert. Das Werk richtet sich an Forschende und Interessierte, die Daten und Ergebnisse der Gesundheitsgeografie nachvollziehen, interpretieren oder selbst erheben möchten. (lo)

JOBST AUGUSTIN & DANIELA KOLLER (HRSG.): Geografie der Gesundheit. Die räumliche Dimension von Epidemiologie und Versorgung. Hogrefe Verlag, Bern, 2017, 292 Seiten, ISBN 978-3-456-85525-7, 39,95 Euro

Blickpunkt Psyche

Der BKK Gesundheitsreport 2014 fand heraus, dass Arbeitsunfähigkeiten, Diagnosehäufigkeiten und Arzneimittelverordnungen zwischen den Regionen stark variieren. Der BKK Gesundheitsatlas 2015 beleuchtet die Gründe für diese Unterschiede. Dabei werden Depressionen und Burn-out besonders beleuchtet. Einbezogen werden demografische und arbeitsweltliche Faktoren sowie Kennzahlen der Versorgungsstruktur wie Krankenhaus- und Arztdichte. Neben dem Status Quo werden auch Perspektiven diskutiert. (us)

KARIN KLINER, DIRK RENNERT, MATTHIAS RICHTER (HRSG.): Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas 2015. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2015, 87 Seiten, ISBN 978-3-95466-218-0, 9,95 Euro

Migration und Flucht – Orientierungswissen der Sozialen Arbeit

Der Band innerhalb der Reihe »Handlungsfelder Sozialer Arbeit« befasst sich mit migrationsspezifischen Problemlagen als Tätigkeitsfelder der Sozialarbeit. Die Reihe richtet sich an Studierende und Akteur*innen der Sozialen Arbeit. Eingangs wird die Ausgangslage (historische Entwicklung, Begrifflichkeiten, soziale Lage und politische/gesellschaftliche Einflussfaktoren) im Zuwanderungsland Deutschland beschrieben. Der zweite Teil geht detailliert und gut verständlich auf theoretische Hintergründe und Ansätze der Sozialen Arbeit ein, welche anschließend anhand von Fallbeispielen und verschiedenen Interventionsformen näher erläutert werden. Die letzten drei Teile des Buches greifen aktuelle fachspezifische Trends, wie die Verknüpfung des Themas Migration mit Ehrenamt, Inklusion oder Quartiersarbeit, die Integration des Handlungsfeldes in sozialwissenschaftliche Theorien sowie ethische Aspekte auf. (lo)

NAUSIKAA SCHIRILLA: Migration und Flucht – Orientierungswissen der Sozialen Arbeit. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2016, 263 Seiten, ISBN 978-3-17-023371-3, 34,00 Euro

Irrsinnig weiblich – Psychische Krisen im Frauenleben

Psychische Störungen treten bei Frauen und Männern zwar gleich häufig auf, doch unterscheiden sich die Erkrankungen, Belastungen und Risiken nach Geschlecht. In diesem Fachbuch geht es um die Ursachen dieser unterschiedlichen Verletzbarkeiten, um konkrete präventive Maßnahmen und um Perspektiven für mehr psychische Gesundheit für Frauen. Themen sind unter anderem Körperbilder und Selbstzweifel, Sexualität und Unsicherheit, Reproduktionsmedizin, Migration und Risiken, Psychotherapie und Gender. (us)

BEATE WIMMER-PUCHINGER, KARIN GUTIÉRREZ-LOBOS, ANITA RIECHER-RÖSSLER (HRSG.): Irrsinnig weiblich – Psychische Krisen im Frauenleben. Hilfestellung für die Praxis. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2016, 245 Seiten, ISBN 978-3-662-48435-7, 39,99 Euro



Medizin – Gesundheit – Geschlecht

Der Sammelband mit insgesamt 17 Artikeln teilt sich in drei Kapitel. Zuerst werden Entwicklungslinien und theoretische Klärungen zu geschlechterdiffernten Perspektiven in Medizin und Public Health diskutiert. So heißt ein Beitrag: »Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin.« Im zweiten Teil geht es um methodische Anforderungen an eine geschlechtersensible Datenbasis. Der dritte und umfangreichste Teil beschreibt geschlechterbezogene Gesundheitsanliegen in besonderen Lebenskontexten und Lebenslagen. Dabei sind bisher wenig thematisierte Bereiche wie die Orthopädie »Zwei Geschlechter, ein Bewegungsapparat?« oder ein gendersensibles Betriebliches Gesundheitsmanagement angesprochen. Auch neue Projekte werden vorgestellt wie »discovering hands«, das den Einsatz blinder Frauen in der Brustkrebsfrüherkennung ermöglicht. (us)

CLAUDIA HORNBERG, ANDREA PAULI, BIRGITTA WREDE (HRSG.): Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Springer VS Verlag, Wiesbaden, 2016, 375 Seiten, ISBN 978-3-531-18321-3, 39,99 Euro



Bildung – Geschlecht – Gesellschaft

Geschlechterbezogene Zuschreibungen und Erwartungen nehmen Einfluss auf die individuelle (schulische) Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Die Autorinnen möchten mit diesem Buch für breitere und weniger geschlechtsbezogene Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen sensibilisieren. Sie zeigen strukturiert und gut verständlich die komplexen Zusammenhänge zwischen Bildung, Geschlecht und gesellschaftlichen Strukturen auf. Beginnend mit einer Einführung in die Geschlechterforschung und Theorien der Geschlechterverhältnisse werden Geschlechteraspekte und deren Wirkung in schulischen Bildungsprozessen thematisiert. Abschließend werden praktische Ansätze zur Abschwächung geschlechterbezogener Stereotypen im Kontext Bildung aufgezeigt. Das Buch richtet sich an Erziehungs- und Sozialwissenschaftler*innen, Lehrkräfte und pädagogischen Fachkräfte sowie an alle Interessierten. (tv)

BARBARA RENDTORFF, ELKE KLEINAU, BIRGIT RIEGRAF: Bildung – Geschlecht – Gesellschaft. Eine Einführung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2016, 143 Seiten, ISBN 978-3-407-25743-7, 19,95 Euro

Soziale Psychiatrie

In der zweiten überarbeiteten und erweiterten Auflage dieses Fachbuches gelingt es Clausen und Eichenbrenner, einen umfangreichen Überblick in die Sozialpsychiatrische Arbeit zu gewährleisten. Wie im Vorwort von der Autorin und dem Autor angemerkt, wird man, liest man das Buch von der ersten bis zur letzten Seite, vom Allgemeinen zum Konkreten, dann zum sozialpsychiatrischen Auftrag und anschließend zu Störungsbildern und Behandlungsformen geleitet. Es werden die Leitgedanken der Sozialen Psychiatrie erörtert und die Rechtsgrundlagen dargestellt. Darüber hinaus werden auch die Zielgruppen und die einzelnen Handlungsfelder beschrieben. Das Werk ist allerdings auch gut zum Querlesen geeignet. Die Unterkapitel sind kurz gehalten, so dass es sogar als Nachschlagewerk genutzt werden kann. Wer daraus resultierend weiterführend vertiefende Lektüre benötigt, bekommt sie direkt im Anschluss an die jeweiligen Unterkapitel genannt. (se)

JENS CLAUSEN, ILSE EICHENBRENNER: Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. Kohlhammer, Stuttgart, 2016, 294 Seiten, ISBN 978-3-17-029310-6, 32,00 Euro

Gesundheitskommunikation im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis

Vor dem Hintergrund der zweifelsfrei hohen Relevanz der praktischen Anwendung adressatengerechter Kommunikation im Gesundheitsbereich widmet sich der Herausgeberband den eher unspezifischen wissenschaftlichen Grundlagen. Die verschiedenen interdisziplinären Perspektiven und theoretischen Modelle müssen näher beleuchtet werden, sodass daraus ein praktischer Nutzen und Zugewinn entsteht. Die dazu beschriebenen Studien beschäftigen sich beispielsweise mit den Themen ethische Aspekte im gesundheitsbezogenen Journalismus, der Gestaltung von Gesundheitskampagnen sowie der Überzeugungskraft von Gesundheitsbotschaften. (lo)

ANNE-LINDA CAMERINE, RAMONA LUDOLPH, FABIA ROTHENFLUH (HRSG.): Gesundheitskommunikation im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2016, 354 Seiten, ISBN 978-3-8487-2820-6, 54,00 Euro

Sterbefasten

Die Autorin ist seit mehr als 25 Jahren Mitarbeiterin in einer Praxis für Allgemeinmedizin und als ehrenamtliche Sterbe- und Trauerbegleiterin tätig. Mit diesem Erfahrungshintergrund und Wissen beschreibt sie den Sterbewunsch, den von ihr begleiteten Sterbeprozess ihrer Mutter und die widersprüchlichen Gedanken und Gefühle, die sie selbst durchlebte, sowie die Folgen und Auswirkungen auf die Familie. Darüber hinaus greift zur Nieden wichtige Fragen zur Pflege von Sterbenden auf, nimmt die Sicht des Hausarztes und die rechtlichen Voraussetzungen in den Blick und zeigt Wege einer gelungenen Kommunikation auf. Im Buchanhang ist eine ausführliche Patientenverfügung abgedruckt. (am)

CHRISTIANE ZUR NIEDEN (HRSG.): Sterbefasten. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – Eine Fallbeschreibung, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2016, 171 Seiten, ISBN 9783863212872, 19,95 Euro

Was es heute heißt, ein Mann zu sein

Der »Wegweiser für ein neues Selbstverständnis des Mannes« reiht sich in eine mittlerweile kaum noch überschaubare Reihe von Selbstbespiegelungsliteratur zur Rolle des modernen Mannes ein. Lesende erwartet eine fast 400 Seiten umfassende Litanei über historische Rollenbilder und -modelle des Mannes, gesellschaftliche Erwartungshaltungen und die Auswirkungen auf die Gesundheit von Männern. Der Autor fokussiert dabei insbesondere auf Väter; Männer ohne Kinder werden nur in zweiter Linie mitbehandelt. Nach umfassenden anekdotischen Einblicken in sein Privatleben sowie sein Berufsleben als Psychotherapeut kommt der Autor zu dem Schluss, dass in der derzeitigen Krise von Männlichkeit auch eine Chance liegt, veraltete Geschlechterrollen zu überwinden und damit dem Geschlechterkampf ein Ende zu bereiten. Larmoyante Seitenhiebe auf Frauen, die dies bitte auch zuzulassen und zu unterstützen hätten, runden das Werk ab. (ms)

BJÖRN SÜFKE: Männer. Erfindet. Euch. Neu. Was es heute heißt, ein Mann zu sein. Mosaik-Verlag, Verlagsgruppe Random House, München, 2016, 399 Seiten, ISBN 978-3-442-39291-9, 19,99 Euro

Der andere Mann

Das patriarchale System bröckelt an einigen Stellen, so der Autor. Weiter stellt er fest, dass Bilder von Männlichkeit in unserer Gesellschaft trotz allem häufig moralisierend, klischeehaft und abwertend sind. Das Herausgeberwerk sammelt bekannte Autoren aus dem weiten Feld der Männerarbeit, die engagierte, sensible, fürsorgliche, emanzipierte und in Teilen feministische Merkmale und Leistungen von Männern aufzeigen. Die Autoren ermöglichen dies durch narrative Berichte aus ihrer persönlichen Lebenswelt, ihrem Arbeitskontext, philosophische Gedankengänge und geschlechterpolitische Beiträge. Aigner betitelt sein Werk als »Lesebuch«, das zu neuen Diskussionen über andere Männlichkeiten zwischen Widersprüchen, Schwierigkeiten und Chancen in unserer Gesellschaft ermutigt. Dies ist ihm gelungen. (sts)

JOSEF CHRISTIAN AIGNER (HRSG.): Der andere Mann – ein alternativer Blick auf Entwicklung, Lebenslagen und Problemen von Männern heute. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2016, 254 Seiten, ISBN 978-3-8379-2620-0, 24,90 Euro

Palliative Care in der stationären Altenpflege

Jährlich sterben über 350.000 Menschen in Einrichtungen der stationären Altenpflege. Eine adäquate palliative Versorgung und Sterbebegleitung ist eine essentielle Aufgabe, die die Haltung des versorgenden Teams prägt. Löser stellt in diesem Buch das Basiswissen für die Erstellung eines Palliative-Care-Konzeptes anhand des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) dar. Welche Voraussetzungen müssen geschaffen und welche Rahmenbedingungen beachtet werden? Wie soll das Konzept strukturiert und die Implementierung umgesetzt werden? Zu diesen Fragen finden Verantwortliche aus Einrichtungen stationärer Pflege in diesem Buch Antworten. Neun Arbeitshilfen unterstützen die praxisnahe Erstellung und Umsetzung eines Palliative-Care-Konzeptes. (nf)

ANGELA PAULA LÖSER: Palliative Care in der stationären Altenpflege. Das passende Konzept erstellen und umsetzen. Schlütersche, Hannover, 2016, 168 Seiten, ISBN 978-89993-372-7 34,95 Euro

Genderpolitik

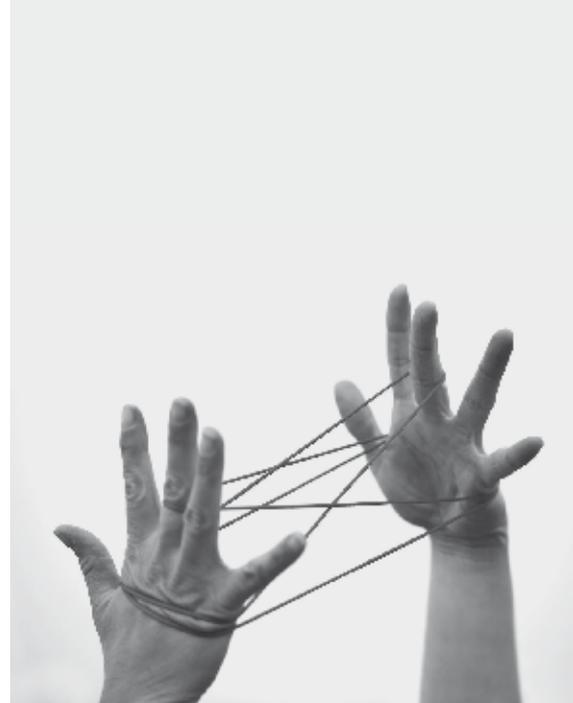
Der Sammelband ist als Lehrbuch konzipiert und bietet einen Überblick über aktuelle Forschungsergebnisse, über theoretische Konzepte und deren Umsetzung. Es geht um Gleichstellungspolitik in Wirtschaft, Staat/Verwaltung und Politik. Der Band richtet sich an Studierende, Lehrende und Expert*innen gleichermaßen. Themen sind im Einzelnen etwa (Gender)Relations of (Re)Production, Führung und Geschlecht oder Entgeltpolitik und Gender, aber auch eine Standortbestimmung zu Frauen in der Politik sowie kommunalpolitischer Führung: Bürgermeister*innen im Fokus und auch die politische Partizipation von Frauen mit Migrationshintergrund. Teil drei befasst sich mit den Reformkonzepten Gender Mainstreaming, Gender Budgeting als Umsetzung von Gender Mainstreaming in der Haushaltspolitik und Diversity-Konzepten. (us)

ELKE WIECHMANN (HRSG.): Genderpolitik. Konzepte, Analysen und Befunde aus Wirtschaft und Politik. NomosVerlag, Baden-Baden, 2016, 337 Seiten, ISBN 978-3-8487-2358-4, 29,00 Euro

Handbuch Präventionsgesetz

Der Weg zu einem Präventionsgesetz in Deutschland war lang. Anfang 2016 trat das neue Gesetz in Kraft. Das Handbuch möchte das Gesetz mitsamt seiner Intentionen und Willen des Gesetzgebers zugänglich machen. Es beschreibt kurz den Entstehungsweg seit 1948. Der Inhalt des Gesetzes wird anhand der wichtigsten Änderungen strukturiert dargestellt. Schnittstellen, Schlüsselfaktoren und Stolpersteine bieten ein vertieftes Verständnis des Gesetzes. Den weitaus größten Raum nimmt die Darstellung der Änderungen des SGB V und anderer Gesetze ein. Die Änderungen werden kenntlich gemacht, deren Herkunft erläutert. Gesetzesbegründungen von Bundesregierung oder Gesundheitsausschuss sowie Erläuterungen der Autoren machen das Handbuch zu einer detaillierten, informativen, in die Zukunft gerichteten Exegese. (us)

RAIMUND GEENE, MICHAEL REESE: Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2016, 350 Seiten, ISBN 978-3-86321-314-5, 34,95 Euro



Suizid kontrovers

Mit dem vorliegenden Buch möchte der Autor den Suizid in der heutigen Gesellschaft einordnen und aus verschiedensten Blickwinkeln betrachten. Berichte von Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben, Zitate aus Tagebüchern und Briefen bekannter Literaten bringen den Leser*innen die inneren Monologe suizidgefährdeter Menschen nahe. Die Wahrnehmung von Suiziden wird in der Gesellschaft auch durch die Medien, Kunst und Literatur geprägt. Diesem Aspekt widmet sich der Autor genauso wie dem schwierigen Thema der Suizidassistenz und betrachtet hierbei Unterschiede im internationalen Ländervergleich. Abschließend wird die Frage diskutiert, ob der Suizid ein gangbarer Weg zur Lebensbeendigung sein kann. Prävention wird hierbei als gesamtgesellschaftlicher Auftrag gesehen. Das Buch richtet sich an Psychiater*innen, Klinische Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen sowie Studierende dieser Fachrichtungen und Interessierte. (se)

HANS WEDLER: Suizid kontrovers. Wahrnehmungen in Medizin und Gesellschaft, Kohlhammer, Stuttgart, 2017, 148 Seiten, ISBN 978-3-17-031046-9, 26,00 Euro



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

»Auf dem Weg zum studentischen Gesundheitsmanagement« Werkstattgespräch

03.04.2017, Karlsruhe

Studierende sind die größte Gruppe, die in Hochschulen lernt, forscht und arbeitet. Sie gibt den Hochschulen ihre eigentliche Bedeutung. Analog zum betrieblichen Gesundheitsmanagement werden in einem dreijährigen Projekt Konzept-Bausteine für ein studentisches Gesundheitsmanagement (SGM) entwickelt. Das Werkstattgespräch ist ein weiterer Schritt auf diesem Weg. Austausch zwischen Akteur*innen, die sich für das Thema Gesundheitsförderung bei Studierenden interessieren und die Weiterentwicklung der SGM-Konzept-Bausteine sind Schwerpunkte der Veranstaltung. Am 04.04.2017 findet ebenfalls in Karlsruhe die nächste Sitzung des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen statt.

Demenzkongress Bremen 2017

03.04.2017, Bremen

Die Demenz entwickelt sich zu einer bedeutenden sozialen, politischen, ökonomischen und humanitären Herausforderung. Doch wie kann eine adäquate Versorgung von Menschen mit kognitiven und demenziellen Störungen gewährleistet werden? Welche Möglichkeiten der Entlastung bestehen für Angehörige? Und wie können pflegerische und medizinische Strukturen an die Gegebenheiten vor Ort angepasst werden? Diese und weitere Fragen werden auf der Veranstaltung, in Anlehnung an den erfolgreich durchgeführten Demenzkongress 2016 in Niedersachsen, beleuchtet und diskutiert. Der Demenzkongress in Bremen richtet sich an Verantwortliche in Trägerorganisationen, medizinisches und pflegerisches Fachpersonal, pflegende Angehörige, Beschäftigte in Alzheimer Gesellschaften und in allgemeinen Beratungsstellen, Ehrenamtliche sowie an alle Interessierten.

»Selbstevaluation Schritt für Schritt« Workshop

04.04.2017, Hannover

Was hat es gebracht? Diese Frage ist für alle interessant, die Maßnahmen der Gesundheitsförderung entwickeln und anbieten. In dem Workshop werden die Grundlagen der Selbstevaluation vermittelt, um die Teilnehmer*innen in die Lage zu versetzen, kleine Evaluationsstudien selber durchzuführen.

Aus Fehlern lernen – Bad-practice und Flops der Gesundheitsförderung und Prävention

25.04.2017, Hannover

Die Planung von Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention orientiert sich oft an Modellen guter Praxis, der sogenannten good-practice. Doch lernt man nicht gerade aus Fehlern besser? Im Rahmen der Veranstaltung soll aufgezeigt werden, dass eine Kultur der Misserfolge helfen kann, ein Verständnis für die Voraussetzungen gelingender Praxis zu entwickeln.

Präventionsketten in Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!

Fachveranstaltung zur 2. Förderphase des Programms

17.05.2017, Hannover

Das Programm »Präventionsketten in Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!« unterstützt von 2017 bis 2022 den Aufbau und Ausbau einer Präventionskette in bis zu 38 niedersächsischen Kommunen. Jedes Jahr können bis zu zehn Kommunen für jeweils drei Jahre bei ihren Vorhaben unterstützt werden. Die erste Förderphase hat bereits begonnen und sechs Kommunen konnten starten. Interessent*innen für die zweite Förderphase können sich ab dem 01. Mai 2017 bewerben. Die Fachveranstaltung bietet Hintergrundinformationen zum Programm und die Möglichkeit zum fachlichen Austausch.

Gesund und aktiv älter werden – Im Fokus: Gesundheitskompetenz in der zweiten Lebenshälfte

24.05.2017, Hannover

Unter Gesundheitskompetenz (Health Literacy) versteht man die Fähigkeit der*des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen treffen zu können, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Das Thema Gesundheitskompetenz gewinnt zunehmend an Bedeutung und rückt verstärkt in das wissenschaftliche sowie politische Bewusstsein. Im Rahmen der Konferenz soll aufgezeigt werden, wie der aktuelle Forschungsstand im Bereich Gesundheitskompetenz von älteren Menschen aussieht. Darüber hinaus sollen Beispiele guter Praxis vorgestellt werden, die zur Nachahmung anregen und neue Impulse vermitteln sollen.

7. Kita-Fachtag, Tischlein deck dich ...

Essen, Trinken und Ernährungsbildung in der Kita – eine neue Herausforderung?

13.06.2017, Oldenburg

Essen und Ernährung sind wichtige Lern- und Handlungsfelder in der Kita, nicht nur für die altersgerechte Versorgung, sondern auch für die physische, psychische und soziale Entwicklung – und für die Bildung. Die Tagung greift zentrale ernährungsphysiologische, psychologische, soziokulturelle und pädagogische Grundlagen der Entwicklung, Ernährung sowie Ernährungssozialisation und -bildung auf. Die verschiedenen Aspekte werden als Orientierung für die Kita-Praxis zusammengestellt und auch in ihrer Relevanz für den Umgang mit Kindern aufeinander bezogen. In einem interaktiven Vortrag sowie in zahlreichen Foren im Nachmittagsbereich werden die verschiedenen Perspektiven von Ernährungslehre, Esskultur, Ernährungsbildung, Logistik der Gemeinschaftsversorgung und Praxis in der Kita aufgegriffen – von einer entwicklungsgerechten Mahlzeitengestaltung bis zur Verantwortung der pädagogischen Fachkraft, der Leitung und des Trägers.

Prävention und Gesundheitsförderung in Niedersachsen: Das Präventionsgesetz in seiner Umsetzung, Jahrestagung der LVG & AFS

13.06.2017, Hannover

Das Präventionsgesetz wurde vor ziemlich genau zwei Jahren vom Bundestag verabschiedet und die Umsetzung ist auf Bundes- und Länderebene in vollem Gange. Im Rahmen ihrer Jahrestagung 2017 möchte die LVG & AFS gemeinsam mit Vertretern*innen der GKV, weiterer Sozialversicherungsträger, der Politik und Wohlfahrtsverbänden ein erstes Zwischenfazit zur Umsetzung des Präventionsgesetzes in Niedersachsen ziehen. Beispiele guter Praxis der Gesundheitsförderung in verschiedenen Settings sollen aufgezeigt und Chancen, Herausforderungen und Handlungsperspektiven diskutiert werden.

Sitzung des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen

16.06.2017, Hannover

Der bundesweite Arbeitskreis, der Impulse zur Umsetzung von Gesundheitsförderung im Setting Hochschule gibt und einen Erfahrungsaustausch dazu organisiert, trifft sich im Juni 2017 in der Hochschule Hannover, die ihre Aktivitäten zum Thema vorstellen wird. Weiterhin geht es um Instrumente zum betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie neue Forschungsarbeiten zur Suchtprävention. Auch die Umsetzung von Nachhaltigkeit an einer Hochschule ist Thema.

4. Männergesundheitskonferenz

30.06.2017, Berlin

Die Gesundheitskompetenz von Männern in der Erwerbsphase steht im Mittelpunkt der von der LVG & AFS im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Bundesministerium für Gesundheit koordinierten 4. Männergesundheitskonferenz. Dabei soll der Fokus darauf gerichtet werden, welche Ressourcen zur Verfügung stehen und wie man diese für Männer zugänglich und nutzbar machen kann. Wie kann das Thema Gesundheit für Männer attraktiv kommuniziert und alltagstauglich ausgestaltet werden? Und vor allem: Wie kann man Männer besser zu Experten in eigener Sache machen, da es um ihre eigene Gesundheit geht? Neben Fachvorträgen geben Themeninseln Gelegenheit, ausgewählte Aspekte anhand von Impulsreferaten und Praxisbeispielen zu vertiefen.

VORSCHAU

Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung

22.08.2017

10 Jahre »die initiative«

für Gesundheit – Bildung – Entwicklung in Schulen

25.09.2017



FORTBILDUNGSPROGRAMM

für Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung

1. Halbjahr 2017

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

06.04.2017

Aufbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (früher NBEA)

26.04.2017

Jeder ist ein Künstler – Kunstprojekte in der Seniorenbetreuung

11.05.2017

Fortbildung von Ehrenamtlichen in Angeboten zur Unterstützung im Alltag

(Wiederholungsveranstaltung vom 19.01.)

16.05.2017

Dienstpläne modern und motivierend gestalten

(Wiederholungsveranstaltung vom 19.01.)

22.05.2017

NIEDERSACHSEN

3.-5.4.2017 » 6. Bundesfachkongress Interkultur: Land in Sicht – Interkulturelle Visionen für heute und morgen, Braunschweig,

Kontakt: Haus der Kulturen Braunschweig e. V.,
Tel.: (05 31) 38 94 95 44,
E-Mail: info@bundesfachkongress-interkultur-2017.de,
Internet: www.bundesfachkongress-interkultur-2017.de

6.4.2017 » Sexuaufklärung online – Wie informieren sich Mädchen und Jungen?, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Tel.: (05 11) 85 87 88,

E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de,
Internet: www.jugendschutz-niedersachsen.de

5.-6.5.2017 » 59. Bundeskongress des VDD »Diätetik und Ernährungsmedizin – praxisnah und zukunftsorientiert, Wolfsburg, Kontakt: VDD Verband der Diätassistenten – Deutscher Berufsverband e. V., Tel.: (02 01) 94 68 53 70,

E-Mail: vdd@vdd.de,
Internet: www.vdd.de

15.-17.5.2017 » Grenzwertig. Zwang und Gewalt in der Altenpflege, Rehburg-Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum und Diakonie in Niedersachsen, E-Mail: Birgit.Wolter@evlka.de, Internet: www.zfg-hannover.de/programme/tagungen

16.-17.5.2017 » Kinderwunschbehandlung. Entscheidungen verantwortlich begleiten, Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik, Tel.: (05 11) 1 24 14 96, E-Mail: zfg@evlka.de, Internet: www.zfg-hannover.de

29.5.2017 » Kinderschutzkongress zu aktuellen Entwicklungen in Niedersachsen, Hannover, Kontakt: Kinderschutz-Akademie in Niedersachsen, Tel.: (05 11) 44 40 75,

E-Mail: info@kinderschutz-akademie.de,
Internet: www.kinderschutz-akademie.de

BUNDESWEIT

4.4.2017 » Kommunen in der alternden Gesellschaft – Empfehlungen des Siebten Altenberichts der Bundesregierung, Berlin, Kontakt: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Tel.: (0 30) 2 60 74 00,

Internet: www.siebter-altenbericht.de

5.4.2017 » Bundeskonferenz Gesund und aktiv älter werden »Präventionspotenziale im hohen Alter – Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflegeeinrichtung, Berlin, Kontakt: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Tel.: (0511) 388 11 89 0,

E-Mail: lea.oesterle@gesundheit-nds.de,
Internet: www.gesund-aktiv-aelter-werden.de

7.4.2017 » Fachveranstaltung zum Weltgesundheitstag »Depression, sprechen wir's an, Berlin, Kontakt: Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V., Tel.: (02 28) 98 72 70,

E-Mail: info@bvpraevention.de,
Internet: www.bvpraevention.de

7.-8.4.2017 » Teilhabe: ermöglichen – sichern – entwickeln, Magdeburg, Kontakt: Hochschule Magdeburg-Stendal, Prof. Peter-Ulrich Wendt, E-Mail: peter-ulrich.wendt@hs.magdeburg.de, Internet: www.hs-magdeburg.de/tagung-sozialearbeit

24.-25.4.2017 » Zweiter Engagementbericht: Perspektiven für das soziale bürgerschaftliche Engagement, Berlin, Kontakt: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Tel.: (0 30) 62 98 00,

E-Mail: info@deutscher-verein.de,
Internet: www.deutscher-verein.de

27.-28.4.2017 » TOGETHER EVERYONE ACHIEVES MORE! Perspektiven erweitern durch multiprofessionelle Zusammenarbeit bei der Versorgung von Menschen mit Demenz, Witten, Kontakt: Universität Witten/Herdecke, Tel.: (0 23 02) 92 63 60,

E-Mail: claudia.kuhr@uni-wh.de,
Internet: www.uni-wh.de/aktuelles/veranstaltungen/

28.-29.4.2017 » Soziale Arbeit und Menschenrechte, Berlin, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit, Tel.: (0 70 42) 39 48,

E-Mail: dgsa@dgsainfo.de, Internet: www.dgsa.de

3.-5.5.2017 » 7. LGL-Kongress 2017 für den Öffentlichen Gesundheitsdienst »Gesundheit für alle, München, Kontakt: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Tel.: (0 91 31) 68 08 42 94,

E-Mail: oegd-kongress@lgl-bayern.de,
Internet: www.lgl.bayern.de

10.5.2017 » 5. DNVF-Forum Versorgungsforschung, Berlin, Kontakt: Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V., Dr. Gisela Nellesen-Martens, Tel.: (02 21) 47 89 71 11,

E-Mail: dnvf@uk-koeln.de,
Internet: www.netzwerk-versorgungsforschung.de

15.5.2017 » Gesund aufwachsen – von erfolgreichen Projekten zu festen Strukturen, Berlin, Kontakt: Plattform Ernährung und Bewegung e. V., Mirko Eichner, Tel.: (0 30) 27 87 97 62,

E-Mail: m.eichner@pebonline.de,
Internet: www.pebonline.de

17.5.2017 » Fachtagung Frühe Hilfen »Guter Start für Hamburgs Kinder, Hamburg, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., Tel.: (0 40) 28 80 36 40,

E-Mail: buero@hag-gesundheit.de,
Internet: www.hag-gesundheit.de

9.-10.6.2017 » 8. Dresdner Kita-Symposium – Fließende Grenzen in stürmischen Zeiten, Dresden, Kontakt: Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Tel.: (03 51) 4 57 19 63,

E-Mail: kita-symposium@dguv.de,
Internet: www.kita-symposium.de

21.-23.6.2017 » 30. Heidelberger Kongress »Ethische Fragen in der Suchtbehandlung, Heidelberg, Kontakt: Fachverband Sucht e. V., Tel.: (02 28) 26 15 55,

E-Mail: sucht@sucht.de,
Internet: www.sucht.de

27.-29.6.2017 » Biodiversity and Health in the Face of Climate Change, Bonn, Kontakt: German Federal Agency for Nature Conservation, Jutta Stadler, Tel.: (0 30) 38 30 18 61 34,

E-Mail: jutta.stadler@bfn.de,
Internet: www.ecbcc2017.com

29.-30.6.2017 » Public Health Tagung: Aktuelle Gesundheitsforschung: Altern – Gesundheit – Gerechtigkeit, Bremen, Kontakt: Universität Bremen, Tel.: (04 21) 21 85 85 47,

E-Mail: huter@uni-bremen.de,
Internet: www.healthsciences.uni-bremen.de

INTERNATIONAL

20.-22.4.2017 » 4th International Conference Aging & Cognition 2017, Zürich (Schweiz), Kontakt: University Research Priority Program, E-Mail: ac2017@dynage.uzh.ch, Internet: www.eucas.org/conference/a-c-2017/**7.-11.5.2017 » BIT's 10th Annual World Cancer Congress**, Barcelona (Spanien), Kontakt: Organizing Committee of WCC-2017, Internet: www.bitcongress.com/cancer2017

11.-12.5.2017 » 20. Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health, Eisenstadt (Österreich), Österreichische Gesellschaft für Public Health, Tel.: (00 43) 14 05 13 83 34,

E-Mail: office@oeph.de,
Internet: www.oeph.de

14.6.2017 » Vielfalt Leben – Diversität als Inspiration für die Gesundheitsförderung, St. Pölten (Österreich), Kontakt: Fonds Gesundes Österreich, Tel.: (00 43) 0 18 95 04 00,

E-Mail: fgoe@goeg.at,
Internet: www.fgoe.at