

87 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

Nebenher oder mittendrin?

Inklusive Gesundheitsförderung mit Menschen mit Behinderungen



EDITORIAL » Wenn man die mühevollen Inklusionsdebatte im Bildungswesen verfolgt, könnte man fast froh sein, dass die Gesundheitsversorgung und -förderung noch gar nicht angefangen hat, sich substantiell mit dem Thema auseinanderzusetzen. In den zahlreichen Debatten zum vierten Anlauf für ein Präventionsgesetz, das im Juni 2015 im Deutschen Bundestag nun endlich verabschiedet wurde, spielten Inklusionsfragen jedenfalls keine Rolle. Dabei ist es in einer inklusiven Gesellschaft normal, verschieden zu sein. Die mittelschichts- und frauenzentrierte deutsche Präventionslandschaft ignoriert schon andere Diversitätskriterien wie soziale Lage und Geschlecht weitgehend und jetzt auch Inklusion als neue Herausforderung? Mit dieser Ausgabe verbinden wir aber genau dieses Ziel: Die Herausforderungen der Inklusion für den Gesundheitsbereich zu definieren und Ansätze für inklusive Gesundheitsförderung aufzuzeigen.

Dabei setzen wir uns unter anderem mit dem normativen Verständnis von Gesundheit in Public Health, einer barriere- und diskriminierungsfreien Gesundheitsversorgung, aber auch mit der Heterogenität des Konstruktes Behinderung auseinander. Auch die Beiträge in den Rubriken Aktuelles und Kommunales fokussieren auf die inklusive Gesundheitsförderung – unter anderem auf die Armutslagen von Menschen mit Behinderungen und die Folgen für die Gesundheit. Wir setzen die Sonderseiten zu unserem 110-jährigen Vereinsjubiläum der LVG & AFS fort mit einem Streifzug zu den Medien unseres Vereins und stellen zudem die Ergebnisse des Projektes »Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität« vor. Darüber hinaus finden Sie wie gewohnt Rezensionen von neuen Veröffentlichungen und Veranstaltungshinweise.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Partizipation – Querschnittsaufgabe für die Gesundheitsförderung« (Redaktionsschluss 08.08.2015) und »Humor, Kunst, Kreativität und Gesundheitsförderung« (Redaktionsschluss 06.11.2015). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen!

Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Inklusion und das normative Verständnis von Gesundheit	02
Die Heterogenität des Konstruktes Behinderung	04
Gesundheitsförderung mit Menschen mit Behinderung	05
Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung	06
Inklusion, Chancengleichheit, mentale Gesundheit in der Schule	07
INKLUSION UNTERNEHMEN!	08
Pflege von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter	09
Der Sport als Vorreiter im Bereich Inklusion	11
Inklusion und Bildung zwischen Bildungsinstitutionen	12
Barriere- und diskriminierungsfreie gesundheitliche Versorgung	13
Das A und O der Inklusion – Mittenmang. Und überall.	14
Interview mit einer Studentin mit linksseitiger Hemiparese	15
Die LVG & AFS und ihre Medien	16
Zukunftsfähig durch attraktive Lösungen für alle	17
Inklusive Bildungsangebote von Volkshochschulen	19
Gesundheitsförderung in Lebenswelten	20
Armut, Gesundheit und Behinderung im frühen Kindesalter	20
Impressum	21
Die Wohnschule: »selbstbestimmt leben und wohnen«	22
Aufenthalt von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus	22
Interkulturelle Öffnung der Unterstützungssysteme	23
Suchthilfe für Menschen mit geistiger Behinderung	24
Jugendbefragung 2013 in Wolfsburg	25
Bücher, Medien	26
Termine LVG & AFS	30



BETTINA SCHMIDT

Inklusion und das normative Verständnis von Gesundheit in Public Health

Gesundheit – eng statt weit

Jeder Mensch hat seine eigene Gesundheit – zumindest galt diese plurale Vorstellung im 18. Jahrhundert. Wenn heute über Gesundheit geredet wird, dann unter einer engeren Gesundheitsperspektive. Zwar fehlt in kaum einer Gesundheitsrede der Verweis auf die Gesundheitsdefinition der WHO, doch faktisch steht nicht individuell angemessenes Wohlbefinden im Fokus, sondern biomedizinische Normgerechtigkeit und funktionstüchtige Leistungsfähigkeit. Niemand formuliert das so scharf, doch bezeugt ein Blick – und dieser darf als exemplarisch gelten –, in den aktuellen »Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung« des Bundesministeriums für Gesundheit, dass ein gesunder Mensch durch folgende typische Merkmale gekennzeichnet ist: Er hat einen BMI zwischen 19 und 25, isst täglich 5 Portionen Obst und Gemüse, bewegt sich 2,5 Stunden pro Woche, genießt Frühstück, Feierabend und Freundinnen und Freunde, nutzt Impfungen, Früherkennung und Kondome, lebt rauchfrei sowie alkoholfrei – und setzt sich außerdem nicht unter Druck und erwartet nicht zu viel von sich. Eine PubMed-Recherche bestätigt diese verengte Gesundheitsperspektive: *Diet* liefert 390.313 Hinweise; *smoking*: 211.116; *drug consumption*: 149.809. Weniger Hinweise liefern *violence* (82.004) oder *traffic accident* (39.9894), obwohl jährlich 1,4 Millionen Menschen durch Gewalt sterben und 20 Millionen Menschen im Straßenverkehr verletzt werden. Offenbar gibt es populäre und weniger populäre Gesundheitsprobleme.

Ernährungs-Bewegungs-Drogenfreiheits-Emsigkeit ist die neue Gesundheit und hat mit dem mehrdimensionalen Verständnis von WHO-Wohlbefinden nur noch wenig gemein. (Nicht nur) Unter Inklusionsgesichtspunkten ist diese komprimierte Gesundheitsperspektive problematisch. Sie schließt Menschen potenziell aus, die unter einer weiten Gesundheitsperspektive

dazu gehören würden. Genauer gesagt: Natürlich sind nicht alle Menschen von Exklusion bedroht, die den strengen Gesundheitsnormen und -geboten nicht genügen, allerdings erschweren solche Normierungen Inklusion durch Grenzziehungen zwischen zentralen und abseitigen Gesundheitswünschen sowie erwünschten und unerwünschten Gesundheitswirklichkeiten. »Drinner geht immer«, doch das widerspricht der Idee von Inklusion, die auf wilde Blumenwiese statt auf Monokultur setzt.

Gesund – draußen statt drinnen

Welche gesundheitlichen Themen dran sind, folgt nicht bloß fachlichen Relevanzergwägungen. Welche Personen drinnen sind, ebenso wenig. Drinnen sind vor allem die, die definieren, was dran ist. Professionell ausgedrückt: Die Chance, Themen öffentlich zu debattieren (zum Beispiel Ernährung versus Straßenverkehr), steigt mit der verfügbaren Diskursmacht der beteiligten Diskussionsteilnehmenden. Üblicherweise sind es die kommunikationsstarken Eliten aus Wissenschaft, Politik und Wirtschaft, denen es am besten gelingt, Themen zu setzen und angeblich Relevantes von Irrelevantem, Richtiges von Falschem zu unterscheiden. Wer die Themen ordnet, ordnet auch die Menschen. Nur vor diesem Hintergrund ist zu verstehen, dass Diabetikerinnen und Diabetiker lebenslang und Krankenkassen-finanziert Insulin erhalten, Heroinabhängige jedoch nur unter streng kontrollierten Bedingungen Methadon oder gar Heroin bekommen.

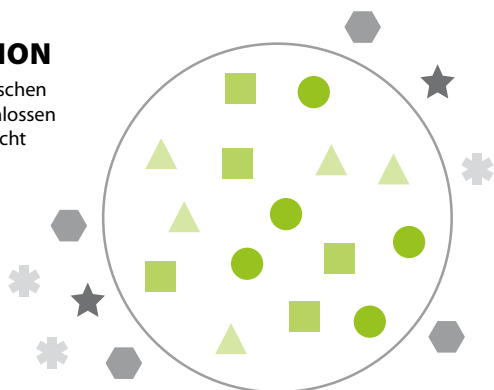
Inklusionshemmnisse erleben nicht nur bekannte »Abweichter«, zum Beispiel illegal Drogenabhängige oder Menschen mit Behinderungen, sondern etwa auch übergewichtige Menschen, die dem engen Ideal von Gesundheit nicht genügen. Dass Übergewicht bekanntlich nicht automatisch ein relevantes Gesundheitsrisiko darstellt, spielt dabei ebenso wenig eine Rolle wie die Tatsache, dass eine Behinderung nicht automatisch mit relevanten Leistungseinschränkungen einhergeht. Dennoch ist für die vielen »anders gesunden« Menschen Inklusion nicht garantiert, zum Beispiel erleben dicke Menschen, dass ihnen spezifische Versorgungsbedarfe, wie längere Injektionsnadeln nicht oder nur spöttisch erfüllt werden.

Dass in Deutschland 30 Millionen Menschen chronisch krank und 7,5 Millionen Menschen schwerbehindert sind, zeigt wie groß der Kreis jener ist, die Exklusionsrisiken unterworfen sind, weil sie den monokulturellen Gesundheitsvorgaben nicht genügen. Durch die immer kleinteiligere Diagnostik wird darüber hinaus der Kreis der ungenügend Gesunden täglich größer, weil winzige Normvarianten diagnostizierbar – und in der Folge meist pathologisiert und reguliert werden. Für die Zukunft ist zu befürchten, dass Inklusionshemmnisse nicht mehr nur Menschen mit Down-Syndrom oder Dicke erleben, sondern auch »noch« Gesunde, deren Biomarker ein erhöhtes Demenz- oder Darmkrebs-Risiko aufweisen.

Fitte Funktionstüchtigkeit liefert in der aktuellen Konkurrenzgesellschaft den äußerlich erkennbaren Beweis für potente Leistungsfähigkeit: In einem SZ-Interview antworteten die beiden Nachfolger von Deutsche-Bank-Chef Josef Ackermann Jürgen Fitschen und Anshu Jain auf die Frage nach ihrer Freizeit: »In der Freizeit gehen sie ... getrennte Wege. Jain liebt Golf und Cricket. Fitschen geht lieber joggen«. Aktive Freizeitgestaltung bezeugt heute die Zugehörigkeit zur Leistungselite; die drei Vorgänger Breuer, Kopper und Herrhausen des – ebenfalls sportiven – Ackermann, performten noch

EXKLUSION

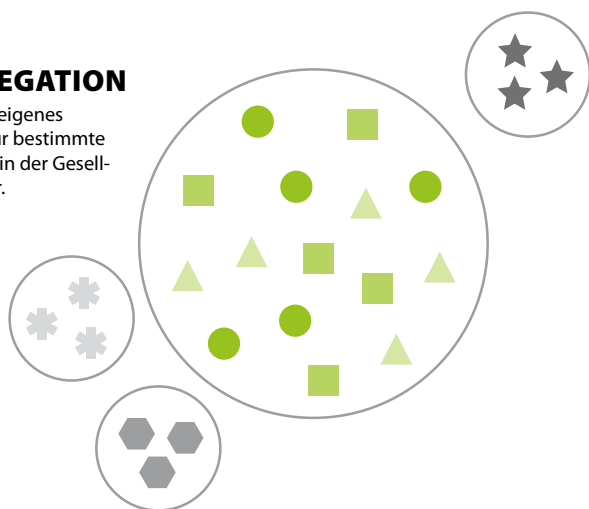
Einzelne Menschen sind ausgeschlossen und dürfen nicht teilnehmen.

**INTEGRATION**

Eingliederung außenstehender Gruppen und auch einzelner Menschen unter dem Aspekt – gemeinsam aber nebeneinander.

**SEGREGATION**

Sieht ein eigenes System für bestimmte Gruppen in der Gesellschaft vor.

**INKLUSION**

Zustand und kein Prozess, bei dem alle Menschen selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können.



die passiven Vergnügungen der traditionellen Eliten: Klassische Musik, Theater und Literatur. Fitness ist zum führenden Distinktions- und Selektionsmerkmal der Eliten geworden und stellt einen relevanten Wettbewerbsvorteil im Verteilungskampf um die gesellschaftlich relevanten Güter dar. »All inclusive« steht dieser Realität diametral gegenüber.

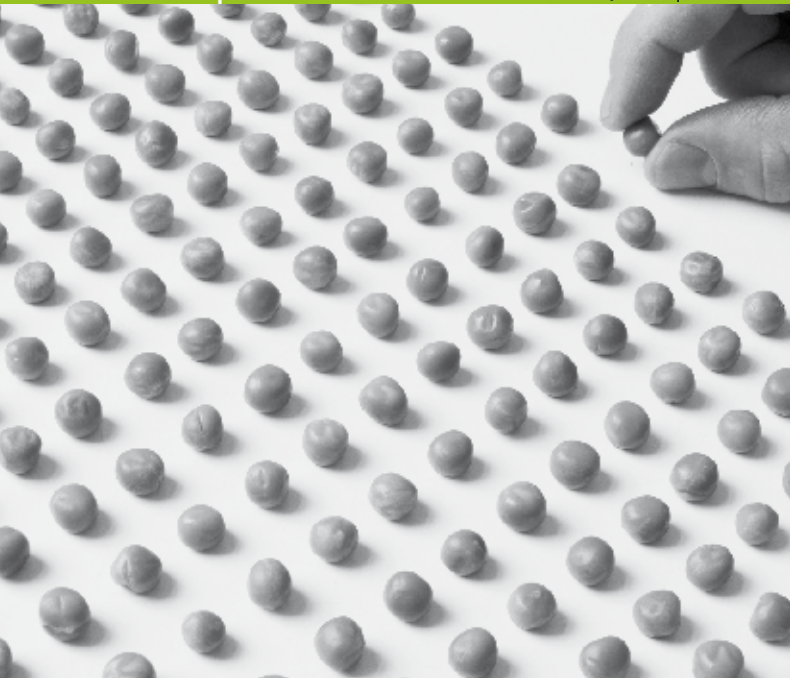
Gesundheit inklusive

Wer heute das vitale »Impression-Management« (Paula-Irene Villa) nicht beherrscht, ist von Exklusion bedroht. Widerständige Betroffene gehen dagegen vor, sie kämpfen für Inklusion und unmittelbares, bedingungsloses Zugehörigkeitsrecht sowie gegen die Pflicht zur Integration beziehungsweise Assimilation an die Üblichkeiten der Mehrheitsgesellschaft. Die Behindertenrechtskonvention dokumentiert den erfolgreichen Widerstand anschaulich. Doch auch andere von gesundheitlichen Inklusionshemmnissen betroffene Personen protestieren gegen exkludierende Bedingungen – zum Beispiel die Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung. Zu Recht verwehren sich Menschen gegen enge Gesundheitsnormen, denen sie nicht entsprechen können und/oder nicht entsprechen wollen, auch wenn sie könnten: »Alter, ick seh nur noch schöne, gestylte Menschen ... Latte Macchiato saufen, Lachs-Bagel fressen, Alter, det ist doch nicht wahr, Alter. Wat ist denn hier los, Mann?«. Mit diesen Worten zitiert Moritz Ege einen jungen Mann in seiner Studie »Proll mit Klasse«. Pointierter als mit den Worten des Interviewten kann man den Prototypen der erfolgreich gesunden Mehrheitsge-

sellschaft kaum skizzieren: Gut angezogen, polyglott alkoholfrei, gehobener kulinarischer Geschmack. Der folgende Satz verdeutlicht noch weiter das exklusionsrelevante Unbehagen an dieser Monokultur: »ick möchte mal wieder hässliche Menschen sehen! Verstehste? Ganz normale, hässliche Penner ... Dann zeigt man wieder, dass das noch normal ist«. Auch wenn derzeit über 700 Gesundheits-Apps zur Verfügung stehen, mit denen die (eher männliche) Mehrheitsgesellschaft nicht nur Bewegungsmenge, Kalorienverbrauch und Schlafrhythmus optimieren, sondern auch Falten-, Zecken-, Negativgefühl-Befall reduzieren kann: Nicht alle Menschen halten ein fett- und faltenfreies für das Beste aller Leben. Gesundheitsbezogene Inklusion ist nicht erreicht, wenn alle Menschen über die gleich glatte Gesundheit verfügen, sondern wenn alle Menschen mit all ihren Gesundheitsvorstellungen und -wirklichkeiten gleichberechtigt ihre individuellen Gesundheitspotenziale verwirklichen können. Eine All-in-Gesundheitsförderung und -versorgung zielt auf Befähigung und Ermöglichung diversifizierter Gesundheit – inklusive einer Gesundheitsforschung, die engagiert nach funktionierenden Lösungen sucht, damit jenseits eines ernährungs-, bewegungs- und drogenoptimierten Volks die langfristige Finanzierbarkeit der Sozialversicherungen sichergestellt ist.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. BETTINA SCHMIDT, Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Immanuel-Kant-Str. 18–20, 44803 Bochum, Tel.: (02 34) 36 90 11 80, E-Mail: bschmidt@efh-bochum.de



PETRA WONTORRA

Ein differenzierter Blick auf die Heterogenität des Konstrukts Behinderung

»Die Behinderten Menschen« gibt es genauso wenig wie es »die Frauen« gibt oder »die Menschen mit Migrationshintergrund«. Sie sind alle verschieden und haben eben nur ein gemeinsames Merkmal: Eben, dass sie Frau sind, einen Migrationshintergrund haben oder mit einer Beeinträchtigung in einer Welt leben, die nicht barrierefrei ist und sie daher behindert und sie so umgangssprachlich zu »Behinderten« macht. Dabei ist kaum eine Gruppe so verschieden wie die der Menschen mit Beeinträchtigungen. Es sind Frauen, Männer und Transgender, Junge und Alte, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Eltern und Kinder, mit und ohne internationale Geschichte, Kleine und Große, Dicke und Dünne. Selten wird eine so heterogene Gruppe mit einem Prädikat und stereotypen Bild verbunden wie hier. Dabei ist Heterogenität der normale Zustand jeder Gruppe von Menschen. Der Umgang mit Menschen setzt immer voraus, die Heterogenität zu erkennen. Zum Umgang mit Heterogenität gehört die Fähigkeit, den eigenen Standpunkt zu hinterfragen und hinterfragen zu lassen, eigene Vorurteilsstrukturen zu erkennen, eigene Denkgewohnheiten zu überprüfen und die Vielfalt er- und anzuerkennen.

Die unterschiedlichen Menschen, alle mit einer »Behinderung«

Werfen wir einen Blick auf die Heterogenität der Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen: Anfang 2014 lebten hier 759.963 schwerbehinderte Menschen. Davon waren 32 Prozent der Betroffenen 75 Jahre und älter, knapp 23 Prozent zählten 65 bis 74 Jahre. Lediglich 2,7 Prozent der schwerbehinderten Menschen waren minderjährig. Mit 52 Prozent überwog der Anteil der Männer leicht. Fast ein Viertel (22,9 Prozent) der schwerbehinderten Menschen hatte einen Grad der Behinderung von 100 Prozent. Weniger als ein Drittel (31,9 Prozent) wies die niedrigste erfasste Beeinträchtigungsstufe mit einem Grad von 50 Prozent auf. Gut die Hälfte (51,8 Prozent) lebte mit einer Behinderung, die übrigen mit mehreren Behinderungen.

Die unterschiedlichen Ursachen der Behinderungen

Bei den weitaus meisten schwerbehinderten Menschen (89,9 Prozent) war eine allgemeine Krankheit, einschließlich Impfschaden, die Ursache für ihre einzige oder schwerste Behinderung. Angeborene Behinderungen waren mit 3,5 Prozent ebenso wie Unfälle (1,8 Prozent) deutlich seltener ursächlich für die Schwerbehinderung. Nicht mit eingerechnet sind Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung keinen oder einen Grad der Behinderung von weniger als 50 Prozent haben. Die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen ist folglich um ein Vielfaches höher, in Niedersachsen sind es 1,2 Millionen.

Die unterschiedlichen Menschen brauchen Unterschiedliches zu ihrer Inklusion

Inklusion bedeutet nach der reinen Lehre, dass niemand ausgeschlossen wurde. Inklusion betrifft deshalb alle Menschen einer Gesellschaft und nicht nur die Menschen mit Beeinträchtigungen. Im Bereich der Menschen mit Behinderungen wird das Wort Inklusion fälschlicherweise nahezu ausschließlich mit Bildung in Zusammenhang gebracht. Aber es geht um Inklusion in allen Bereichen: Das umfasst die Krippe, den Kindergarten und den Hort, die Schule, die Arbeitswelt, die Freizeit- und Sportangebote, die kommunalen Angebote zur Daseinsvorsorge und hört auch bei der Wohnsituation der älter gewordenen Menschen mit Behinderungen nicht auf. Dabei kann es keine Wahlmöglichkeit zwischen Sondereinrichtung und inklusiver Einrichtung geben: Es geht um eine durchgängig inklusiv gestaltete Gesellschaft.

Diese, meine Position wird durch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gestützt. Die dort vorgegebenen Ziele sollen die gleichberechtigte und volle Teilhabe aller Menschen (mit Beeinträchtigungen) sicherstellen. In der Präambel wird explizit auf »(i)... die Erkenntnis der Vielfalt der Menschen mit Behinderungen, ...« und »(v) ... den vollen Zugang zur physischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Welt, zu Gesundheit und Bildung sowie zu Information und Kommunikation (...), damit sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll genießen können« hingewiesen.

Die unterschiedlichen Erfahrungen bei der gesundheitlichen Versorgung

Gerade bei der ärztlichen Versorgung stoßen Menschen mit Beeinträchtigungen zu oft und immer wieder auf Barrieren: Arztpraxen sind oft nicht zugänglich, oder noch seltener sind sie auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen eingerichtet. Behinderte Frauen, die niemals eine gynäkologische Untersuchung hatten, sind keine Seltenheit. Es gibt fast nie höhenverstellbare Untersuchungsstühle. In den Praxen sind Untersuchungsliegen oft zu hoch oder erst gar nicht zu erreichen. Die zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist nicht durchgängig sichergestellt. Die erschwerte Verständigung bei Menschen mit Hörbehinderung kann zu Missverständnissen und Verunsicherungen zwischen dem Arzt oder der Ärztin und dem Patient oder der Patientin führen. Medizinischem Personal fehlt oft die Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen. Nur sehr selten beherrschen sie die Deutsche Gebärdensprache. Der Mehraufwand, sich beispielsweise auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen, die aufgrund von Behinderungen mit Assistenz leben, einzulassen, wird von den Kostenträgern nicht erstattet. Erschwerend kommt hinzu, dass kaum Studien über Wechselwirkungen bestimmter Medikamente, die chronisch kranke Menschen einnehmen, vor-



liegen. Dies alles verstößt natürlich gegen Artikel 25 der UN-BRK, der vorgibt, dass die Vertragsstaaten »... Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschweringliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen ...« gewährleisten müssen. Hier ist noch sehr viel zu tun, bis wir von gelungener Inklusion reden können. Dabei kommt es besonders in einem Flächenland wie Niedersachsen darauf an, dass die medizinische Versorgung auch in den ländlichen Regionen sichergestellt wird.

Literatur bei der Verfasserin

PETRA WONTORRA, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung, Hannah-Arendt-Platz 2, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20 40 08, E-Mail: Landesbeauftragte@ms.niedersachsen.de

REINHARD BURTSCHER

Partizipative Gesundheitsförderung mit Menschen mit Behinderung

Gesundheit definiert als objektives und subjektives Wohlbefinden des Menschen ist eine zentrale Voraussetzung für soziale, berufliche und kulturelle Teilhabe. Obwohl die Datenlage über die Gesundheitssituation von Menschen mit Behinderung nach dem Teilhaberbericht der Bundesregierung gering ist, kann ein deutlich erhöhtes Krankheitsrisiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung festgestellt werden. Menschen mit Behinderungen sind häufiger (chronisch) krank, haben häufiger Begleiterkrankungen, verzeichnen einen komplizierteren Krankheitsverlauf und sterben früher als Menschen ohne Behinderung. Insofern ist das Thema Gesundheitsförderung bei Menschen mit Behinderung ein notwendiges und längst fälliges Thema im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens. Bezogen auf Menschen mit Lernschwierigkeiten werden im Folgenden exemplarisch zwei Herausforderungen und eine Fallstudie vorgestellt.

Herausforderung Gesundheitskommunikation

Erwachsene Menschen mit Lernschwierigkeiten haben vielfältige Krankheitserfahrungen. Sie sind aber mit einem Gesundheitssystem konfrontiert, das zahlreiche Barrieren oder Diskriminierungen aufweist. Neben physischen Barrieren, begleiten sprachliche Barrieren die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Betroffenen. Oft besteht das Problem der fehlenden gemeinsamen Sprache. Die Ausführungen der Ärztin oder des Arztes werden nicht verstanden oder kognitiv nicht erfasst. Bei manchen Menschen kommt hinzu, dass sie Schwierigkeiten haben, sich zu artikulieren. Eine mangelnde, missverständliche oder fehlerhafte Gesundheitskommunikation kann auf beiden Seiten zu Unsicherheit und Frustration führen. Für den Mensch mit Lernschwierigkeiten verstärken solche Erfahrungen ein Vermeidungsverhalten. In der Folge werden vorbeugende oder notwendige Arztbesuche aufgeschoben oder verdrängt, gesundheitsförderliche Interventionen nicht oder erst sehr spät begonnen.

Herausforderung soziale Ungleichheit und Gesundheitschancen

Soziale Lage, Lebensstil und Milieu beeinflussen wesentlich die Gesundheitschancen von Individuen. Menschen mit Lernschwierigkeiten weisen einen geringeren sozioökonomischen Status auf als der Durchschnitt der Bevölkerung. Sie haben meist eine niedrige Schulbildung, geringes Einkommen oder sind von staatlicher Grundsicherung abhängig. Die Grunderfahrung des Lebens zeichnet sich durch Abhängigkeit und Fremdbestimmung aus. Dies kann zu erlernter Hilflosigkeit führen und sich in einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung ausdrücken. Lebenschancen werden erheblich eingeschränkt. Wie Studien belegen, besteht eine enge Korrelation zwischen diesen Merkmalen und einer geringeren Gesundheitsorientierung. Hinzu kommt, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten für das Gesundheitswesen als schwer erreichbare Zielgruppe definiert werden. Das wird beispielsweise bei klassischen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention in öffentlichen Einrichtungen wie Volkshochschulkursen oder Reha-Sport-Maßnahmen deutlich. Menschen mit Lernschwierigkeiten nehmen daran nicht oder kaum teil.

GESUND! Eine Fallstudie

Die skizzierten Herausforderungen führten zu einem Projekt, finanziert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung. Im Rahmen des Forschungsverbunds »Gesunde Kommunen durch integrierte, partizipative Strategien der Gesundheitsförderung (PartKommPlus)« ist eine Fallstudie »Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung (GESUND!)« verortet (Laufzeit von März 2015 bis Februar 2018). Das Studiendesign orientiert sich an der Partizipativen Gesundheitsforschung. Ausgangssituation ist das Setting einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Konkret werden in der WfbM im Rahmen von Bildungskursen Menschen mit Lernschwierigkeiten zu sogenannten »Gesundheitshelferinnen und -helfern« qualifiziert. Die freiwilligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer bekommen einen Raum, um über Gesundheitsvorstellungen und über Gesundheit im sozialen Kontext zu sprechen. Es geht um das Bewusstmachen von Lebensstilen, um die Reflexion des eigenen Handelns in Bezug zu Gesundheit und Krankheit und um Bewältigungsstrategien. Gleichzeitig sollen bestehende Gesundheitsmodelle diskutiert werden mit dem Ziel, Gesundheitskompetenz aufzubauen. Gemeinsam wird daran gearbeitet, einen direkten Bezug zum eigenen Leben herzustellen, um Ansatzpunkte für

ein bewusstes Gesundheitshandeln zu identifizieren. Die Teilnehmenden werden unterstützt, eigene Mikro-Projekte zum Thema Gesundheitsförderung umzusetzen. Die tätigkeitsorientierte Theorie und Praxis soll für Gesundheit und Krankheit sensibilisieren, gesundheitsrelevantes Basiswissen liefern sowie neue Handlungsoptionen eröffnen. Die Teilnehmenden können die Rolle als Peer Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für Gesundheitsthemen übernehmen. Sie erhalten entsprechende Kompetenzen, um andere Menschen mit Behinderungen hinsichtlich derer Gesundheitsförderung zu beraten und zu unterstützen.

Ausblick

Menschen mit Lernschwierigkeiten benötigen ergänzende und unterstützende Rahmenbedingungen wie persönliche Begleitung und ansprechende Materialien in leichter Sprache, damit sie an medizinischen und gesundheitsförderlichen Maßnahmen teilnehmen können. Das beginnt beim Kontakt mit der Ärztin oder dem Arzt und endet dort, wo die Teilnahme an allgemeinen Maßnahmen der Gesundheitsförderung erwünscht ist. Vielleicht bietet das neue Präventionsgesetz Möglichkeiten, um Angebote in Settings wie Schule, Wohnheim, Werkstatt für behinderte Menschen oder Kommune/Quartier zu entwickeln, welche die spezifischen Bedürfnisse der hier beschriebenen Zielgruppe berücksichtigen. Damit würde Deutschland einen wichtigen Baustein in der Umsetzung der UN-BRK etablieren. Denn in Artikel 25 Gesundheit heißt es: »Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben«.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. REINHARD BURTSCHER, Kath. Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB), Studiengang Heilpädagogik, Köpenicker Allee 39–57, 10318 Berlin, Tel.: (0 30) 50 10 10 23, E-Mail: Reinhard.Burtscher@khsb-Berlin.de

JEANNE NICKLAS-FAUST

Besonderheiten der medizinischen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung

Für Menschen mit einer geistigen Behinderung hat die medizinische Versorgung häufig eine besondere Bedeutung, gleichzeitig ist sie oft besonders schwierig. Dazu tragen andere Krankheitshäufigkeiten bei insgesamt erhöhter Krankheitsanfälligkeit und veränderten Krankheitszeichen bei. Weiterhin sind dies Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung, die neben einer eingeschränkten Selbstbeobachtung und -wahrnehmung besonders auf erschwerte Kommunikation zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient sowie einer möglichen Abwehrreaktion in der Untersuchungssituation zurückzuführen sind. Ärztinnen und Ärzte sind auf die Besonderheiten und Schwierigkeiten durch das Studium und die Fort- wie Weiterbildung häufig nicht eingestellt. Eigene Erfahrungen liegen wegen der Seltenheit geistiger Behinderung insgesamt bei sehr unterschiedlichen Formen und Ausprägungen nur vereinzelt vor.



Die medizinische Bedeutung von Behinderung

Betrachtet man die Begriffe Gesundheit und Krankheit im Zusammenhang mit Behinderung, so kann man sagen, dass eine Behinderung natürlich keine Krankheit ist, aber sich einzelne Berührungspunkte ergeben. Eine Behinderung ist das Ergebnis eines Ereignisses, in der Literatur allgemein als »Schädigung« bezeichnet, das selbst Krankheitswert haben kann, so zum Beispiel ein Sauerstoffmangel unter der Geburt. Mit der daraus entstandenen Behinderung, zum Beispiel einer Halbsseitenlähmung sowie einer geistigen Behinderung, gehen unter Umständen bestimmte Begleiterkrankungen mit erhöhter Häufigkeit einher. Beispiele hierfür sind Anfallsleiden oder auch Herzfehler bei Menschen mit Down-Syndrom, die Krankheitswert haben und einer medizinischen Behandlung zugänglich sind. Auch psychische Erkrankungen sind bei Menschen mit einer geistigen Behinderung häufiger als bei anderen.

Probleme des Zugangs zur medizinischen Versorgung

Ein besonderes Problem für Menschen mit geistiger Behinderung besteht häufig im Zugang zum Medizinsystem. Sie äußern häufig Krankheitsbeschwerden oder den Wunsch zur Ärztin oder zum Arzt zu gehen nicht selbst, sondern der Arztbesuch kommt durch die Beobachtung von außen zustande und hängt damit sehr von der Qualität dieser Beobachtung ab. Verstehen Menschen mit Behinderung nicht, was mit ihnen passiert oder haben sie bei der Ärztin oder beim Arzt schon schlechte Erfahrungen gemacht, sind sie häufig ängstlich und reagieren zum Beispiel mit Abwehr, wollen sich nicht anfassen lassen. Auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte gibt es Probleme, wenn ihnen diese Mechanismen unbekannt sind, sie deshalb das abwehrende Verhalten nicht verstehen und darauf nicht eingehen können. Die Verständigung zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient ist häufig problematisch. Oftmals sind sehr viele Personen beteiligt, der gesetzliche Betreuer, die Bezugsperson, die Ärztin oder der Arzt selbst, sodass die Situation unübersichtlich wird. Ein Einverständnis über notwendige Maßnahmen wird nur mühsam erreicht und dabei kann die zentrale Rolle des Menschen mit Behinderung verloren gehen. Dabei gerät er in eine passive Rolle, die nicht gut für die Mitarbeit bei der Krankheitsbekämpfung ist und ihm zusätzlich das Gefühl vermittelt, ausgeliefert zu sein.

Durch die schwierige Befragung zu aktuellen Krankheitszeichen und der Vorgeschichte, kann die Diagnose häufig schlechter gestellt werden. Die Durchführung der Behandlung wird durch die eingeschränkte Mitarbeit der Patientinnen und Patienten teilweise erschwert. Durch die mangelhafte Befragungsmöglichkeit werden mehr Untersuchungen und diese zum Teil in Narkose fällig. Zusätzlich kann durch die Einwilligungsnotwendigkeit der Betreuerin beziehungsweise des Betreuers zusätzliche Verwaltungsarbeit entstehen. Die Beförderung kann bei Rollstuhlfahrerinnen und -fahrern ein Problem sein, ebenso wie die nicht behindertengerechte Ausstattung mancher Praxen. Schlussendlich kann auch das Menschenbild, das eine Ärztin oder ein Arzt hat, eine Rolle für die Behandlung von Menschen mit Behinderung spielen. Bestimmte Maßnahmen wie zum Beispiel Herzoperationen oder Nierentransplantationen wurden anfangs nicht bei Menschen mit Behinderungen durchgeführt, was zum Teil auf die Sichtweise von Leben mit Behinderung zurückzuführen ist. Dies hat sich erfreulicherweise in den letzten Jahrzehnten geändert. Positiv könnte sich auswirken, dass die Medizin sich insgesamt zu mehr individuellen Maßnahmen hin entwickelt und das Einbeziehen von Besonderheiten, wie zum Beispiel bestimmten Lebensvorstellungen, immer selbstverständlicher wird.

Lösungsansätze

Lösungsmöglichkeiten für die oben aufgezählten Probleme ergeben sich größtenteils ganz zwangsläufig: Einerseits brauchen die Fachleute mehr Wissen über die Besonderheiten und mehr Erfahrungen mit Menschen mit Behinderung. Dies ist in Zeiten des Internets und über die vermehrte Integration sicher möglich. Ein Praktikum in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung, zum Beispiel als Teil des ohnehin vorgeschriebenen Pflegepraktikums im Rahmen des Medizinstudiums, wäre hierbei hilfreich. Gäbe es festgelegte Checklisten und Fragenkataloge zu erweiterten Vorsorgeuntersuchungen, die so von den Krankenkassen übernommen würden, käme es zur früheren Entdeckung gerade von chronischen Krankheiten. Dabei könnten auch Leitlinien, wie bestimmte Symptome weiter abgeklärt werden und Gesundheitspässe zur Dokumentation der Vorgeschichte und bereits durchgeführter Untersuchungen mit ihren Ergebnissen, die Qualität verbessern. Zur einfacheren Beschaffung der Information sind Informationsnetzwerke sinnvoll. Schließlich sollten Ärztinnen und Ärzte für die Behandlung von Menschen mit Behinderung mehr Zeit haben, denn diese brauchen sie und dafür sollten sie besser entlohnt werden.

Zusammengefasst heißt dies: Normalisierung – auch im Gesundheitsbereich – bedeutet, dass Menschen mit Behinderung alle medizinischen Angebote, auch hochspezialisierte, wahrnehmen können. Die vielfältigen Angebote zur gesundheitlichen Versorgung sollten als Nachteilsausgleich für sie leichter nutzbar sein und ihre Eignung speziell für Menschen mit Behinderung verbessert werden. Hierzu ist es wichtig, dass die Beteiligten im Gesundheitswesen die auftretenden Probleme kennen. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Koordination der verschiedenen Angebote könnten besonders hilfreich sein.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. JEANNE NICKLAS-FAUST, Bundesgeschäftsführerin, Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V., Leipziger Platz 15, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 20 64 11-1 01, E-Mail: Jeanne.Nicklas-Faust@Lebenshilfe.de



ULF PREUSS-LAUSITZ

Inklusion, Chancengleichheit und mentale Gesundheit in der Schule

Gemeinsames Lernen von Behinderten und Nichtbehinderten gibt es seit den 1970er Jahren in zahlreichen Kitas und Schulen der alten, seit den 1990er Jahren auch der neuen Bundesländer. Aber erst die Übernahme der UN-BRK im Jahr 2009 mit ihrer Forderung nach »inclusive education at all stages« und dem menschenrechtlich begründeten Individualrecht auf gemeinsames Aufwachsen und Lernen unabhängig von jeglicher Beeinträchtigung hat dazu geführt, dass nicht nur in einzelnen Einrichtungen, sondern flächendeckend für die Kitas über die Schulen, die berufliche Bildung bis hin zum lebenslangen Lernen die gesetzlichen, administrativen, personellen und finanziellen Grundlagen für Inklusion geschaffen werden müssen. Ziele des gemeinsamen Lernens sind die Überwindung von Ausgrenzung, die Vermeidung von Diskriminierung, die Verbesserung von Partizipation, bessere schulische Leistungen und Abschlüsse, die Stärkung von Selbstbewusstsein sowie die Stärkung sozialer Netzwerke und das Wohlfühlen als Teil mentaler Gesundheit. Auch der alltägliche und realistische Umgang mit eigenen und fremden Schwächen und Stärken sowie die Akzeptanz von Unterschiedlichkeit auf allen Ebenen des Lebens gehören dazu. Das sind Ziele zukunftsfähiger Bildung für alle Heranwachsenden.

Nehmen Kinder mit Beeinträchtigungen (durch ihre Erziehungsberechtigten) zunehmend ihr Recht auf »inclusive education« wahr und berücksichtigt man außerdem die rückläufige Geburtenentwicklung außerhalb von Großstädten, dann wird das zum Aus für Sonder-Kitas und für viele Förderschulen führen, in die immer weniger Kinder geschickt werden.

Inklusion heute – bei uns und im europäischen Vergleich

Das für die Beobachtung der Inklusionsentwicklung von der Bundesregierung eingesetzte Institut für Menschenrechte hat 2015 eine sehr kritische Bewertung abgegeben. In der Tat ist der Anteil derjenigen Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf (SPF), die nicht in Förderschulen, sondern inklusiv in allgemeinen Schulen lernen und leben, mit bundesweit rund 30 Prozent einer der niedrigsten in ganz Europa – mit großen Differenzen unter den Bundesländern zwischen 15 und über 60 Prozent. In Ländern wie Italien,

Schweden, Norwegen, Irland, Portugal, Litauen und Malta werden dagegen mehr als 80 Prozent inklusiv unterrichtet. Alle Bundesländer lassen zwar auf Wunsch der Erziehungsberechtigten Inklusion zu, halten aber zugleich (Ausnahme: Bremen) am achtteligen behinderungshomogenen und gut ausgestatteten Förderschulsystem fest. Dieses Doppelsystem führt zu hohen Kosten; oft auch zu schlechter Ausstattung der Inklusion, da diese dann zusätzlich finanziert werden muss. Die Interessenkonflikte zwischen Schulträgern, Lehrerverbänden, Landesregierungen, der Jugend- und Sozialhilfe und Betroffenen sind programmiert und allorts beobachtbar. Pädagogisch und finanziell sinnvoller wäre, die personellen und sächlichen Mittel jahrgangsweise aus dem Förderschulsystem in die allgemeinen Schulen zu verlagern.

Erfahrungen und Ergebnisse der Integrations- und Inklusionsforschung

Ein Blick auf die internationale und deutschsprachige Schulforschung zeigt, dass mehrere Gründe für eine Überwindung hin zur Schule für alle sprechen:

- » Kinder in Förderschulen sind überdurchschnittlich häufig Kinder in Armut und zugleich gesundheitlich stärker belastet.
- » Kinder in Förderschulen sind überdurchschnittlich häufig Einwanderer-Kinder bestimmter Herkünfte. Besonders häufig kommen sie aus den Balkanländern, aus dem Libanon, Marokko, Türkei und Italien.
- » Kinder in Förderschulen erwerben kaum Schulabschlüsse, auch nicht in Förderschulen, in denen nach dem normalen Rahmenplan unterrichtet wird: 2013 erhielten 73 Prozent gar keinen, 25 Prozent nur einen Hauptschulabschluss, nur 3 Prozent einen mittleren und 0,2 Prozent einen (Fach) Hochschulabschluss.

Mit anderen Worten: Die Überweisung in Förderschulen verstärkt die soziale Benachteiligung von Kindern mit Behinderungen/mit SPF, die ohnehin in ihrer Entwicklung und Gesundheit besonders belastet sind. Dagegen stehen die Erfahrungen und Ergebnisse der Integrations- und Inklusionsforschung:

- » Kinder mit Beeinträchtigungen/SPF erreichen im gemeinsamen Unterricht bessere Schulleistungen und Abschlüsse.
- » Kinder mit Beeinträchtigungen/SPF sind mit der Lernsituation, ihren Lehrkräften und der Inklusion in der Regel hoch zufrieden, fühlen sich wohl und sind gut sozial integriert. Dem stimmen die Eltern zu. Bei Kindern mit körperlichen Beeinträchtigungen wird eine ambivalente Situation zwischen gelegentlicher Diskriminierungserfahrung und Zufriedenheit beobachtet.
- » Kinder mit Beeinträchtigungen/SPF entwickeln durch gemeinsamen Unterricht mehr Selbstbewusstsein, ein realistischeres Selbstbild, bessere mentale Gesundheit und mehr soziale Netzwerke als Kinder in Förderschulen.
- » Lehrkräfte erleben vor allem in der inklusiven Anfangssituation eine höhere Arbeitsbelastung durch die Notwendigkeit, differenzierter zu planen, genauer auf die Lernentwicklung aller Kinder zu schauen und sich oft erstmals mit bestimmten Krankheiten und Beeinträchtigungen auseinander zu setzen. Zugleich äußern Lehrkräfte aber auch, dass ihre Berufszufriedenheit zunehme und sie mehr (positives) Feedback durch Kinder, Eltern und Kolleginnen und Kollegen erhalten.



Fazit

Vieles spricht also für das gemeinsame, inklusive Lernen, auch unter dem Aspekt des Wohlfühlens und der Gesundheitsförderung. Dennoch wissen wir noch viel zu wenig darüber, was eine gesundheitsförderliche Schule ausmacht, eine Schule, die bewusst damit umgeht, dass manche Lernenden Krankheiten und Beeinträchtigungen unterschiedlichster Art haben. Zu solch einer Schule für alle gehört ein gemeinsam erarbeitetes inklusives Schullethos und Schulprogramm, eine Praxis als bewegte Schule. Es gehören dazu Räume für time-out-Situationen im Unterricht, für Entspannung und gegebenenfalls nötige Gesundheitsförderung und natürlich Personen, die dafür qualifiziert sind. Die Generalversammlung der UN hat zu Recht festgestellt: »The best way to include is by including«.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. ULF PREUSS-LAUSITZ, Technische Universität Berlin, Institut für Erziehungswissenschaft, Sekr. MAR 2-6, Marchstraße 23, 10587 Berlin, Tel.: (0 30) 31 47 32 05, E-Mail: preuss-lausitz@tu-berlin.de

NORA FASSE

INKLUSION UNTERNEHMEN!

Unternehmen erkennen Inklusion als Chance

Wieso macht sich die Wirtschaft für die Inklusion von Menschen mit Behinderung stark? Die Antwort ist eindeutig: Inklusion in der Arbeitswelt ist eine Chance für alle Beteiligten. Sie ist nicht nur gesellschaftspolitisch richtig und wichtig. Auch aufgrund der demografischen Entwicklung und des zunehmenden Fachkräftemangels ist Inklusion für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber betriebswirtschaftlich sinnvoll und volkswirtschaftlich notwendig. Es geht darum, jedem Menschen die Chance zu geben, sein Potenzial zu entfalten, möglichst viele Menschen mit Behinderung in den Arbeitsmarkt zu integrieren und Beschäftigte in ihrem Job gesund zu halten. Deutlich mehr als eine Million schwerbehinderte Menschen in Beschäftigung belegen den Einsatz der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber.

Behinderung ist nicht gleichzusetzen mit Leistungsmin- derung

Menschen mit Behinderung sind – richtig eingesetzt – voll leistungsfähige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die vielfach besonders motiviert ihre Aufgaben erfüllen. Sie sind meistens

nur in bestimmten Fähigkeiten eingeschränkt und verfügen oft über korrespondierende Stärken, zum Beispiel über ein außerordentliches Hör- oder Konzentrationsvermögen. Langjährige Beschäftigte, die aufgrund von Krankheit oder Alter leistungsgewandelt sind, werden aufgrund ihres Fachwissens besonders geschätzt. Zudem bringen Menschen mit Behinderung eine neue Perspektive in das Unternehmen ein, was zu Innovationen, höherer Kundenzufriedenheit und Wettbewerbsvorteilen führen kann.

Barrierefreiheit und Gesundheit werden gefördert

Größtenteils tritt eine Behinderung erst im Verlauf des Erwerbslebens auf, oft nach längerer Krankheit oder einem Unfall. Eine barrierefreie Arbeitsplatzgestaltung, die stufenweise Wiedereingliederung und das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) sind Mittel, um Beschäftigte mit Beeinträchtigung wieder in die Arbeitswelt integrieren zu können. Trotz des organisatorischen Aufwands und der Kosten überwiegen oft die Vorteile: Die Wiederherstellung einer gesunden Arbeitssituation trägt zur Motivation der Betroffenen bei und entlastet Kolleginnen und Kollegen, die weniger krankheitsbedingte Ausfälle auffangen müssen. Die Maßnahmen können natürlich nur dann erfolgreich durchgeführt werden, wenn der oder die Beschäftigte zur Mitwirkung bereit ist. Gleiches gilt für ein betriebliches Gesundheitsmanagement: Die Unternehmen können ihre Beschäftigten lediglich dabei unterstützen, die eigene Gesundheit zu stärken, zum Beispiel mit gesundheitsgerechten Kantinenangeboten oder geförderten Sportkursen.

Website www.inklusion-gelingt.de bietet Informationen speziell für Unternehmen

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) hat gemeinsam mit zwei weiteren Spitzenverbänden die Initiative »Inklusion gelingt!« gestartet. Ziel ist es, das Engagement der Unternehmen im Inklusionsbereich bekannter zu machen, Hilfestellungen zu geben und zum Nachahmen anzuregen. Auf der Website www.inklusion-gelingt.de finden sich umfassende Informationen für Unternehmen, wie zum Beispiel eine Übersicht der Förderinstrumente, Kontaktadressen wichtiger Dienstleister und Behörden, zahlreiche Praxisbeispiele, aber auch Aktivitäten von Verbänden und Kammern sowie Publikationen und Veranstaltungen. Die BDA hat zudem den Leitfaden »INKLUSION UNTERNEHMEN« herausgebracht, der auf der BDA-Website (www.arbeitgeber.de > Publikationen) zum Download oder Bestellen bereitsteht. Die Broschüre soll Unternehmen gezielt informieren und unterstützen. Die Website und der Leitfaden weisen zudem auf das Beratungsprojekt »Wirtschaft inklusiv« hin. Die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter wirken als Inklusionslotsen, indem sie die Unternehmen und Beschäftigte informieren, beraten und durch den Förderdschungel begleiten.

Der Inklusionspreis prämiert Best-Practice-Beispiele

Gemeinsam mit dem UnternehmensForum, der Bundesagentur für Arbeit und der Charta der Vielfalt verleiht die BDA den Inklusionspreis. Die Gewinner der letzten Jahre – vom Klein- bis zum Großunternehmen – haben gezeigt, wie die Inklusion von Menschen mit Behinderung erfolgreich gelingen kann und welcher Mehrwert für alle Beteiligten dabei entsteht. Der Inklusionspreis macht deutlich, dass nicht starre gesetzliche Vorgaben zum Erfolg führen, sondern individuelle Lösungen



vor Ort, die sich sowohl nach der Art der Behinderung und den Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch nach den Anforderungen und Möglichkeiten des Unternehmens richten. Alle Informationen zur aktuellen Bewerbungsphase und zu den bisherigen Gewinnern stehen unter www.inklusionspreis.de zur Verfügung.

Umfassende Teilhabe gewünscht statt Überregulierung und Bürokratisierung

Arbeitgeberpräsident Ingo Kramer wirbt mit einer klaren Botschaft für Inklusion: »Barrierefreiheit in den Köpfen ist der beste Weg zu mehr Ausbildung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderung.« Die vielen Sonderregelungen für schwerbehinderte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erschweren es den Unternehmen noch zu oft, schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen. Zudem ist das Reha-System sehr komplex und die zahlreichen Akteurinnen und Akteure und Angebote öffentlicher Förderung sind teils schwer zu durchdringen – sowohl für die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber als auch für die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Politik sollte die Rahmenbedingungen so setzen, dass nicht Hindernisse für die Inklusion entstehen, sondern dass die bestehenden Hürden gesenkt werden und Menschen mit Behinderung ihre Fähigkeiten in der Wirtschaft voll entfalten können. Denn die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind sich einig: Inklusion in der Wirtschaft ist die beste Möglichkeit umfassender Teilhabe von Menschen mit Behinderung.

Literatur bei der Verfasserin

NORA FASSE, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Breite Straße 29, 10178 Berlin, E-Mail: n.fasse@arbeitgeber.de

CHRISTA BÜKER

Pflege von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter

Der weitaus überwiegende Teil von Menschen mit Behinderungen befindet sich bereits im höheren Lebensalter. Der Statistik der schwerbehinderten Menschen zufolge sind drei Viertel aller als schwerbehindert anerkannten Personen älter als 55 Jahre. Dabei handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe, die sich nach Ursache, Art und Schwere der Behinderung deutlich unterscheidet. In den allermeisten Fällen ist die Behinderung durch eine Krankheit verursacht und im



Laufe des Lebens erworben. Eher seltener sind geistige oder seelische Behinderungen. Bei einer relativ kleinen Gruppe ist die Behinderung angeboren.

Die Versorgung von Menschen mit Behinderung im Alter ist in den letzten Jahren verstärkt in den Blickpunkt gerückt. Dabei wird insbesondere die Gruppe der älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung betrachtet. Ihre Anzahl steigt seit einiger Zeit, zum einen bedingt durch den demografischen Wandel, verbesserte Lebensbedingungen und den medizinisch-technischen Fortschritt. Zum anderen muss speziell für Deutschland daran erinnert werden, dass in der Zeit des Nationalsozialismus hunderttausende Menschen mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung den Tod fanden und erst in den letzten Jahren eine Generation das Rentenalter erreicht hat. Damit treten Fragen nach den Besonderheiten des Alterungsprozesses, den spezifischen Bedürfnissen sowie einer angemessenen Pflege und Betreuung dieser Zielgruppe in den Vordergrund, die Teilhabe und Selbstbestimmung ermöglichen.

Alterungsprozess bei geistiger Behinderung

In ihrem Alterungsprozess unterscheiden sich Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht von anderen Menschen, sie sind jedoch von besonderen Risiken und Gesundheitsproblemen betroffen. So besteht beispielsweise ein erhöhtes Risiko für degenerative Erkrankungen, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, Adipositas, psychische Erkrankungen und Demenz. Nur zum Teil stehen diese Probleme im Zusammenhang mit der Behinderung. Von Relevanz sind auch Zugangsprobleme zum Versorgungssystem durch Kommunikations- und Verhaltensprobleme oder motorische Einschränkungen, aber auch durch mangelndes Wissen und eine defizitorientierte Haltung der professionellen Akteurinnen und Akteure sowie das Fehlen von spezifischen Interventionen zur Selbstständigkeitsförderung und Prävention.

Bedürfnisse und pflegerischer Hilfebedarf

Menschen mit einer geistigen Behinderung leben im Alter oftmals in ambulant betreuten Wohngruppen oder stationären Wohnformen. Sie haben ebenso wie andere ältere Menschen das Bedürfnis nach Sicherheit, Geborgenheit und Kontinuität bezogen auf Lebensgewohnheiten, Bezugspersonen und

Umgebungsfaktoren. Wesentliche Elemente der Lebensqualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung sind aber auch der Erhalt von Selbstständigkeit und Selbstverantwortung. Gesundheitliche Beeinträchtigungen und eine allgemeine Verlangsamung erfordern eine Anpassung an die individuelle Leistungsfähigkeit. Bedürfnisse nach Ruhe und Aktivität sind zu beachten, tagesstrukturierende Angebote sind dem Alter und der Behinderung anzupassen. Vielfach besteht ein pflegerischer Hilfebedarf. Zu den Aufgaben der professionell Pflegenden als Teil des multidisziplinären Teams gehören die Unterstützung bei den alltäglichen Verrichtungen, bei der Kommunikation, beim Treffen von Alltagsentscheidungen, beim Erkennen von Risiken und Gefahren, bei der Gestaltung des Tagesablaufs sowie bei medizinisch-pflegerischen, prophylaktischen und präventiven Maßnahmen. Dabei folgt die Versorgung in der Regel dem gängigen Pflegeverständnis einer individuellen, bedürfnisorientierten und aktivierenden Pflege. Eine eher randständige Rolle spielt bislang die Sicherung von Teilhabe als Aufgabe der Pflege.

Determinanten einer teilhabeorientierten Pflege

Eine teilhabeorientierte Pflege beginnt bereits bei der Feststellung des Pflegebedarfs, indem umfassende, ICF-orientierte Assessmentverfahren zur Anwendung kommen. Nach Ermittlung von Ressourcen und Potenzialen der pflegebedürftigen Person gilt es, pflegerische Interventionen mit dem Ziel der Autonomie- und Kompetenzförderung einzuleiten. Mithilfe spezieller Förder- und Rehabilitationskonzepte kann dazu beigetragen werden, größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Klientin und des Klienten zu erreichen. Weitere wichtige Aufgaben liegen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, um gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen und zu verhindern beziehungsweise abzumildern. Auch die Organisation und Steuerung der Versorgung im Sinne eines Case Managements sowie die Schulung und Beratung von Betroffenen und Angehörigen sind wichtige Determinanten einer teilhabeorientierten Pflege. Um all dies leisten zu können, muss das Thema der Versorgung von Menschen mit Behinderung und die Bedeutung von Teilhabe in der pflegerischen Ausbildung zukünftig vermehrt Beachtung finden. Unerlässlich ist zudem ein stärkeres interdisziplinäres Zusammenwirken in der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung. Schließlich bedarf es einer Vernetzung der verschiedenen Sozialgesetzbücher, insbesondere des SGB IX und SGB XI, um nach wie vor bestehende Abgrenzungsprobleme an den Schnittstellen der jeweiligen Leistungsträger zu beheben. Im Rahmen der Pflegeversicherung ist eine zügige Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments anzustreben, damit Teilhabebedarf zukünftig auch hier Berücksichtigung findet. Nicht zuletzt ist es wünschenswert, der Pflege von Menschen mit Behinderung in Pflegewissenschaft und -forschung größere Priorität einzuräumen.

Die Erfüllung des Pflegebedarfs bildet eine zentrale Voraussetzung für Teilhabe. Daher bedarf es einer Pflege, die die Sicherung von Teilhabe und Selbstbestimmung verstärkt in den Blick nimmt und sensibel dafür wird, welchen Beitrag sie als Teil des multidisziplinären Teams im System der Behindertenhilfe bei der Verwirklichung dieses Anspruchs leisten kann.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. CHRISTA BÜKER, Hochschule München, Am Stadtpark 20, 81243 München, Tel.: (0 89) 12 65 22 89, Fax: (0 89) 12 65 23 30, E-Mail: christa.bueker@hm.edu



KATJA LÜKE, UTE BLESSING-KAPELKE

Der Sport als Vorreiter im Bereich Inklusion

Bewegung, Spiel und Sport sind besonders geeignet, um das gegenseitige Kennenlernen und Zusammenwirken von Menschen mit und ohne Behinderungen zu fördern. Ebenfalls kann der Gedanke der selbstbestimmten, gleichberechtigten Teilhabe im Bewusstsein Aller verankert werden. So können Menschen mit Behinderungen in unserer Gesellschaft gestärkt werden. Die Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport ist in Artikel 30 der UN-BRK aufgenommen. Die dort geforderte Möglichkeit der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ist im deutschen Sport bereits seit vielen Jahren ein wichtiges Thema und in einer Vielzahl von Sportangeboten, Aktionen, Konzepten, Maßnahmen und Programmen in den Sportvereinen und Sportverbänden verankert. Dabei sind sowohl gemeinsame Sport- und Bewegungsangebote wie auch separate Angebote für Menschen mit Behinderungen sinnvoll. Ziel ist es, langfristig immer mehr Wahlmöglichkeiten zwischen den speziell auf Behinderte ausgerichtete und den gemeinsamen Angeboten in Sportvereinen zu haben, so dass alle ihr Wunschangebot finden können.

Inklusion als Gesundheitsförderung

Neben dem Spaß am gemeinsamen Sporttreiben kommt dem Aspekt der Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport eine große Rolle zu. »Schwitzen bildet«, denn durch den Sport kann zum Beispiel das Körpergefühl geschult und verbessert werden. Darüber hinaus stellt Bewegungsmangel, insbesondere bei Menschen mit Behinderungen, einen großen Risikofaktor dar, der bestehende Behinderungen verstärken und neue entstehen lassen kann. Bewegung und Sport fördern zudem nicht nur die körperliche, sondern auch die geistige Leistungsfähigkeit. Dies lässt sich zum einen durch neurologische Studien im Bereich der Hirnzellen nachweisen, die zum Beispiel bei Übungen zur Verbesserung der Geschicklichkeit neu gebildet werden. Auch durch die Beschäftigung mit Regeln können in kleinen und großen Spielen kognitive Verbesserungen erreicht werden. Zum anderen sind gerade

Krafttraining, die Förderung von Ausdauer sowie die Verbesserung der Geschicklichkeit gerade für die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen wichtige Voraussetzungen zur Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit.

Inklusion im Sport weit verbreitet

Mehr als die Hälfte der Mitgliedsorganisationen im Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) engagieren sich im Bereich Inklusion. Gemeinsame Veranstaltungen, Wettkämpfe und Ausbildungen sind längst keine Seltenheit mehr. Auf der Internetseite www.inklusion-sport.de hat der DOSB vielfältige Praxisbeispiele zusammengetragen, von der inklusiven Kinderturnshow über den Umbau zur barrierefreien Sportschule, den Einsatz von geistig Behinderten als Volunteers bei Sportgroßveranstaltungen bis hin zu gemeinsamen Deutschen Meisterschaften von Menschen mit und ohne Behinderung im Karate oder im Schießen. Auf der Internetseite sind alle wichtigen Informationen abrufbar, ein Vorlesedienst ist eingerichtet und das Positionspapier »Inklusion leben – Gemeinsam und gleichberechtigt Sport treiben« ist dort auch in leichter Sprache eingestellt.

Vielfältige Handlungsfelder und Ansatzmöglichkeiten für den DOSB

Um die Umsetzung von Inklusion weiterhin voran zu bringen hat der DOSB eine Strategieplanung erstellt und engagiert sich auf vielen Handlungsfeldern:

- » Weiterentwicklung der Angebote und Strukturen von Sportvereinen und Sportverbänden
- » Verbandliche Bildungsarbeit
- » Klärung verbandlicher Fragestellungen vor allem im Leistungssport
- » Beteiligungsmöglichkeiten im freiwilligen und ehrenamtlichen Engagement, aber auch in der hauptberuflichen Arbeit
- » Zugang und Erreichbarkeit von Sportstätten und Sporträumen
- » Abbau von Barrieren auch in der Kommunikation
- » Förderung der Kooperationen, sei es unter Sportverbänden und Sportvereinen, aber auch mit Organisationen der Behindertenhilfe, Schulen und weiteren Partnerinnen und Partnern

Wichtig für Inklusion: Austausch und Netzwerken

Regelmäßig kommen die Mitgliedsorganisationen des DOSB zum Austausch und zur Abstimmung der weiteren Entwicklung im Bereich Inklusion zusammen. Damit Menschen mit Behinderungen am Sport und an gesundheitsfördernden Maßnahmen mit immer weniger Barrieren und mehr Wahlmöglichkeiten teilnehmen können, legt der DOSB neben der verbandsinternen Weiterentwicklung auch großen Wert auf eine enge Vernetzung mit allen wichtigen Akteurinnen und Akteuren aus Politik und Gesellschaft. Er sieht seine Verantwortung in der Umsetzung der UN-BRK und wirkt in der Verbändekonsultation der Monitoringstelle ebenso mit wie in Arbeitsgruppen oder bei Kongressen der Sportminister- und der Kultusministerkonferenz.

Literatur bei den Verfasserinnen

KATJA LÜKE, UTE BLESSING-KAPELKE, Deutscher Olympischer Sportbund,
Otto-Fleck-Schneise 12, 60528 Frankfurt am Main,
Tel.: (0 69) 6 70 02 95, Fax: (0 69) 67 00 12 95,
E-Mail: blessing-kapelke@dosb.de



TIMM ALBERS, MICHAEL LICHTBLAU

Inklusion und Übergänge zwischen Bildungsinstitutionen

Mit der Ratifizierung der UN-BRK und dem in § 24 verankerten Recht auf inklusive Bildung werden umfangreiche institutionelle Veränderungsprozesse für Bildungseinrichtungen angestoßen. Rechtliche Rahmenbedingungen, organisationale Strukturen und pädagogisches Handeln müssen gezielt evaluiert und an die sich verändernden Bedingungen angepasst werden. Dabei wird deutlich, dass der Übergang von der Kindertageseinrichtung in die Grundschule Familien mit einem Kind mit Behinderung vor besondere Herausforderungen stellt. Der Bildungsbericht 2014 stellt heraus, dass mittlerweile etwa zwei Drittel aller Kinder mit Förderbedarf eine allgemeine Kindertageseinrichtung besuchen, während nur 44 Prozent aller Kinder im Primarbereich in inklusiven Settings unterrichtet werden. Im Sekundarbereich fällt der Anteil auf 23 Prozent ab. Transitionsprozesse zwischen Institutionen des Elementar- und Primarbereichs sind noch zu häufig von Brüchen und nicht gelingender Anschlussfähigkeit beider Systeme gekennzeichnet. Erkenntnisse der Praxisforschung weisen in diesem Zusammenhang auf die Kooperation von Fachkräften mit der Familie und die Zusammenarbeit mit medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Angeboten hin.

Forschungsergebnisse

In einer in Deutschland von Beelmann durchgeführten Studie zeigen ein Drittel der Kinder ein konstant niedriges und ein Drittel ein konstant hohes Level an Anpassungsproblemen im Übergang zur Schule. In der BiKS-Längsschnittstudie (»Bildungsprozesse, Kompetenzentwicklung und Selektionsentscheidungen im Vorschul- und Schulalter«) zeigten nur wenige Kinder Verhaltens- und Persönlichkeitsprobleme, die im Übergang zu negativen Effekten der Anpassung führten, währenddessen alle anderen Kinder der Untersuchung ohne Probleme in die Schule wechselten. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wird gefolgert, dass der Schuleintritt nicht grundsätzlich als ein krisenhaftes Geschehen angesehen werden kann, sondern sich lediglich bei den Kindern, die bereits länger anhaltende Auffälligkeiten und Anpassungsprobleme zeigen, noch verstärken. Darüber hinaus entsteht die Gruppe

von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Bereich Lernen überhaupt erst in der Transition zur Schule, und auch aktuell werden viele Kinder mit besonderem Unterstützungsbedarf erst gar nicht in allgemeinen Schulen eingeschult. Der Eintritt in die Schule ist damit gerade für entwicklungsgefährdete Kinder mit einem hohen Selektionsrisiko verbunden.

Kooperation und Vernetzung – Einbindung von Familien

Kay Margetts betont auf der Grundlage ihrer Forschungsergebnisse, dass Entwicklungsauffälligkeiten möglichst frühzeitig diagnostiziert werden sollten, damit bereits weit vor dem Eintritt in die Schule Maßnahmen von Prävention und Intervention greifen können, um möglichen Schwierigkeiten bei der Einschulung entgegenzuwirken. Für Kinder mit einem herausgehobenen Unterstützungsbedarf kann sich dadurch die Transitionsphase deutlich ausweiten. Es können viel früher schulvorbereitende Unterstützungsmaßnahmen erforderlich sein, als bei entwicklungsunauffälligen Kindern.

Aus professioneller Sicht muss für eine gelingende Kooperation zwischen Familie und Schule auf die Heterogenität soziokultureller Lebensverhältnisse und individueller familiärer Schulvorerfahrungen Rücksicht genommen werden. Die Einbindung der Familien differiert jedoch und ist unter sozioökonomisch benachteiligten Familien häufig geringer ausgeprägt. Dabei kann man auf konzeptuelle Modelle zur Elterneinbindung, wie zum Beispiel dem Interactive Systems Framework, zurückgreifen. Wenn benachteiligte Familien konkret in Förderprozesse einbezogen werden, führt dies zu positiven Effekten für die Eltern-Kind-Beziehung und zu einer besseren Anbindung der Familie an die Systeme Kindertageseinrichtung und Schule. In der Transition zur Schule muss dabei die Kontinuität von begleitenden Maßnahmen gewährleistet sein. Eine erfolgreiche Kooperation mit Familien baut grundsätzlich auf Respekt und Wertschätzung auf und beachtet die individuellen Stärken des Kindes und seiner Familie. Besonders bedeutsam ist die Kooperation zwischen Schule und Familien von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten, um gemeinsam anschlussfähige Perspektiven zur Förderung des Kindes zu entwickeln. In der derzeitigen Praxis scheint jedoch die Anbindung der Familien an Bildungsprozesse mit der Transition abzunehmen und im schulischen Kontext weniger intensiv ausgeprägt zu sein. Auch Ergebnisse längsschnittlicher Einzelfallstudien gehen auf diese Veränderung der Beziehungsstruktur im Übergang ein. Sie veranschaulichen darüber hinaus, wie positive Kooperationsstrukturen zwischen sozioökonomisch benachteiligten Familien und den Bildungseinrichtungen erfolgreiche Transitionsprozesse moderieren und im Gegensatz dazu negative Bildungsentwicklungen im Übergang immer auch eine Folge nicht gelingender Kooperation und konflikthafter Beziehungen zwischen den Systemen Familie und Kindertageseinrichtung beziehungsweise Schule sind.

Fazit

Der Übergang von der Kindertageseinrichtung in die Grundschule stellt für Kinder und Familien eine deutliche Veränderung dar. Die bei der Transition ins formale Bildungssystem erlebte Diskontinuität, ist für viele Kinder mit positiven Konsequenzen für die Entwicklung verbunden. Wenn Modelle von Transition jedoch die Heterogenität der individuellen Lernausgangslagen unter erschwerten Bedingungen des Aufwachsens ignorieren, kann der Wechsel zwischen den Institutionen zu Brüchen in der Bildungsbiografie führen. Pädagogische



Strategien, die lediglich auf der individuellen Ebene des Kindes ansetzen und ausgewählte schulische Vorläuferfähigkeiten im Hinblick auf die Herstellung von Schulfähigkeit in den Mittelpunkt stellen, greifen bei der Gestaltung von Übergangsprozessen in inklusiven Settings zu kurz. Bei entwicklungsgefährdeten Kindern beginnt der Transitionsprozess möglichst frühzeitig in der Kindertageseinrichtung und wird in der Schuleingangsphase kontinuierlich fortgesetzt. Gelingende Transition setzt Kooperation und Vernetzung voraus.

Literatur bei den Verfassern

PROF. DR. TIMM ALBERS, Universität Paderborn, Fakultät für Kulturwissenschaften, Institut für Erziehungswissenschaft, Arbeitsbereich Inklusive Pädagogik, Warburger Str. 100, 33098 Paderborn, Tel.: (0 52 51) 60-55 74, E-Mail: timm.albers@upb.de

DR. MICHAEL LICHTBLAU, Leibniz Universität Hannover, Institut für Sonderpädagogik, Schlosswender Str. 1, 30615 Hannover

KERSTIN WALTHER

Barriere- und diskriminierungsfreie gesundheitliche Versorgung

Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von behinderten Menschen nehmen eine zentrale Stellung in der UN-BRK ein. Vor nicht wenigen Wochen wurde in Genf der Stand der Umsetzung der Konvention in Deutschland dem UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen vorgestellt und diskutiert. Im Hinblick auf Gesundheit (Artikel 25 UN-BRK) wurde in den abschließenden Empfehlungen vor allem auf zwei Verbesserungsaspekte verwiesen: Die Möglichkeit des Zuganges zu gesundheitlicher Versorgung sowie der Respekt von Entscheidungsfreiheit in der Bereitstellung von Leistungen – beides enorme Herausforderungen für das Gesundheitssystem.

Auf dem Weg zu einer inklusiven gesundheitlichen Versorgung

Bereitstellung von gesundheitlichen Versorgungsleistungen für behinderte Menschen bedeutet im Verständnis der UN-BRK nicht allein, dass behinderte Menschen das Recht auf die gleiche Leistungsqualität haben. Inklusive Versorgungsstrukturen erkennen jede Person als Person mit gleichen Rechten an aber in ihren jeweiligen individuellen Bedürfnissen, besonderen Eigenschaften und Fähigkeiten. Diesen Anspruch zu verwirklichen bedeutet, auf der Ebene von Politik und Orga-

nisation und auch auf der persönlichen Ebene der Leistungserbringung Veränderungen vorzunehmen.

Barrieren im Zugang zu Leistungen sind laut Schattenbericht der BRK-Allianz vielfältig: Bauliche Barrieren, mangelnde Orientierungshilfen, schwierig zu nutzendes Equipment, wie beispielsweise Untersuchungsstühle, aber auch finanzielle Barrieren, Barrieren in der Kommunikation, ablehnende Haltungen oder fehlendes Wissen. Einige Barrieren scheinen mit gutem Willen und mehr Sensibilisierung schneller überwindbar, andere benötigen eher eine Veränderung der Organisation der Leistungserbringung.

Erfahrungen aus anderen Reformprozessen zeigen, dass Veränderungen gut gelingen, wenn diese unterstützt werden. In Australien beispielsweise erfolgte dies durch die Unterstützung von Fachkräften bei der Verbesserung ihrer Leistungen. Ein flächendeckendes Unterstützungs-Netzwerk, die Medicare Lokals, stellt Beratung, Qualifizierung und Ressourcen für gesundheitliche Dienstleister zur Verfügung. Auf regionaler Ebene werden kompetente, qualifizierte Fachkräfte vernetzt und Mentoring Programme zur Unterstützung von interessierten und engagierten Ärztinnen und Ärzten initiiert. Vor allem wurden finanzielle Anreizsysteme geschaffen, die anerkennen, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen mehr Zeit in Anspruch nimmt, als mit den bisherigen Abrechnungsordnungen vorgesehen ist.

Integrierte Versorgung und Care-Coordination zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität

Eine erhebliche Barriere in der Versorgung von behinderten Menschen in Deutschland ist die Segmentierung des gesundheitlichen und sozialen Versorgungssektors. In Australien sind Versorgungszuständigkeiten dagegen klar definiert: Im hausarztzentrierten System wird Hausärztinnen und -ärzten die Funktion des »care-coordinators« übertragen. Dieser stellt die Versorgungskontinuität über Sektorengrenzen hinaus sicher. Die Hausärztinnen und -ärzte als Care-Coordinators erstellen umfassende Gesundheitsmanagementpläne und organisieren bei Bedarf ein multidisziplinär aufgestelltes »Team Care Arrangement«, das sich sowohl aus medizinischen Spezialistinnen und Fachspezialisten, psycho-sozialen Diensten oder nicht Professionellen zusammensetzen kann. Interessant an der australischen Vorgehensweise ist, dass der oder die Koordinierende nicht nur für die Leistungsvermittlung verantwortlich ist, sondern darüber hinaus zur Abstimmung und zum Informationsaustausch mit den anderen Leistungserbringern durch den Finanzgeber verpflichtet ist. Hausärztinnen und -ärzte führen also als Vertrauenspersonen der Patientinnen und Patienten durch das Versorgungssystem und können Entlassungen aus dem Krankenhaus oder einen Einzug in eine ambulant betreute Wohngruppe koordinierend und informierend begleiten.

Partizipative Entscheidungsfindung

»Keine Entscheidung über mich ohne mich« – partizipative Entscheidungsfindung im Sinne des Grundsatzes der Behindertenbewegung ist die Grundlage der Versorgungscoordination. Partizipative Entscheidungsfindung erfolgt mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patientin und Patient sowie Ärztin oder Arzt auf der Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Entscheidung zu kommen. Jeder Planungsschritt, also von der Problembezeichnung über die Zielbestimmung hin zur Zielerreichung wird abgestimmt. Entscheidungen hinsichtlich Test- oder

Diagnoseverfahren oder Versorgungs- oder Unterstützungsmaßnahmen basieren gleichermaßen auf einem aktuellen evidenzbasierten klinischen Informationsstand und auf den Wünschen und Vorzügen der Patientin und des Patienten.

Dieser Prozess setzt Fähigkeiten und Bereitschaften auf beiden Seiten voraus: Komplizierte Sachverhalte müssen verständlich dargestellt werden; Wünsche, Bedenken, Ängste und Vorstellungen müssen zum Ausdruck kommen. Die Wahrung von Selbstbestimmung und Autonomie auf der Basis von partizipativer Entscheidungsfindung ist daher zeitaufwendig. Gesundheitsfachkräfte brauchen veränderte Abrechnungsmodalitäten und Anreize, eigene Barrieren abzubauen, sich diese Zeit und Qualität in der Arbeit mit behinderten Menschen zu leisten für eine barriere- und diskriminierungsfreie gesundheitliche Versorgung.

Der Gesundheitszustand einer Person beeinflusst maßgeblich deren wahrgenommene Lebensqualität und hat erhebliche Auswirkungen auf gesellschaftliche Teilhabechancen. Gesundheitliche Einschränkungen können in Behinderung münden, wenn Umwelteinflüsse und vor allem Versorgungsangebote nicht adäquat auf die Bedürfnisse der Person abgestimmt sind. Zugang zu qualitativvoller, diskriminierungsfreier gesundheitsbezogener Versorgung ist daher eine Voraussetzung für Lebensqualität und Teilhabe.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. KERSTIN WALTHER, EFH R-W-L Bochum, Immanuel-Kant-Str. 18–20, 44803 Bochum, E-Mail: walther@efh-bochum.de

ANNELIE KEIL

Das A und O der Inklusion – Mittenrang. Und überall.

All included? Alle dabei? Alle mit Allem dabei? Alle einschließen, alle umschließen, manche wegschließen? Wer sind diese »Alle« und was bedeutet es, wenn wir »alles wollen« und zwar jetzt? Wer soll mit wem inkludiert werden? Wen muss man von wem trennen? Geschlechtsspezifisch. Interessenorientiert. Sinnstiftend. Evidenzbasiert. Alltagsorientiert. Bürgernah. Ganzheitlich. Und nun inklusiv! Mit all ihren Migrationshintergründen und Absichtserklärungen hat es Gesundheitsförderung nicht leicht. Die Fragen zwischen A und O hören im Leben nie auf und das trifft auch auf seine Behandlungs- und Förderungsprogramme zu. Wo ist der Anfang einer Inklusion, wo ist das Ende und was geschieht in den Zwischenräumen? Jede Antwort auf eine Frage des Lebens enthält neue Fragen! Zweifel und Ungewissheit sind die tragenden Säulen des Zusammenhangs von Leben und Gesundheit. Leben lebt immer mittendrin und seine Gefährdungen sind das tägliche Brot für das, was wir Lebendigkeit nennen. Zu viele Fragen zwischen A und O werden gar nicht erst gestellt, andere erkannt, aber verdrängt! Viele Antworten waren falsch und haben Menschen dennoch gut leben lassen und weitergebracht. Andere waren richtig, aber dem Leben und vor allem der Lebensfreude nicht dienlich. Wer fit und gesund hundert Jahre alt wird, hat nicht unbedingt alles richtig gemacht.

Inklusion hat viele Dimensionen. Eine davon ist die biografische. Inklusion wird leibhaftig erfahren. Innere und äußere Inklusionsprozesse greifen ineinander. Wir kommen ungefragt



zur Welt und müssen herausfinden, was das soll. Ob wir mehr Glück oder mehr Pech hätten, wenn wir uns die Familie hätten aussuchen können, in die wir hineingeboren wurden, bleibt offen. Exklusiv oder inklusiv, das ist manchmal die Frage. Die Wissenschaft hat irgendwann das Phänomen »Resilienz« entdeckt, das Leben kannte es längst. Das Sein geht dem Bewusstsein voraus. Nun geht es um »Inklusion«. So neu ist das alles nicht, wenn man sich fragt, wie das Leben lebt. Leben lebt immer im und mit dem Widerstand, sonst käme es gar nicht in die Puschen und es kommt ohne Inklusion gar nicht aus. Der Körper kann die kranke Leber nicht rausschmeißen, auch wenn sie Ärger macht. Die Gedanken nicht vertreiben, allenfalls still legen. Das Miteinander, Nebeneinander und Gegeneinander müssen Körper, Geist und Seele täglich üben. Härter kann Inklusion gar nicht sein! Das sollten wir in aller Bescheidenheit zur Kenntnis nehmen und daraus lernen.

Wer weiß schon, was aus uns wird und welche Ein- und Ausschlüsse dazu erforderlich sind. Wenn ein kleiner Mensch geboren wird, ergreift viele Menschen die »Ehrfurcht vor dem Leben« und mit Erstaunen stellen sie fest: »Alles dran!« Was drin ist, weiß man allerdings nicht und die damit verbundenen »Überraschungen« stoßen oft weniger auf Freude und Akzeptanz. Auch das ist Inklusion. Welche Anfänge zu einem Ende und vor allem zu welchem Ende führen, ist eine offene Angelegenheit. Das Anfangen immer wieder neu zu üben und ein Anfänger zu bleiben, ist eine Tugend die das Älterwerden leichter macht. Und die Übung des Beendens ist die komplementäre Übung, die zusammen so etwas wie die Lebensweisheit der Inklusionserfahrung erzeugen könnte.

Geburt und Tod, Geborenwerden und Sterben, sind mehr als der Anfang und das Ende des Lebens. Sie sind Grundprinzipien allen Lebens, als Auftrag zur Inklusion eingraviert in unseren Organismus, unser Seelenleben, unsere geistigen Denkbewegungen, sie sind Grundlagen unseres gesellschaftlich-kulturellen Zusammenlebens und als das A und das O der Entstehung von Leben spirituell-universaler Natur. Die Verbindung der Ordnung des Lebens mit der Ordnung des Todes, mit Anfang und Ende, mit Einlassen und Loslassen, mit dem Ewigen des »Stirb und Werde« ist in allen Phasen des Lebens eine schöpferische Leistung des Menschen. Eine Liebe wird geboren und sie kann sterben. Ein Gedanke wird geboren und er kann sterben. Eine Stadt entsteht und lebt und sie kann zerstört werden. Aber zwischendrin sind viele Inklusionsbewegungen nötig, um herauszufinden, worum es geht. Geburt und Tod verhalten sich wie die Rückseite und die Vorderseite des Lebens, heißt es bei Viktor von Weizsäcker, dem Begründer der anthropologischen Medizin. Unserer Sterb-

lichkeit geht immer das Geborenwerden voraus. Solange wir einen Hauch von Leben in uns haben, sind wir auf unsere je spezifische Weise gesund. »Gesundheit ist nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird«. (Weizsäcker)

Was dazu nötig ist, liegt auf der Hand. Leben ist kein Selbstläufer, kein mechanischer Vorgang des Atmens, der Verdauung, der Bewegung, sondern zwischen A und O eine ständige Herausforderung, die physischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Ressourcen des Menschen zu entwickeln, zu stärken und zu pflegen, die diesen in die Lage versetzen, Gesundheit zu entwickeln, zu erhalten oder wiederherzustellen. Das Wohlbefinden des Menschen zwischen Geburt und Tod erzeugt sich inmitten der Spannungsbeziehungen, die das Leben für den einzelnen Menschen wie für die Gemeinschaftsbeziehungen bereit hält, und beruht vor allem auf der Fähigkeit, gesundheitliche Gefährdungen und funktionelle Einbußen mit und ohne fremde Hilfe seelisch, geistig und sozial zu bewältigen. Wenn es so etwas wie »inklusive Gesundheitsförderung« gibt, dann wäre dies ihre Aufgabe: Den Wind von vorne mit dem im Rücken zu einer Kraft zu bündeln, die das Stehen bleiben verhindert und von der Vielfalt der Ausweichmöglichkeiten profitiert, um doch ans Ziel zu kommen.

Ausgestattet mit einer leibhaftigen Werkstatt, mit Werkzeugen wie Händen und Füßen, mit sechs und mehr Sinnen, mit einem großartigen Organsystem, mit einem Gehirn, das denken lernen kann, einer Seele, die fühlen kann, wenn man sie lässt und ihr zeigt, wie das geht, mit einem Bewusstsein, das eine Meinung entwickeln kann, bekommen wir die Möglichkeit, zu leben. Nur leben müssen wir selbst, auf eigene Rechnung, in eigener Verantwortung und all inklusiv. Selbstverantwortung kann nur entstehen, wenn wir lebenslang Antworten auf die Fragen finden, die uns das Leben allgemein, aber auch jedem Einzelnen speziell stellt.

»Umsonst ist nicht einmal der Tod, er kostet das Leben«, so ein Sprichwort. Das ist nicht wenig, unberechenbar zudem. Leben ist ein Weg durch die Fremde, aber indem wir leben, lernen wir uns und das Leben kennen. Jeder Schritt mit dem Leben bezahlt. Und jeder Schritt wagt den Fall. Leben muss ohne Bürgschaften auskommen, lebt nicht auf Kredit. Man kann es nicht ausleihen, nicht übertragen, niemandem in die Schuhe schieben. Leben ist unberechenbar, nicht gerecht, hat nichts versprochen und hält nur das, was wir in die Tat umsetzen. Buchhaltung und Bilanzen des Lebens sind schwer. Die schwarzen Zahlen von Heute haben die roten Zahlen von Morgen im Gepäck. Und wer kennt schon die Kosten und den Preis für ein selbstbestimmtes Leben? Gut zu wissen, dass das letzte Hemd keine Taschen hat. »Gründlich das Leben zu kennen, ist des Weisen wichtigste Aufgabe. Gründlich den Tod zu kennen, ist der Weisheit letzter Schluss«, lautet eine alte chinesische Weisheit. In all dem ist Inklusion eine Lehrmeisterin und setzt Maßstäbe und Grenzen für all die wilden Pläne der Gesundheitsförderung.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. ANNELIE KEIL, Schenkendorfstr. 41, 28211 Bremen,
Tel.: (04 21) 4 60 44 13, Fax: (04 21) 4 60 44 66, E-Mail: annelie.keil@ewetel.net

BIRGIT WOLFF

Interview mit einer 24-Jährigen Studentin mit linksseitiger Hemiparese nach Apoplex im Alter von 5 Jahren

Impulse: Guten Morgen, darf ich Sie fragen wie es Ihnen heute geht?

» J.: Mir geht es eigentlich gut. Ich habe allerdings häufig Schmerzen, an die ich jedoch gewöhnt bin. Ich nehme manchmal auch Schmerztabletten, wenn es gar nicht mehr geht. Ich spüre sehr früh, wenn die Schmerzen stärker werden.

Impulse: Wenn Sie jetzt mal an einen Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt denken, gibt es Wünsche die Sie an Ärztinnen/Ärzte oder ans Krankenhaus haben?

» J.: Ja, dass sie mir zuhören. Weil ich weiß wo meine Probleme liegen und ich Expertin für meine Beschwerden bin. Ich hatte zum Beispiel eine Situation, da bin ich ins Krankenhaus gegangen, weil ich sehr starke Hüftschmerzen hatte. Ich konnte mein Bein dadurch nicht mehr spüren. Im Krankenhaus haben die Ärzte gesagt, dass ich psychische Probleme hätte. Ein paar Wochen später war ich in einem anderen Stift und die haben gesagt, das sei normal. Es gehört wohl zu dem Behindertensbild mit dazu, dass ich meine rechte Körperhälfte manchmal nicht spüre, zum Beispiel wenn ich Stress habe.

Impulse: Fühlen Sie sich denn in einem Krankheitsfall im Krankenhaus gut aufgehoben?

» J.: Das Pflegepersonal ist schon gestresst. Die wollen halt alles ganz schnell machen und gehen nicht auf die Wünsche ein. Ein Beispiel: Ich muss das Fleisch klein geschnitten bekommen. Und dann meinten die Schwestern: »Nein das können wir jetzt nicht machen, weil wir müssen noch das Essen austeilen und so weiter...«. Da konnte ich das Fleisch nicht essen, weil es nicht klein geschnitten war. Die sind dann später gekommen und haben mir das Fleisch klein geschnitten. Aber da war es schon kalt. Ein anderes Beispiel: Als ich die OP hatte, musste ich immer umgelegt werden. Es hat oft bis zu einer Stunde gedauert bis die gekommen sind und mich wirklich umgelagert haben. In der Zeit hatte ich die ganze Zeit Schmerzen.

Impulse: Sie haben ja auch Erfahrungen mit Rehakliniken oder? Können Sie uns von Ihren Erfahrungen berichten?

» J.: Es gibt verschiedene Rehakliniken. Manche sind schlecht, andere sind gut. Bei einer schlechten Rehaklinik hatte ich nur zweimal die Woche Krankengymnastik und einmal die Woche Ergotherapie und sonst nichts. Bei einer guten Rehaklinik... für mich es gibt nicht die optimale Klinik... aber die andere war ganz gut, da gehe ich im Sommer auch wieder hin. Ich war 16 als ich das letzte Mal da war und da sind sie gut auf meine Bedürfnisse eingegangen. Ich hatte regelmäßig Krankengymnastik, Schwimmen, alles was dazugehört. Ich hatte auch Sprachtherapie wegen der Legasthenie. Nur die Psychotherapie war nicht so gut. Ich hatte danach drei Jahre in München Psychotherapie. Aber ich bin dort eigentlich wegen meiner Prüfungsangst hin, allerdings ist die jetzt noch größer als vorher. Deswegen hat das nicht wirklich viel gebracht. Was ich komisch fand, dass die Psychotherapeutin in München gesagt hat, dass ich ein Problem mit meiner Behinderung habe. Ich gehe ja offen und ehrlich damit um und da hat sie gesagt, das wäre ein Anzeichen, dass ich nicht mit meiner Behinderung klar komme.

Impulse: Diese Zuschreibungen sind sicherlich sehr störend?

» J.: Ja, genau. Was ich auch gar nicht mag ist, wenn man sagt »an den Rollstuhl gefesselt« oder so ... Ich erwidere immer: »Ich wüsste nicht, dass mein Rollstuhl Fesseln hat! Ich glaube ich kann den auch ganz gut verlassen.«

Impulse: Was Sie ganz deutlich gemacht haben war ja, dass Sie zum Beispiel im Krankenhaus und in der Rehaklinik, in der es nicht so gut war, den Eindruck hatten, dass Ihre Wünsche nicht berücksichtigt worden sind.

» J.: Na ja, ich meine es sind ja auch keine großen Wünsche. Man will aufs Klo, man will umgelagert werden und die haben halt einfach nicht viel Zeit dafür. In der Rehaklinik will man dann einfach einmal mehr zur Krankengymnastik.

Impulse: Interessieren Sie sich insgesamt für Gesundheitsthemen?

» J.: Die Krankenhaus- und Medizinforschung interessiert mich. Mich interessiert immer, wenn es Leute gibt, die auch selber einen Schlaganfall hatten beziehungsweise eine Behinderung haben und darüber Bescheid wissen. Oder die einer Person, die das erlebt hat, nahestehen. Manchmal hat man dort Interviewpartner, die nichts haben, im Fernsehen oder in der Zeitschrift: »Ich habe dies und das erforscht, und das ist ja so und so ...«. Und da sitze ich davor und denke: »Nein, das ist nicht so!« Das ärgert mich dann immer ein bisschen, weil das meistens dann in Fachzeitschriften steht und wissenschaftlich höher bewertet wird.

Impulse: Informiert Ihr Arzt Sie ausreichend über Früherkennungsmaßnahmen oder gibt er weitere Vorschläge und Informationen wie Sie sich gesund halten können?

» J.: Über Früherkennungsmaßnahmen haben wir noch nicht gesprochen. Er hat mir das Rezept für die Krankengymnastik ausgestellt, aber das ist nur auf die Behinderung bezogen. Generell über Gesundheit haben wir noch nicht gesprochen. Aber ich habe mich bei der AOK informiert und die übernehmen auch Leistungen für jüngere Menschen. Die haben ein Kontingent, welches man über das Jahr ausschöpfen kann.

Impulse: Zum Schluss würde ich Sie gern fragen: Wie soll denn aus Ihrem Erleben Unterstützung stattfinden beziehungsweise wie soll diese an Sie herangetragen werden?

» J.: Es soll auf jeden Fall die Information herausgehen, dass Unterstützung angeboten wird. Ich nehme jetzt einfach mal das Assistenz-Beispiel: Dass Assistenz angeboten wird und auch gleich gesagt wird, wie man welchen Antrag wann zu stellen hat. Auf jeden Fall wäre es besser Informationen rauszugeben, wie man an die Hilfe kommt und dass man die Hilfe in Anspruch nehmen kann.

Impulse: Und ansonsten wünschen Sie sich Angebote von Unterstützung bei denen Sie entscheiden können, ob sie diese in Anspruch nehmen möchten oder nicht?

» J.: Genau. Ich war letztens auf der Fachtagung von NITSA, das ist ein Netzwerk für Inklusion, Teilhabe, Selbstbestimmung und Assistenz. Dort wurde gesagt, dass die darauf plädieren, dass es unabhängige Beratungsstellen für Leute, die Assistenz nehmen, geben sollte.

Impulse: Vielen Dank für das Interview!

Interview: BIRGIT WOLFF, Bearbeitung: NINA SCHMIDT,
Anschrift siehe Impressum

**STEPHANIE SCHLUCK****Die LVG & AFS und ihre Medien – ein Streifzug durch die Geschichte**

Medien sind in aller Munde. Man kennt sie, man nutzt sie. Doch was verbirgt sich eigentlich dahinter? Und wie hängt die LVG & AFS damit zusammen? Dieser Streifzug durch bekanntes und unbekanntes Terrain soll für alle ohne gesundheitsgefährdende Zwischenfälle ablaufen. Wenn wir heute an Medien denken, kommt vielen Menschen nicht selten als erstes das Internet in den Sinn. Ob Digital Native oder Immigrant: mailen, bloggen, twittern und posten sind den meisten ein Begriff. Auch in der LVG & AFS wird dieses Medium heute annähernd täglich als Kommunikations- und Informationsmittel genutzt. Doch welche Wege wurden von der LVG & AFS vor dem Internet verwendet, um Botschaften zu verbreiten und Menschen zu erreichen? Und welche nutzen wir jetzt? Der nun folgende Streifzug durch die Geschichte lohnt sich... zunächst mit Pfeil und Bogen (sicherheitshalber versteht sich).

Der Streifzug beginnt: Analog

Es gab eine Zeit vor Hochglanzbroschüren, E-Mail-Newslettern und Websites in der die LVG & AFS ihre Anliegen verbreitet hat. Schon als »Hauptverein für Volkswohlfahrtspflege« 1905 ist ein Schwerpunkt der Vereinsarbeit, gesundheitsförderliches Wissen an die Bevölkerung weiter zu geben. Über Aufrufe und Bekanntmachungen im damals üblichen Jargon wurde dafür geworben, »die gefährlichsten Feinde der Volkswohlfahrt« zu bekämpfen. 1907 bereiste ein Wandertuberkulosemuseum die Provinz Hannover. Seit 1911 wurden vermehrt Informationsblätter zum Beispiel zum Thema Stillen und Tuberkulose eingesetzt. 1920 gaben Wandernüchternheitslehrerinnen ihr Wissen in Schulen weiter und klärten über die Gefahren des Alkohols auf. Über die Arbeit des Vereins informieren seit 1905 bis heute zudem selbstverständlich unsere Jahresberichte.

In der Zeit um den Zweiten Weltkrieg ruhte die (Medien-) Arbeit des damaligen Vereins zum größten Teil. Ab 1955 wurde der Wiederaufbau eines neuen Landesvereins beschlossen und vorangetrieben. 1963 erschien die erste Ausgabe des »Informationsdienstes für Gesundheitserziehung in Niedersachsen« in 1.500facher Auflage. Der Vorgänger der impulse war geboren! Zum 10jährigen Jubiläum 1973 erschien die Zeitschrift unter neuem Titel »inForm – Zeitschrift für Gesundheitserziehung« in 4.000facher Auflage. Die letzte Ausgabe der inForm erschien Ende 1990.

Im November 1993 war es dann soweit: Die LVG & AFS gab die erste Ausgabe der impulse zum Thema Schule und Gesund-

Merkblatt des Hauptvereins für Volkswohlfahrt
in Hannover, Maschstraße 10.
Verf. v. H. B. Dr. J. Dr. in Hannover.

Mütter, stillt Eure Kinder selbst!

Flaschenernährung – englische Krankheit – Tuberkulose.



**Der Segen der
Brusternährung.**


Fräulein Müller sitzt ihr Kind selbst. Sie hat nämlich die vortheilhafte Frau und sorgt sich um die Nahrung, welche die Natur dem Kinde bestimme hat, die richtig ist. Sie ist nicht krank, es macht, wenn man zu frühzeitig absetzt, so trübt sie sich, mehrere Mütter hat auch der Brust in diesem Berath wech.




**Der Jammer eines
Flaschenkinds.**

Fräulein Müller gibt ihnen Zufügen durch von Trögen die Flasche. Sie hat nicht nur die Hauptbeschwerden, als nur der Brust und die Leber. Diese sagt, daß jede Frau ihre Kinder stillen kann, wenn sie nur alle Stunden richtig anspricht und nicht gleich mit der leeren Flasche dazwischen fällt. Frau Müller meint aber, sie hätte keine Nahrung. Tuberkulose hat sie auch keine mehr Lust und Zeit. Schließlich hat sie's auch nicht, um sich eine Waise zu halten.

20 Jahre.



Die Mutter des Kindes wird durch die Natur zu einem guten Mütterchen. Es ist eine Mutter, welche gut versteht, die Natur dem Kinde bestimme hat, die richtig ist. Sie ist nicht krank, es macht, wenn man zu frühzeitig absetzt, so trübt sie sich, mehrere Mütter hat auch der Brust in diesem Berath wech.




Mütter, die Trögen, sind wegen ihrer Trögen, unfähig, eine Mutter zu sein. Sie verstehen nicht, die Natur dem Kinde bestimme hat, die richtig ist. Sie ist nicht krank, es macht, wenn man zu frühzeitig absetzt, so trübt sie sich, mehrere Mütter hat auch der Brust in diesem Berath wech.

25 Jahre.



Die Mutter des Kindes bringt eine gesunde, kleine Frau, die hat auch keine, alle seine Kinder sollen. Sie haben alle gesund, und diese ist auch die Frucht der guten und nicht gesunden.



Die englische Mütter ist von der Schwäche des Kindes, die kommt, an das Leben, aber die ist nicht zu retten. Es ist eine, und diese ist die Frucht der Familie Mütter ausgesprochen.

Preise. ...

heit heraus. Das Layout passte sich über die Jahre dem aktuellen Corporate Design an, welches mit dem aktuellen Logo 2010 eingeführt wurde. »impulse – Ein treffender Titel für ein wichtiges Anliegen!« und »Immer am Puls der Zeit« (*Zitate von Leserinnen zum 10jährigen Jubiläum*) – davon zeugt, dass diese Sonderseite in der nun 87. Ausgabe erscheint und inzwischen 8.500 Leserinnen und Leser weltweit die Print-Ausgabe quartalsweise beziehen.

Digital und Analog: Die Landschaft wird abwechslungsreicher!

Der Dialog in Sitzungen und Workshops, auf Tagungen war und ist bis heute eines der wichtigsten Instrumente, um dem Auftrag der Gesundheitsbildung, Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen in Niedersachsen gerecht zu werden. Doch mediale Kommunikationswege prägen unseren Alltag enorm; sie bieten kreative und abwechslungsreiche Möglichkeiten für die Ansprache von Menschen und Verbreitung von Informationen. Die Medienlandschaft in der LVG & AFS spiegelt dies und wird langsam, aber spürbar abwechslungsreicher, bunter und interaktiver.

Inzwischen gilt es, das Wissen zahlreicher Projekte aus zwölf Arbeitsfeldern an die unterschiedlichsten Adressatinnen und Adressaten zu bringen, in der Praxis zu erproben und weiter zu entwickeln. Ob gedruckt oder in digitaler Form sind Veranstaltungs- und Projektflyer, Broschüren, Handreichungen, Berichte, Empfehlungen sowie Curricula Medien über die wir unsere Arbeit bewerben, ins Gespräch kommen, Netzwerke aufbauen und Wissen vermitteln. In der inzwischen 72. Ausgabe informiert der Online-Newsletter der LVG & AFS alle sechs Wochen übergreifend über Aktuelles aus dem Gesundheitswesen. Auch themenspezifische digitale Newsletter und Rundbriefe zur Männer- und Frauengesundheit, Gesundheit im Alter, in Schule und Kita und Sozialer Lage sowie Interkultureller Öffnung im Gesundheitswesen können auf unserer Website abonniert werden.

110 Jahre alt, aber nicht von gestern ...

Seit 2001 ist die LVG & AFS mit einer Webpräsenz im Internet zu finden. Seit April 2015 erstrahlt die mehrfach überarbeitete Website in neuem Design. Ein Aushängeschild, das deutlich zeigt: 110 Jahre alt, aber nicht von gestern.

Doch nicht nur auf der eigenen Website informiert die LVG & AFS über ihre Arbeit. Die Webauftritte der LVG & AFS-Projekte wie der Niedersächsische Gesundheitspreis, Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen, des Netzwerkes Frauen/ Mädchengesundheit Niedersachsen, der Niedrigschwelligen Betreuungsangebote, Be Smart-Don't Start und des Netzwerkes Sozialpsychiatrischer Dienste vermitteln schnell und gezielt fachspezifische Informationen. Das Internetportal »Gesundheit für Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen« sowie die Redaktion des Männergesundheitsportals der BZgA sind ebenfalls mediale Fingerabdrücke der LVG & AFS im WorldWideWeb.

Neues Terrain erobern!? – #LVG & AFS posten, bloggen, twittern

»Gibt's euch auch bei Facebook? Welchen YouTube-Channel nutzt ihr? Und kann man euch bei Twitter folgen? Gibt's da auch ne App?« – immer häufiger begegnen uns auch solche Fragen. Es wird wohl kein Weg daran vorbei führen, diese Themen zu diskutieren. Welche Strategie wollen wir wählen? Wie bleiben wir uns treu, aber wie werden wir auch den aktuellen Kommunikationswegen gerecht? An einzelnen Stellen mutig zu sein und mal etwas zu probieren, scheint in diesem Fall ein guter Weg zu sein. Die Medien-Mission »Gesundheit Niedersachsen« lebt analog und digital von ihren kreativen Entdeckerinnen und Abenteurern. Sie sind auf einem sehr guten Weg. Doch wie es in der Natur von ihnen liegt, haben sie viel unentdecktes Terrain zu erobern und sich neuen Herausforderungen zu stellen ... in Zukunft dann neben Pfeil und Bogen, auch mit Kompass und GPS.

Literatur bei der Verfasserin
STEPHANIE SCHLUCK, Anschrift siehe Impressum



MATHIAS KNIGGE

Zukunftsfähig durch attraktive Lösungen für alle

Produkte, Architektur und Dienstleistungen werden von den verschiedensten Menschen genutzt. Inklusion und demografischer Wandel erfordern eine neue Herangehensweise: Anstelle spezieller Lösungen für wenige Nutzerinnen und Nutzer, die häufig als stigmatisierend empfunden werden, ist es sinnvoll klare Mehrwerte für große Gruppen zu schaffen. Das Konzept »Design für Alle« bietet hier den richtigen Ansatz, um attraktive Angebote zu entwickeln, die unabhängig von Alter oder Behinderung einfach und komfortabel funktionieren. Unsere Gesellschaft verändert sich. Hersteller, Dienstleister, Handel und Tourismus werden in Zukunft zunehmend älteren oder behinderten Kunden gegenüberstehen und Antworten auf deren spezifische Bedürfnisse finden müssen. Attraktive Angebote sind auf einmal die, die nicht nur gut aussehen, sondern auch durch leichte Nutzbarkeit überzeugen, ohne als Seniorenprodukt oder Hilfsmittel wahrgenommen zu werden. Somit sind *Inklusion* und der *demografische Wandel*, bei allen damit verbundenen Schwierigkeiten, für Unternehmen eine große Chance, sich mit ansprechenden Lösungen abseits von speziellen Seniorenprodukten zu positionieren.

Defizitorientierte Lösungen haben bei der Mehrheit keine Chance

Dies lässt sich gut am Beispiel barrierefreier Bäder veranschaulichen. Solange nur funktionale Aspekte zur Vermeidung von Barrieren berücksichtigt werden, entstehen wenig attraktive Räume, die aufgrund groß dimensionierter Klappgriffe und weit vorstehender Toilettenbecken sofort erkennbar sind. Dies weckt Vorbehalte beim Nutzenden und deren Umfeld. Gut gestaltete Lösungen, wie bodengleiche Duschen, sind allein aufgrund der Konnotation Wellness/Hotel für viele attraktiv. Sie ermöglichen aber die Zugänglichkeit mit Rollstuhl oder Rollator und sind auf diese Weise ein wichtiger Mehrwert für ältere oder behinderte Menschen.

Schritte die attraktive Lösungen mit barrierefreier Nutzung verbinden

Um Unternehmen für das Thema zu gewinnen hat der Autor gemeinsam mit Partnerinnen und Partnern aus dem Kompetenznetzwerk »Design für Alle – Deutschland« (EDAD) eine Studie für das Bundeswirtschaftsministerium (BMWi) erstellt. Sie zeigt, wie sinnvoll der Perspektivwechsel vom Defizit zum Mehrwert ist, und welche wirtschaftlichen Potenziale sich dadurch gerade im demografischen Wandel ergeben. Aus der Praxiserfahrung des Autors ist zur Umsetzung eine umfassende Beratung nötig: Von Analysen und Nutzertests, über Konzepte und Entwicklungsbegleitung bis hin zu Schulungen und Sensibilisierungsmaßnahmen. Zum Beispiel wird der grauwert-Simulationsanzug eingesetzt, um ein Gespür für diverse Nutzerbedürfnisse zu vermitteln und nichtstigmatisierende Lösungen im Design für Alle zu erleben. Beispiele für diese Arbeit sind vielfältig: Die *Kunsthalle Emden* wurde unterstützt Barrieren zu entfernen, ein ebener Zugang, leserliche Beschriftungen und Kassen, aber auch erhöhte Sitzgelegenheiten gehörten dazu. grauwert verfasste ein Planungshandbuch, damit das Museum langfristig für alle attraktiv und zugänglich ist.

Für die Firma Sennheiser Streaming Technologies entstanden die Smartphone-Apps »Mobile- und CinemaConnect«. Damit werden kulturelle Veranstaltungen auch bei Hör- oder Seheinschränkungen zugänglich. Dies geschieht individuell und unauffällig, was für die Zuschauer besonders wichtig ist. Die App bietet Hörunterstützung für schwerhörige oder Szenenbeschreibungen (Audiodeskription) für blinde Menschen im Publikum. Attraktiver Mehrwert im Design für Alle: Auch Untertitel und Sprachversionen (Originalsprache) können im Kinosaal erlebt werden.

Auch der Gesundheitsförderung durch Bewegung widmet sich grauwert: Der attraktive Bewegungsparcours Giro Vitale überfordert nicht und lädt zu kleinen Übungen ein. Produkte wie Radtrainer, Balancebrett oder Nordic-Trainer bieten eine gute Möglichkeit, um in Eigenmotivation etwas für die Gesundheit zu tun und werden seit vielen Jahren erfolgreich im öffentlichen Raum eingesetzt. So wird für Erhalt und Wiederherstellung der Gesundheit bis ins hohe Alter ein wichtiger Beitrag geleistet, wie in einer Studie mit der Charité Berlin gezeigt wurde. Aktuell untersucht grauwert, ob dieses Bewegungsangebot zur selbstständigen Nutzung im Umfeld von Klinik oder Reha-Zentrum für rehabilitierende Patientinnen und Patienten klassische Angebote, wie Ergotherapie und Physiotherapie, ergänzen kann. Der informelle Ansatz ermöglicht attraktive Außenanlagen mit einem gesundheitlichen Mehrwert zu verbinden – so kann Gesundheitsförderung im Design für Alle aussehen.

Literatur beim Verfasser

MATHIAS KNIGGE, grauwert – Büro für Inklusion und demografiefeste Lösungen, Kirchentwiete 29, 22765 Hamburg, Tel.: (0 40) 79 69 37 57, E-Mail: m.knigge@grauwert.info

Bildnachweis

links: Individuelle Hörangebote im Kino oder Theater via Smartphone-App, www.sennheiser-connect.com

rechts: Radtrainer des Bewegungsangebotes Giro Vitale, www.giro-vitale.de



CONSTANZE SCHNEPF

Inklusive Bildungsangebote von Volkshochschulen – ein Erfahrungsbericht

Inklusion im Kursprogramm

Ich habe bisher in keinem VHS-Programm erschöpfende Aussagen zur Barrierefreiheit gefunden und zwar nicht nur darüber, ob ein Kurs auch mit eingeschränkten körperlichen Fähigkeiten besucht werden kann, sondern auch darüber, ob geschützte Räume für transgeschlechtliche Menschen zur Verfügung stehen. Bei Kursen mit einer Altersbeschränkung fehlt häufig ein erklärendes Statement. Eine Dominanz von Angeboten einzelner Religionsgemeinschaften führt dazu, dass andere Religionsgemeinschaften ausgeschlossen sind. Dies alles ist bisher nicht im Kursprogramm erfasst. In größeren Volkshochschulen sind einige Kurse gekennzeichnet, die für Menschen mit oder ohne Behinderungen ausgeschlossen sind. Heißt das, dass Menschen mit Behinderungen in anderen Kursen nicht erwünscht sind?

Der Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsen, im folgenden Landesverband genannt, schreibt: »Generell steht das Bildungsangebot an Volkshochschulen allen interessierten Personen offen – so wie dies auch in § 1 des Niedersächsischen Erwachsenenbildungsgesetzes (NEBG) festgeschrieben ist« sowie: »Die Volkshochschulen haben sich deshalb der Philosophie verschrieben, vielfältige Bildungsangebote zu gestalten, so dass eine ausgesprochen heterogene Teilnehmerschaft erreicht werden kann«. Nach Einschätzung des Landesverbandes, stehen die Bildungsangebote (...) jeder bildungsinteressierten Person offen, sofern die Voraussetzungen (wie beispielsweise Vorkenntnisse und räumliche Gegebenheiten) gegeben sind. Was passiert aber, wenn die Gegebenheiten nicht vorhanden sind? Der Landesverband geht davon aus, dass jede Person die Möglichkeit erhält, sich entsprechend der eigenen Vorstellungen weiterzubilden. Ich finde, der Großteil des Angebots der Volkshochschulen richtet sich an einen sehr eingeschränkten Personenkreis, nämlich Men-

schen, die einen leichten Zugang zu Bildung haben. Es gibt natürlich auch Angebote für bestimmte Gruppen: Koch- und Musikurse für Menschen mit und ohne Behinderungen, an einigen größeren Volkshochschulen Deutschkurse für Menschen mit Migrationshintergrund, und vereinzelt auch Angebote für Menschen über 50. Die VHS schreibt hier: »Angebote für bestimmte eingeschränkte Zielgruppen werden häufig in Kooperation mit Fachverbänden, Selbsthilfegruppen oder sozialen Einrichtungen durchgeführt, um genau diese Teilnehmenden gezielt erreichen zu können.«

Inklusion als Organisationsphilosophie

Es ist natürlich legitim, Kurse für bestimmte Gruppen anzubieten, um damit einen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen, der so ansonsten nicht möglich wäre. Aber schwierig wird es, wenn es bei solchen Spezialangeboten bleibt und auch nicht ersichtlich ist, dass Institutionen sich bestimmter Ausgrenzungsmechanismen und -barrieren bewusst sind. Dabei ist es nicht von Belang, dass die bestehenden Angebote immer von allen gleichermaßen genutzt werden. Der Landesverband vertritt die Auffassung, dass inklusive Bildungsangebote an Volkshochschulen je nach pädagogischer Intention unterschiedlich gestaltet sein können. Entscheidend ist meiner Ansicht nach das Signal einer Organisation: Wir setzen uns mit bestimmten Themen auseinander. Nach Auffassung des Landesverbandes ist das Ziel der Inklusion, dass jede Bürgerin und jeder Bürger sich als wichtigen Teil der Gesellschaft wahrnimmt und zugleich Wertschätzung und Respekt aus dem Umfeld erfährt. Zentrale Herausforderung für den Landesverband ist zukünftig »die Erreichung größtmöglicher räumlicher Barrierefreiheit«.

Dies ist kein schlechter Anfang – zumindest aus meiner Perspektive – aber es ist, wie gesagt, nur ein Anfang.

Literatur bei der Verfasserin

CONSTANZE SCHNEPF, IBIS (Interkulturelle Arbeitsstelle für Forschung, Dokumentation, Bildung und Beratung e. V.), Oldenburg

»Ich habe mich sehr über die Möglichkeit, diesen Artikel zu schreiben, gefreut. Da ich selbst Nutzerin eines Elektrorollstuhls bin, kann ich die Barrierefreiheit in Bezug auf die Räumlichkeiten ganz gut einschätzen. In Bezug auf andere Barrieren kann ich aus der Erfahrung meiner Arbeit in der Antidiskriminierungsstelle bei IBIS e. V. berichten. Es gibt sehr viele Barrieren, von denen Menschen berichten, einige davon beleuchte ich in diesem Artikel.«



IRIS BREGULLA, SVEN BRANDES, BIRTE GEBHARDT

Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität

Von Juli 2014 bis April 2015 führte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) das Forschungs- und Kooperationsprojekt »Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität« durch. Das Projekt hatte zum Ziel, durch den Aufbau einer Bund-Länder-Struktur, Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE) stärker in der täglichen Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention in Settings zu verankern. Es setzte sich aus fünf Teilprojekten zusammen, die durch die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V., die LVG & AFS, elf weitere Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung, die Medizinische Hochschule Hannover, die Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH sowie die Universität Bielefeld durchgeführt wurden.

Teilprojekt »Settingspezifische Bestandsaufnahmen von Qualitätsverfahren auf Landesebene«

Im Rahmen dieses Teilprojekts koordinierte die LVG & AFS Aktivitäten in 14 Bundesländern. Anhand von 31 Fokusgruppen mit insgesamt 220 Praktikerinnen und Praktikern aus den Settings beziehungsweise Handlungsfeldern KiTa, Schule, Quartier, Migration und Ältere führten die Länder eine Bestandsaufnahme von Instrumenten und Verfahren der QS/QE durch. Des Weiteren ermittelten sie, welche Unterstützungsmaßnahmen sich die Praxis für eine stärkere Anwendung von QS/QE in der Gesundheitsförderung wünscht. In 14 Regionalkonferenzen wurden die Ergebnisse der Fokusgruppen zur Diskussion gestellt und ausgewertet. Von diesen Konferenzen gingen zugleich Impulse für landesweite Strukturaufbauten aus.

Ergebnisse

Die Anwendung von Verfahren und Instrumenten der QS/QE gestaltet sich in den untersuchten Lebenswelten sehr heterogen: Institutionelle Settings, wie Schulen und Kitas, verwenden oftmals vorgegebene Qualitätsmanagementkonzepte, wohingegen in formal gering strukturierten Settings, wie zum Beispiel im Quartier, primär niedrigschwellige, dialogische

Verfahren und Instrumente genutzt werden und QS/QE stärker als Bestandteil der alltäglichen Arbeit gesehen wird. Es wird deutlich, dass die Befragten QS/QE als förderlich erleben, wenn die Verfahren kongruent mit ihrer Arbeitspraxis sind und einer Weiterentwicklung der Arbeit mit der Zielgruppe dienen. In Bezug auf gewünschte Unterstützung bei der Anwendung von QS/QE in der Gesundheitsförderung äußert die Praxis übergreifend das Bedürfnis nach einer prozessbegleitenden Beratung und Unterstützung. Sie selbst versteht sich als Pool von Expertinnen und Experten für ihr jeweiliges Setting und möchte mit Fachkräften aus dem Bereich QS/QE in einem inhaltsbezogenen Dialog auf Augenhöhe Instrumente und Verfahren entsprechend den settingspezifischen Rahmenbedingungen anpassen oder entwickeln. Darüber hinaus wünschen sich die Expertinnen und Experten Unterstützung beim Aufbau von Netzwerken, bei der Akquise von Fördermitteln und Informationen zu möglichen Weiterbildungen. Als notwendige Voraussetzung, um dem Thema QS/QE der Gesundheitsförderung mehr Aufmerksamkeit widmen zu können, nennen Praktikerinnen und Praktiker die Bereitstellung ausreichender personeller, finanzieller und zeitlicher Ressourcen.

Bund-Länder-Struktur zur Entwicklung und Sicherung von Qualität der Gesundheitsförderung

Die Ergebnisse dieses Teilprojekts flossen in ein von der Universität Bielefeld erarbeitetes Multiplikatorenkonzept ein. Dieses sieht eine Transfer- und Koordinierungsstelle Qualitätsentwicklung auf Bundesebene sowie Qualifikations- und Beratungsangebote auf Länderebene vor. Auf Bundesebene sollen Entwicklungen vorbereitet, beobachtet und begleitet werden, während in den Bundesländern individuelle, setting-spezifische (Projekt-)Beratungen vor Ort geplant sind. Als nächster Schritt ist die Umsetzung des Multiplikatorenkonzepts im Rahmen einer Pilotschulung von zukünftigen Koordinationsfachkräften geplant. Weiterführende Informationen zum Gesamtprojekt und den einzelnen Teilprojekten befinden sich im Abschlussbericht der BZgA.

IRIS BREGULLA, SVEN BRANDES, BIRTE GEBHARDT, Anschrift siehe Impressum

ANTJE RICHTER-KORNWEITZ

Armut, Gesundheit und Behinderung im frühen Kindesalter

Zwischen Armut, Gesundheit und Behinderung besteht ein komplexer, facettenreicher und wechselseitiger Zusammenhang. Er beinhaltet den Einfluss von Armut auf den allgemeinen Gesundheitsstatus von Kindern, auf ihre sozial-emotionale und kognitive Entwicklung sowie das erhöhte Risiko aufgrund einer biologischen Schädigung behindert zu werden. Umgekehrt können Gesundheitsprobleme und Behinderungen auch finanzielle Mehrbelastung bis hin zu materieller Armut und sozialer Benachteiligung in weiteren Dimensionen der Lebenslage nach sich ziehen.

Die Wechselwirkungen zwischen Armut einerseits und Beeinträchtigung beziehungsweise Behinderung andererseits sind Inhalte der Ende 2014 veröffentlichten Expertise »Armut, Gesundheit und Behinderung im frühen Kindesalter« aus der Ex-

pertisenreihe der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WIFF) des Deutschen Jugendinstituts (DJI). Sie werden dort theoretisch eingeordnet und zahlreiche Quellen werden genannt. Ein gewichtiges, verbindendes Motiv zur übergreifenden Thematisierung von Armut, Gesundheit und Behinderung ist der Aspekt »fehlende beziehungsweise eingeschränkte Teilhabe«. Weitere Übereinstimmungen betreffen Lebenslauf- und Ressourcenorientierung und eine konsequente Kind- und Familien- / Lebensweltorientierung. Diskussionen über zugehörige Konzepte und Fragestellungen prägen maßgeblich sowohl die Rehabilitationspädagogik wie auch die gesundheitswissenschaftlichen Diskussionen rund um gesundheitliche Ungleichheit.

Schwerpunkt auf Kinder unter sechs Jahren

Der Schwerpunkt der Ausführungen liegt auf der Situation von Mädchen und Jungen in den ersten sechs Lebensjahren und der Lebenslage ihrer Familien. Dazu werden die Grundzüge eines Armutskonzeptes skizziert, begleitet von Ausführungen zu Gesundheit und zu den sozialen Determinanten von Gesundheit. Sehr ausführlich werden anschließend die langfristigen Folgen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit dargestellt.

Diese Inhalte werden ergänzt von der Erklärung des biopsychosozialen Grundverständnisses von Behinderung, wie sie sich in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) widerspiegelt. Anmerkungen zur materiellen Situation von Menschen mit Behinderung, zur Datenlage und eine ausführliche Darstellung der Situation von Familien mit Behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern unter Berücksichtigung ihrer materiellen, kulturellen und sozialen Ressourcen runden diesen Teil der Expertise ab.

Vernetzte Hilfen

Abschließend erfolgt eine Diskussion der Anforderungen an Prävention und Gesundheitsförderung sowie an die Qualitätskriterien in diesem Bereich. Die allgemeinen Handlungsanforderungen betreffen den Abbau von Teilhabebeschränkungen für sozial benachteiligte Mädchen und Jungen im frühen Kindesalter und für ihre Familien. Gefordert werden die Etablierung integrierter Handlungskonzepte, ein multiprofessionelles Vorgehen und die Lösung von Schnittstellenproblemen, kurz gesagt, ein funktionierendes inklusives System. Wirklichen lässt sich dies nur über vernetzte, interdisziplinäre und bereichsübergreifende Hilfen, die sich an den oftmals sehr komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedürfnissen des Kindes in seiner Familie orientieren.

Die Expertise entstand in Zusammenarbeit mit Prof. em. Hans Weiß, Experte im Bereich der Rehabilitationspädagogik. Sie steht kostenfrei als Download auf der Website des DJI zur Verfügung.

DR. ANTJE RICHTER-KORNWEITZ, Anschrift siehe Impressum



IMPRESSUM



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 50 55 95

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Annika Bohmeyer, Sven Brandes, Iris Bregulla, Mareike Claus, Sabine Erven, Sandra Exner, Birte Gebhardt, Nicole Heinze, Jan Kreie, Angelika Maasberg, Tanja Möller, Lea Oesterle, Dr. Maren Preuß, Elena Reuschel, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Patrizia Rothofer, Stephanie Schluck, Nina Schmidt, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Anna Stern, Nicole Tempel, Theresa Vanheiden, Marcus Wächter-Raquet, Benjamin Weiß, Birgit Wolff

» **Beiträge:** Prof. Dr. Timm Albers, Kai Baumann, Wolfram Beins, Ute Blessing-Kapelke, Sven Brandes, Iris Bregulla, Prof. Dr. Christa Büker, Prof. Dr. Reinhard Burtscher, Gunnar Czimczik, Nora Fasse, Anne Fitschen, Birte Gebhardt, Gertrud Hanenkamp, Prof. Dr. Annelie Keil, Matthias Knigge, Lara Läßle, Dr. Michael Lichtblau, Katja Lücke, Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Mirjam Owsianowski-Möller, Prof. Dr. Ulf Preuss-Lausitz, Antje Richter-Kornweitz, Stephanie Schluck, Prof. Dr. Bettina Schmidt, Constanze Schnepf, Marcus Wächter-Raquet, Prof. Dr. Kerstin Walther, Birgit Wolff, Petra Wontorra

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 88: 08.08.2015

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» **Auflage:** 8.500

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

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

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

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

» **Titelfoto:** © LVG & AFS

» **Fotos:** S. 18 © www.sennheiser-connect.com, S. 19 © www.giro-vitale.de
S. 3, 17: © LVG & AFS, alle anderen: © Fotolia.com: eyetronic, pixel 66, photowahn, pixelfokus, Guido Grochowski, contrastwerkstatt, Photographie.eu, Barabas Attila, Christian Schwier, Robert Kneschke, Kurt Kleemann, pogonici, Olesia Bilkei, Instudio68, Miriam Dörr, cirquedesprit, kritchann, Halfpoint, cherezoff, Claudia Paulussen



LARA LÄPPLE

Die Wohnschule: »selbstbestimmt leben und wohnen«

Die Wohnschule ist eine ambulante Betreuungsleistung im Rahmen der Eingliederungshilfe und richtet sich als Angebot an junge Erwachsene mit Behinderung, die lernen möchten selbstbestimmt zu leben und zu wohnen. Wer Interesse an einem selbstbestimmten Leben hat, kann einen Antrag bei der zuständigen Eingliederungshilfe des jeweiligen Wohnortes stellen. Die Wohnschule in Wolfsburg ist ein Angebot des Christlichen Jugenddorfs (CJD) Wolfsburg. Weitere Kooperationspartner sind die Stadt Wolfsburg, die Evangelische Familienbildungsstätte und die NEULAND Wohnungsbaugesellschaft mbH in Wolfsburg.

Das Konzept bietet die Möglichkeit, Menschen mit Behinderung auf dem Weg selbstständig zu leben, pädagogisch zu unterstützen und ihre Vorstellungen und Wünsche mit ihnen gemeinsam zu planen und umzusetzen und die individuellen Lernfortschritte intensiv zu begleiten. Alle Interessierten können im eigenen Tempo die Wohnschule durchlaufen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Ausrichtung auf das gemeinsame Zusammenarbeiten und die Bedarfe und Wünsche aller Beteiligten in den Vordergrund zu rücken.

Die Teilnahme an der Wohnschule gliedert sich in mehrere Phasen. In der ersten Phase werden Erstgespräche im persönlichen Umfeld mit den Interessierten und deren Angehörigen geführt. Dabei werden die Bedarfe und Wünsche aller Beteiligten besprochen. Der Fokus liegt auf dem Menschen mit seiner Behinderung und seinen Vorstellungen von einem selbstbestimmten Leben. Alle Vorstellungen finden hier Raum, um gemeinsam besprochen zu werden. Im nächsten Schritt erfolgt die individuelle Zukunftsplanung. Der Mensch mit seiner Behinderung steht mit seiner Persönlichkeit und seinen Stärken auch hier im Mittelpunkt der Handlung. Die Ziele werden kleinschrittig erarbeitet und der junge Mensch bestimmt seine Lernbereiche und sein Lerntempo. Im letzten Schritt werden die besprochenen Ziele praktisch erprobt. Dies erfolgt durch individuelle Begleitung und verschiedene Angebote für die Interessenten. Dabei werden die Familie und das Umfeld aktiv miteinbezogen und eingebunden.

Die Unterstützung, die Beratung und die Begleitung umfassen zunächst alle alltagspraktischen Belange wie beispielsweise die Bereiche der Selbstversorgung, Freizeitgestaltung, Wohnungssuche, Finanzierungsmöglichkeiten und Informationen zur Pflege. Neben dem intensiven Arbeiten zu Hause finden alltagspraktische Seminare und Gruppenangebote in der angemieteten Wohnung der Wohnschule statt. Die Seminare richten sich nach den Interessen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und werden unter Anleitung der Fachkraft so strukturiert, dass Alltagslernen erfahrbar wird.

Weiterhin wird die Wohnung auch als Möglichkeit zum »Probewohnen« genutzt. Die Teilnehmenden können alleine, aber auch zu zweit das selbstbestimmte Leben auf Zeit, mit Begleitung durch Fachkräfte, erleben und ausprobieren. Je nach Wunsch und Bedarf besteht die Möglichkeit bis zu 14 Tagen Probe zu wohnen. Das Wohnen auf Zeit wird ebenfalls eng pädagogisch begleitet und mit allen Beteiligten vor- und nachbereitet. Besteht nach dieser Erfahrung der Wunsch, in eine eigene Wohnung zu ziehen und haben sich die Teilnehmenden für eine Wohnform entschieden, werden sie bei diesem Prozess aktiv begleitet. Um den neuen Lebensabschnitt mit den Beteiligten zufriedenstellend zu gestalten, werden bei Bedarf weitere nachhaltige Hilfen für den Alltag in der neuen Umgebung installiert. Weitere Informationen zu der Wohnschule erhalten Sie auf der Homepage des CJDs.

LARA LÄPPLE, CJD Wolfsburg, Walter-Flex-Weg 14, 38446 Wolfsburg, Tel.: (0 53 61) 85 64 32, Fax: (0 53 61) 85 64 10, E-Mail: lara.laepfle@cjdvolfsburg.de, www.cjd-wolfsburg.de

GERTRUD HANENKAMP

Damit es gut wird! Gelungener Aufenthalt von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus

Für Menschen mit schweren und komplexen Behinderungen wie geistiger, sinnesbezogener, psychischer, körperlicher Behinderung und/oder schwerer Mehrfachbehinderung ergeben sich oft viele Herausforderungen bei der Bewältigung eines Krankenhausaufenthaltes. Es ist wichtig die Einweisung in ein Krankenhaus vor Ort nutzen zu können, da spezialisierte medizinische oder psychiatrische Zentren oft weit weg sind. Damit einhergehend brauchen Menschen mit Behinderung Sicherheit und eine vertrauensvolle Umgebung, ein Einbeziehen in ihre Behandlung auf Augenhöhe und Akzeptanz ihrer Vorlieben und Gewohnheiten, um nur einige Aspekte zu nennen.

Bedingt durch den Kostendruck der Kliniken und die Fallpauschalen (DRG's) ist oft nicht die zusätzliche Zeit gegeben, die Menschen mit Behinderung im Krankenhaus benötigen. Der Mehraufwand in der Klinik ist nicht kostendeckend. Gleiches gilt für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Oft liegen gegenseitige Erwartungshaltungen vor, die es nötig machen, den Auftrag und die Situation der jeweils anderen Einrichtung kennen zu lernen. So taucht die Frage auf: Können Pflegekräfte in den Kliniken sich wirklich mit einem Behinderungsbild auskennen? Ihre Ausbildung umfasst ca. 2.100 theoretische Stunden. Davon sind je nach Curriculum 10-18 Stunden für das Lernfeld Behinderung vorgesehen. Allein hier wird deut-

lich, wie wichtig die Kommunikation unter Berücksichtigung des Datenschutzes zwischen den Beteiligten ist, um einen möglichst optimalen Krankenhausaufenthalt für Menschen mit Behinderung zu gewährleisten.

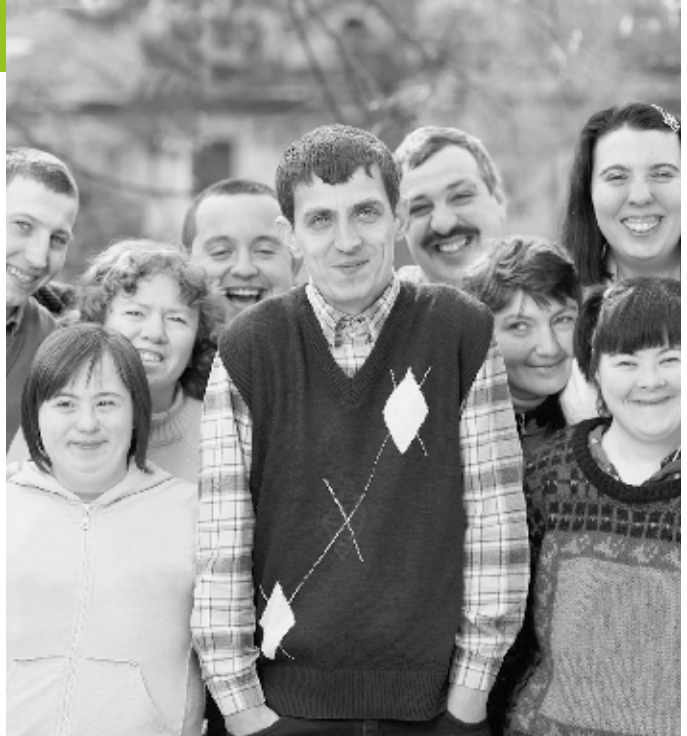
Das Konzept: Menschen mit Behinderung im Krankenhaus

Im Rahmen des durch die Aktion Mensch geförderten Projekts »Einfach anders – Menschen mit Behinderung im Krankenhaus« wurde ein Konzept entwickelt, um den Krankenhausaufenthalt für Menschen mit Behinderung besser zu gestalten. Das Konzept wird im St.-Marien-Hospital Friesoythe umgesetzt und erzielt gute Ergebnisse. Durch die bessere Vernetzung zwischen dem Caritas-Verein Altenoythe und dem St.-Marien-Hospital gelingen sowohl Aufnahme, Behandlungsphase als auch Entlassung, zum Beispiel zurück in die Eingliederungshilfeeinrichtung, in der Regel gut. Im Krankenhaus gibt es eine Vertrauensperson, die sobald als möglich nach der Aufnahme den Kontakt zu dem Menschen mit Behinderung und der Einrichtung, den Diensten oder den Angehörigen aufnimmt. Individuell wird nach Hilfsmitteln, Ritualen und Gewohnheiten gefragt, wobei die aufgenommene Patientin und der aufgenommene Patient im Mittelpunkt allen Handelns steht. Dieser Mehraufwand wird nicht entsprechend refinanziert. Im Rahmen des Projekts wird daran gearbeitet, Ansprechpartnerinnen und -partner in den Kliniken und Einrichtungen der Behindertenhilfe zu etablieren und Prozesse sicher zu stellen. Ein Netzwerk aus trägerübergreifenden Einrichtungen, Diensten, Kliniken und Angehörigen, möglichst auch Krankenkassen, Sozialämter, gesetzlicher Betreuerinnen und Betreuer, weitere Interessierte und – soweit möglich – mit Betroffenen, soll entstehen, um Hilfe bei Fragen schnellstmöglich anbieten zu können und damit einen gelungenen Krankenhausaufenthalt zu erreichen.

Die Forderungen

Der Caritas-Verein Altenoythe verdeutlicht, dass die bessere Vernetzung mit dem Krankenhaus wesentlich zum Gelingen eines Krankenhausaufenthaltes beiträgt. Pflegekräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen sich. Aus Sicht der Einrichtungen ist eine individuelle, am Hilfebedarf der Bewohnerin oder des Bewohners orientierte Begleitung und Unterstützung durch vertraute Personen immer erforderlich. Dies wird auch bei Krankenhausaufenthalten sichergestellt. Eine entsprechende Refinanzierung dieser zusätzlichen Leistungen wie zum Beispiel Begleitung, Betreuung und pflegerische Hilfsleistungen besteht nicht und bedarf dringender Korrektur und Anpassung. Für die Schnittstelle zwischen Behindertenhilfeeinrichtung und Krankenhaus müssen übersichtliche, einfache Regeln der Zusammenarbeit verbindlich vereinbart und kommuniziert werden. Die Versorgung von Menschen mit Behinderung ist nicht nur eine Frage von Haltung und Respekt, sondern auch von Fachkompetenz. Es sollten Möglichkeiten gemeinsamer Fortbildungen erörtert werden. Es gibt gute Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Behindertenhilfe. Es ist wichtig, das Thema bundesweit von verschiedenen Stellen anzuschieben, um Öffentlichkeit und Politik mehr darauf aufmerksam zu machen.

GERTRUD HANENKAMP, Referentin für Sucht und Psychiatrie,
Landes-Caritasverband für Oldenburg e. V., Neuer Markt 30, 49377 Vechta,
Tel.: (0 44 41) 87 07-6 43, E-Mail: hanenkamp@lcv-oldenburg.de



KAI BAUMANN, MARCUS WÄCHTER

Brücken bauen: Interkulturelle Öffnung der Unterstützungssysteme für behinderte Menschen in Bremen

Menschen mit einer familiären Einwanderungsgeschichte stellen heute ungefähr 20 Prozent der Bevölkerung in Deutschland. Schätzungen zufolge lebt jeder Zehnte von ihnen mit einer Behinderung. In den Einrichtungen, Diensten und Angeboten der Behindertenhilfe sowie in Elternselbsthilfegruppen und der ehrenamtlichen Verbandsarbeit ist diese Bevölkerungsgruppe aber nur wenig vertreten. Ausnahmen bilden die Bereiche Frühförderung, Kita und Ambulante Familienhilfe, deren Angebote von Familien mit Zuwanderungsgeschichte und behinderten Kindern entsprechend dem Anteil in der Bevölkerung genutzt werden.

Für die Behindertenhilfe und Behindertenverbände muss es eine wichtige Zukunftsaufgabe sein, kultursensible Angebote zu entwickeln, Prozesse der interkulturellen Öffnung zu initiieren sowie tragfähige Netzwerke vor Ort aufzubauen. Wie in vielen Kommunen gibt es auch im Land Bremen aktuell nur wenig Vernetzung zwischen den Einrichtungen der Behindertenhilfe, den Behindertenverbänden sowie den Interessenvertretungen und Selbstorganisationen von Menschen mit Migrationshintergrund. Um eine engere Verzahnung der Bereiche herzustellen, kooperiert der Arbeitsstab des Landesbehindertenbeauftragten der Freien Hansestadt Bremen seit 2014 mit dem Bremer Rat für Integration.

Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK

Auslöser der engen Kooperation war die Erarbeitung des Landesaktionsplans zur Umsetzung der UN-BRK im Land Bremen. Der Aktionsplan wurde gemeinsam von behinderten Menschen, ihren Verbänden sowie der Bremer Verwaltung zwischen 2012 und 2014 erarbeitet. Als Vorsitzender des Arbeitskreises leitete der Bremer Landesbehindertenbeauftragte den Prozess. Insgesamt wurden acht Handlungsfelder bearbeitet. Die Anliegen von behinderten Menschen mit Migrationshintergrund wurden als Querschnittsthema in allen Handlungsfeldern berücksichtigt. Ferner bekam das Thema »Migration &

Behinderung« ein eigenes Kapitel. Neben allgemeinen Aussagen zur Lage von behinderten Menschen mit Migrationshintergrund werden in dem Kapitel auch konkrete Maßnahmen benannt. So werden unter anderem die verlässliche sowie dauerhafte finanzielle Absicherung der Beratungsstelle »Behinderung und Migration« von der Lebenshilfe Bremen aufgeführt sowie die Verbesserung der Daten- und Informationsgrundlage im Bereich »Migration & Behinderung«.

Vernetzung der Netzwerke

Auch die enge Kooperation zwischen dem Büro des Bremer Landesbehindertenbeauftragten und dem Rat für Integration wurde als Maßnahme aufgeführt. Erster Ausdruck der Kooperation war eine gemeinsame Veranstaltung zum Thema »Migration & Behinderung« im Februar 2015. In den Diskussionen zwischen Betroffenen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus den Behindertenverbänden, Migrantenorganisationen und Religionsgemeinschaften wurde ein großer Handlungsdruck erkennbar.

Die gute Zusammenarbeit zwischen dem Bremer Rat für Integration und dem Büro des Beauftragten hält auch nach der gemeinsamen Veranstaltung an. Gemeinsam wird derzeit eine Dokumentation der Veranstaltung erarbeitet. Auch hat der neu konstituierte Landesteilhabebeirat – welcher unter anderem die Umsetzung des Landesaktionsplans zur Umsetzung der UN-BRK in Bremen begleiten soll – entschieden, dass der Bremer Rat für Integration als ständiger Gast in das Gremium aufgenommen wird. Dadurch ist ein kontinuierlicher Austausch gesichert. Als unmittelbar nächste Aufgabe wird das Büro des Behindertenbeauftragten gemeinsam mit anderen Ressorts der Frage nachgehen, wie man die Daten- und Informationsgrundlage zu dem Themenfeld verbessern kann, um nachfolgend Politik und Verwaltung die Bedeutung des Themas »Migration & Behinderung« aufzuzeigen.

Literatur bei den Verfassern

KAI BAUMANN, Büro des Bremer Landesbehindertenbeauftragten,
Tel.: (04 21) 36 14 21 61, E-Mail: kai.baumann@lbb.bremen.de,
www.lbb.bremen.de

WOLFRAM BEINS, ANNE FITSCHEN,
MIRJAM OWSIANOWSKI-MÖLLER

Suchthilfe für Menschen mit geistiger Behinderung

Unter dem Slogan »ambulant vor stationär« wurde seit Mitte der 90er Jahre die Ambulantisierung in der Behindertenhilfe aufgenommen, um Menschen mit einer Intelligenzminderung verstärkt in die gesellschaftliche Normalität einzugliedern. Seit 2009 hat die UN-BRK diese Aktivitäten verstärkt und aufgefordert, über das Ziel der Inklusion die Situation für Menschen mit einer Behinderung nachhaltig zu verbessern. Menschen mit intellektuellen Behinderungen sollen als gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger mit der Freiheit zur Teilhabe an allen gesellschaftlichen Lebensbereichen Anerkennung finden. Diese verändernden Betreuungskonzepte bieten für Menschen mit Behinderungen neue Chancen und Möglichkeiten. Sie sorgen aber gleichzeitig für eine höhere Konfrontation mit den gängigen gesellschaftlichen Risiken, wozu besonders auch der hohe Suchtmittelkonsum zählt. In



den letzten Jahren wird vermehrt Suchtmittelmissbrauch und Suchtmittelabhängigkeit bei Menschen mit einer Intelligenzminderung beobachtet. In einer Studie der Arbeiterwohlfahrt in Nordrhein-Westfalen wurde 2013 von drei Vierteln der Betreuerinnen und Betreuer in ambulant betreuten Wohnprojekten berichtet, dass es Probleme mit Bewohnerinnen und Bewohnern gebe, weil sie trinken oder Drogen nehmen. Viele der betreuten Menschen mit Behinderung sind danach auf die wachsende Selbständigkeit schlecht vorbereitet. Außerdem fühle sich niemand so recht zuständig, etwas gegen den Suchtmittelmissbrauch zu unternehmen.

Die Hilfeplanverfahren im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB XII in der Psychosozialen Beratungsstelle Celle bestätigen diese Entwicklung. In den Hilfeforenzen für Menschen mit einer geistigen Behinderung wurde zunehmend deutlich, dass dieser Personenkreis gehäuft Probleme mit Suchtmitteln zeigt. Insbesondere die Hilfen im Bereich des ambulant betreuten Wohnens gestalteten sich schwierig, weil die betreuten Klientinnen und Klienten aufgrund des Suchtmittelmissbrauchs die vereinbarten Ziele nicht erreichen konnten. Darüber entstand bei den Beteiligten eine Unzufriedenheit mit der ambulanten Betreuung und es wurde nach Auswegen aus dieser Situation gesucht. Bei einem Arbeitstreffen der Psychosozialen Beratungsstelle mit Anbietenden des ambulant betreuten Wohnens wurde das Problem erörtert. Im Ergebnis wurde eine Fortbildung zum Thema Abhängigkeitserkrankungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulant betreuten Wohnens aus zwei großen Einrichtungen der Behindertenarbeit durchgeführt. In dieser Fortbildung ging es um die Definition und Entstehung von Abhängigkeit, die Reflexion der eigenen Haltung zu Abhängigkeit und das offene Gespräch über Abhängigkeitserkrankungen.

Dabei wurde deutlich, dass es in der alltäglichen Arbeit der Behindertenhilfe nicht selbstverständlich ist, problematischen Suchtmittelkonsum direkt und offen anzusprechen. Die Angebote der Suchthilfe sind nicht allen bekannt und es herrscht Unsicherheit in der Inanspruchnahme von Suchthilfeleistungen. In der Behindertenarbeit fehlen bisher klare Regeln im Umgang mit Suchtmitteln, wie zum Beispiel Punktnüchternheit bei der Arbeit. Gleichzeitig fiel auch auf, dass die Suchthilfe nicht auf die spezifischen Anforderungen von Menschen mit einer geistigen Behinderung vorbereitet ist. Der Umgang

mit Einschränkungen in der Reflexionsfähigkeit löste Verunsicherung aus. Die vorherrschende Komm-Struktur in der Suchthilfe behinderte ein kontinuierliches Hilfsangebot. Für die Entwicklung von Hilfen für Menschen mit Intelligenzminderung und Suchtmittelmissbrauch ist die gegenseitige Anerkennung der Professionalität von Behinderten- und Suchthilfe Voraussetzung für weitere Aktivitäten. Das Lernen voneinander und die Entwicklung einer gemeinsamen Grundhaltung sind unerlässlich für den Aufbau angemessener Unterstützungsangebote. Auf dieser Grundlage wurden im weiteren Prozess anschließende gemeinsame Fortbildungen durchgeführt. Das Angebot einer angeleiteten Suchtgruppe, die von Mitarbeitenden der Behinderten- und Suchthilfe gemeinsam geplant und durchgeführt wird, steht kurz vor der Fertigstellung.

Literatur beim Verfasser

WOLFRAM BEINS, Diakonie Celle, Psychosoziale Beratungsstelle, Sozialpsychiatrischer Dienst – Fachstelle Sucht und Suchtprävention, Fritzenwiese 7, 29221 Celle, E-Mail: psb.celle@evlka.de

GUNNAR CZIMCZIK

Jugendbefragung 2013 in Wolfsburg Jugend Raum geben! Lebens- und Freizeitsituation von Jugendlichen in Wolfsburg

Jugendbefragungen und -studien gibt es viele. Mit deren Ergebnissen befassen sich in regelmäßigen Abständen die Akteurinnen und Akteure der Jugendarbeit und Jugendpolitik. Im Grunde geht es dabei immer wieder um die eine Frage: Was denkt, fühlt und braucht die nachfolgende Generation? Repräsentative, lokale beziehungsweise kommunale Jugendbefragungen oder -studien gibt es allerdings eher selten, was ihre Besonderheit noch verstärkt. Lokale Befragungen zeigen aber auch, dass sich die Kommune, insbesondere Politik und Verwaltung, für die Interessen und Anliegen junger Menschen interessiert und diesen Raum geben will.

2012 beschloss der Jugendhilfeausschuss der Stadt Wolfsburg, auf Initiative des örtlichen Stadtjugendrings, eine repräsentative Befragung zur Lebens- und Freizeitsituation junger Menschen im Alter von 14 bis 21 Jahren in Auftrag zu geben. Die Ergebnisse wurden 2014 veröffentlicht und ermöglichen den verantwortlichen jugendpolitischen Akteurinnen und Akteuren nun einen gezielten Blick auf die Lebens- und Freizeitsituation von Jugendlichen aus dem Blickwinkel der Zielgruppe zu richten. Mit der Befragung stellt die Stadt Wolfsburg eine Öffentlichkeit für die Belange und Themen junger Menschen her. Sie leistet einen Beitrag zur Identifikation ihrer Interessen, bringt diese in die politische Diskussion ein und wird die Erkenntnisse in die Weiterentwicklung der kommunalen Jugendpolitik einfließen lassen.

Jugend Raum geben!

Jugendpolitik ist mehr als Politik für junge Menschen. Eigenständige und selbstbewusste Kinder- und Jugendpolitik muss die Interessen der Zielgruppe in den Blick nehmen und mit ihr in den Dialog treten. Eine repräsentative Befragung kann hierfür ein gutes Instrument darstellen.



Ergebnisse anderer Studien wurden bestätigt

Die Wolfsburger Jugendbefragung bestätigte Erkenntnisse anderer, großer Jugendstudien und ergänzte diese um einige lokale Details und Besonderheiten. Zentrale Erkenntnisse der Wolfsburger Jugendbefragung sind:

- » Die Zuwanderungsgeschichte der Jugendlichen spielt in Bezug auf den individuellen Bildungserfolg eine untergeordnete Rolle. Von großer Bedeutung sind hingegen der Bildungsabschluss des Vaters und die im Haushalt gesprochene Sprache.
- » Der Erwerbsstatus des Vaters ist ausschlaggebend dafür, wie Jugendliche die finanzielle Situation ihrer Familie einschätzen. Auch hier spielt die Zuwanderungsgeschichte oder die Höhe des eigenen Taschengeldes keine Rolle.
- » Wolfsburger Jugendliche verfügen überwiegend über ein positives Selbstbild und haben ein partnerschaftliches Verhältnis zu ihren Eltern. Unterstützendes Elternverhalten fördert die Ausbildung eines positiven Selbstbildes.
- » Kommerzielle Einrichtungen wie beispielsweise die City Galerie oder Kinos werden als wichtige Freizeitorde genannt, Fehlbedarfe werden bei Plätzen zum »Abhängen« benannt.
- » Angebote der Offenen Kinder- und Jugendarbeit werden kritisch bewertet und sind vielen Jugendlichen nicht bekannt. Allerdings genießen die Einrichtungen und Angebote bei der Gruppe der 16 bis 18 Jährigen einen hohen Stellenwert.
- » Jugendliche wünschen sich »Freiräume«, in denen sie etwas ohne Aufsicht machen können.
- » Bei den Jugendlichen besteht eine große Identifikation mit der Heimatstadt Wolfsburg. Sie sehen für sich gute Zukunftschancen und fast zwei Drittel der Jugendliche wollen, dass auch ihre Kinder in Wolfsburg aufwachsen.
- » Zwei Drittel der Jugendlichen sind in irgendeiner Form ehrenamtlich engagiert.
- » Jugendliche unter 18 Jahren kennen mehr lokale Beteiligungsmöglichkeiten und haben diese häufiger genutzt als die Älteren.

Inwieweit einzelne jugendpolitische Entscheidungen und konzeptionelle Neuausrichtungen Wirkung zeigen, werden die kommenden Jugendbefragungen zeigen. Auf jeden Fall ist deutlich geworden, dass die Befragung ein wichtiges Steuerungsinstrument darstellen kann.

GUNNAR CZIMCZIK, Stadt Wolfsburg, Geschäftsbereich Jugend, Abteilung Jugendförderung, Stadtjugendpfleger, Pestalozziallee 1a, 38440 Wolfsburg, Tel.: (0 53 61) 28 23 10, Fax: (0 53 61) 28 22 73, E-Mail: gunnar.czimczik@stadt.wolfsburg.de, www.wolfsburg.de



Die rechtlichen Grenzen der Patientenautonomie bei psychischen Erkrankungen

Aktuell steigen die Zahlen der psychischen Erkrankungen und der unter rechtlicher Betreuung stehender Menschen. Dies bringt im Bereich der Rechtswissenschaft wachsende Probleme mit sich, da den Patientinnen und Patienten oftmals die Fähigkeit zur selbstbestimmten Entscheidung hinsichtlich ihrer Behandlung abhandenkommt. Dies wirft schwerwiegende Fragen wie beispielsweise: »Kann die Ärztin beziehungsweise der Arzt seinen Patientinnen und Patienten das notwendige Medikament ggf. zwangsweise verabreichen?« auf. Die genannte Arbeit versucht unter Berücksichtigung aktueller Rechtsgrundlagen hierauf Antworten zu finden. Um das zu erreichen werden zunächst die medizinischen Grundlagen erläutert sowie der Begriff »Einwilligungsfähigkeit« definiert und auf seine Feststellbarkeit überprüft. Anschließend werden die Legitimation ärztlicher Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen und die Auswirkungen einer Patientenverfügung näher beleuchtet. Aufgrund der Entstehung aus einer Dissertation und den rechtliche und medizinische Grundlagen besonders geeignet für den anspruchsvolleren Lesende. (ab)

TORBEN GÖTZ: Die rechtlichen Grenzen der Patientenautonomie bei psychischen Erkrankungen – Düsseldorf Rechtswissenschaftliche Schriften. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2013, 253 Seiten, ISBN 978-8487-0108-7, 66,00 €

Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft

Der Tagungsband zur ersten, 2013 durchgeführten Jahrestagung der Ad-hoc-Gruppe Gesundheitskommunikation in der Deutschen Gesellschaft für Publizistik und Kommunikationswissenschaft (DGPK) beleuchtet das sich dynamisch entwickelnde Forschungsfeld Gesundheitskommunikation. Im Rahmen von 19 Beiträgen werden zunächst ein Überblick über die beabsichtigten und tatsächlichen Wirkungen gesundheitsbezogener Informationsvermittlung (insbesondere Präventionskampagnen) vermittelt und Fragen der Zielgruppenerreichbarkeit erörtert. Die anwendungsorientierten Beiträge untergliedern sich in Betrachtungen journalistischer und Online-Gesundheitskommunikation. Dabei werden sowohl die klassische Berichterstattung über gesundheitspolitisch aktuelle Themen als auch die multidirektionale Gesundheitskommunikation in Foren, Chats und Social Media untersucht. Ein abschließender Block mit Beiträgen zur Vermittlung von Gesundheitsinformationen in medialen Unterhaltungsinformaten rundet den Überblick schlüssig ab. (ms)

MATTHIAS R. HASTALL, CONSTANZE ROSSMANN, ALEXANDRA SOWKA (HRSG.): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2014, 307 Seiten, ISBN 978-3-8487-1416-2, 54,00 €

Silver-Age, Versorgungsfall oder doch ganz anders?

Das Buch vermittelt einen Überblick über die Herausforderungen einer zielgruppensensiblen, wie -gerechten Gesundheitsförderung für Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Es versucht den Blick auf die ältere Generation zu erweitern und macht dadurch deutlich, dass es sich keinesfalls um eine homogene Gruppe handelt. Die Lebenslagen, in denen Seniorinnen und Senioren leben, sind vielschichtig und oft durch eine hohe (gesundheitliche) Ungleichheit geprägt. Dies wird auch in den Beiträgen der Autorinnen und Autoren deutlich. Inhaltlich geht es zum Beispiel um aktuelle Zahlen zur demografischen Lage, seniorenpolitische Konzepte der Bundesländer oder auch um rentenpolitische Entwicklungen und ihre Auswirkungen. Zudem werden aktuelle Herausforderungen wie der Umgang mit der ansteigenden Altersarmut in Deutschland beschrieben. (mc)

SANDRA EXNER, ANTIJE RICHTER-KORNWEITZ, MARTIN SCHUMACHER, BIRGIT WOLFF, THOMAS ALTGELD (HRSG.): Silver-Age, Versorgungsfall oder doch ganz anders? – Perspektiven auf Alter(n) und Altsein erweitern! Nomos Verlag, Baden-Baden, 2015, 133 Seiten, ISBN 978-3-8487-1786-6, 29,00 €

Gesund in der Schule

Gesundheit gehört zu den wichtigsten Rahmenbedingungen für Lernen und Bildung. Eine »gesunde Schule« hat ihren Ausgangspunkt in der Gesunderhaltung der Lehrerinnen und Lehrern. Daher bietet diese kleine Lektüre aus der Reihe »Spickzettel für Lehrer« alltagsnahe Modelle, um dieser Herausforderung zu begegnen. Dabei unterstützen ausführlich angeleitete und leicht verständliche Übungen zur Selbstwahrnehmung, zur eigenen Resilienz, Lebensbalance, Achtsamkeit sowie zum Humor. Anregungen für Leitlinien und Arbeitssitzungen zu den Themen Gesundheit, Kommunikation mit Schülerinnen und Schülern und gesundheitsförderliche Dialoge in der Schule sollen zudem die Umsetzung neuer Methoden im Schulalltag vereinfachen. (nh)

MATTHIAS LAUTERBACH, CHRISTIAN DRESSSEL: Gesund in der Schule, Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg, 2015, 128 Seiten, ISBN 978-3-8497-0059-1, 9,95 €

Freizeit- und Glücksspielverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener

Das Thema Glücksspiel, insbesondere um Geld und die damit einhergehenden Risiken stehen seit einigen Jahren immer wieder in der politischen und gesellschaftlichen Diskussion. Im genannten Buch werden aktuelle Forschungsgrundlagen diskutiert und die Ergebnisse einer Studie, bei der 14–30-Jährige online zu ihrem Spielverhalten sowie hinsichtlich ihres Freizeitverhaltens und ihrer Lebenswelt befragt wurden, dargestellt. Hierbei wurde das Ziel verfolgt, Anhaltspunkte für die Entwicklung wirksamer Präventionsansätze zu gewinnen. Insgesamt erhält man einen guten Einblick in die Thematik, der durch eine Vielzahl anschaulicher Grafiken unterstützt wird. Von besonderem Interesse sind hierbei die Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen Glücksspiel und der jeweiligen Lebenswelt und des Freizeitverhaltens der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, da hierzu bisher kaum Daten vorlagen. (ab)

HEINO STÖVER, OLIVER KAUL, ROGER KAUFFMANN: Freizeit- und Glücksspielverhalten Jugendlicher und junger Erwachsene. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2014, 115 Seiten, ISBN 978-3-7841-2686-9, 19,90 €

Körperökonomien

Vor dem Hintergrund der aktuellen Organspendeskandale beschäftigt sich der Sammelband mit dem Phänomen, den Körper als handelbare Ware oder Tauschobjekt zu betrachten. Verschiedene historische, kulturelle, gesellschaftliche und juristische Gegebenheiten haben einen Einfluss darauf, wie und als was der menschliche Körper wahrgenommen wird. Aus diesen unterschiedlichen Positionen werden Beiträge formuliert, die eine Auseinandersetzung mit dem Thema ohne eine moralische Argumentation zulassen. Den Lesenden kommt dabei die Aufgabe zu, selbst zu beurteilen, wie er die »Komodifikation« des Körpers als Ware im Marktgeschehen bewertet und welche Schlussfolgerungen er daraus zieht. (tm)

LEA SCHUMACHER, OLIVER DECKER (HRSG.): Körperökonomien – Der Körper im Zeitalter seiner Handelbarkeit. Psychozial-Verlag, 2014, 224 Seiten, ISBN 978-3-8379-2353-7, 24,90 €

Kultursensibilität im Krankenhaus

Das Buch greift zentrale Aspekte einer patientenorientierten gesundheitlichen Versorgung auf und stellt dabei kulturell bedingte Besonderheiten in den Vordergrund, die für den Erfolg der medizinischen Behandlung und den respektvollen Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Zuwanderungsgeschichte von Bedeutung sind. Konkret geht es um die Patientenaufnahme sowie das Entlassungsmanagement, um interkulturelle Kompetenz im Allgemeinen sowie im speziellen bei der Versorgung von muslimischen Frauen im Kontext der Frauenheilkunde. Weitere Kapitel des Sammelbandes beschreiben was Kultursensibilität für das Personalmanagement und die Planung von Gebäuden und Räumlichkeiten bedeutet. Das Buch richtet sich an Praktikerinnen und Praktiker, die im Krankenhaus oder im unmittelbaren Umfeld tätig sind, sowie an Entscheiderinnen und Entscheider in medizinischen und nichtmedizinischen Führungsfunktionen. (mw)

FAIZE BERGER (HRSG.): Kultursensibilität im Krankenhaus. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf, 2014, 131 Seiten, ISBN 978-3-942734-84-4, 29,90 €

Personales Gesundheitsmanagement: Das Praxisbuch für Personalverantwortliche, Führungskräfte und Trainer

Das Buch vermittelt facettenreich und aus unterschiedlichen Perspektiven die Umsetzung eines personalen Gesundheitsmanagements (PGM). Es beginnt mit einem ausführlichen und theoretisch fundierten Teil zu neun Paradigmenwechseln. Im zweiten Teil werden umfangreich und vielfältig Best-Practice-Beispiele zum personalen Gesundheitsmanagement beschrieben. Im dritten Teil findet sich ein großes Repertoire an Methoden für Organisationsentwicklung und Führung, für Einzel- und Teamarbeit sowie für persönliche Entlastung. Das Praxisbuch richtet sich an Verantwortliche für Personal und Personalentwicklung, Führungskräfte, Beratende sowie Trainerinnen und Trainer. (cb)

CLAUDIA HÄRTL-KASULKE: Personales Gesundheitsmanagement: Das Praxisbuch für Personalverantwortliche, Führungskräfte und Trainer. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2014, 384 Seiten, ISBN 978-3-407-36556-9, 39,95 €

Lebensraum Bett. Bettlägerige alte Menschen im Pflegealltag

Eine permanente und irreversible Bettlägerigkeit zählt zu den zentralen Herausforderungen der pflegerischen Versorgung. Die einzelnen Beiträge dieses Herausgeberbandes befassen sich perspektivreich mit dieser Situation. Sie beleuchten zum Beispiel, welche Auswirkungen Bettlägerigkeit auf Körper und Psyche hat und wie ein ganzheitlicher pflegerischer Umgang unter Rückgriff auf Verfahrensweisen, wie zum Beispiel Bewegungsförderung, räumliche Milieugestaltung, diverse therapeutische Ansätze und die Unterstützung sozialer Interaktion, realisiert werden kann. Der Fokus wird unter anderem auch auf die Bewältigung besonderer pflegerischer Aufgaben, etwa die Versorgung von Bewusstlosen, gerichtet. Das Buch spannt inhaltlich einen weiten Bogen und regt insbesondere Praktikerinnen und Praktiker zu einem reflektierten Umgang mit einer Gruppe von Pflegebedürftigen an, die aufgrund begrenzter Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit der Außenwelt leicht aus dem Blickfeld gerät. (mp)

GABRIELE SCHOLZ-WEINRICH, MICHAEL GRABER-DÜNOW (HRSG.): Lebensraum Bett. Bettlägerige alte Menschen im Pflegealltag. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2014, 189 Seiten, ISBN 978-3-89993-335-2, 29,95 €

Soziale Foto-Geschichten für Kinder mit Autismus. Visuelle Hilfen zur Vermittlung von Spiel, Emotion und Kommunikation

Sozial adäquates Verhalten zu verstehen und umzusetzen, kann für Menschen im Autismus-Spektrum eine Herausforderung darstellen. Die Darstellung typischer sozialer Beispielsituationen kann dabei ein Zugangsweg sein, um insbesondere Kinder im diesbezüglichen Kompetenzerwerb zu begleiten. In diesem Band werden solche Situationen anhand von Bildstrecken behandelt und aus lerntheoretischer Sicht für Fachkräfte des Bildungswesens erläutert. (ms)

JED BAKER: Soziale Foto-Geschichten für Kinder mit Autismus. Visuelle Hilfen zur Vermittlung von Spiel, Emotion und Kommunikation. Kohlhammer, Stuttgart, 2014, 185 Seiten, ISBN 978-3-17-024215-9, 49,99 €

Global Health – Gesundheit und Gerechtigkeit

Die Globalisierung hat weitreichende Auswirkungen auf unsere Gesundheit. Ihre Orientierung an Wirtschaftsinteressen trägt insbesondere zur Instandhaltung und Verstärkung der gesundheitlichen Ungleichheit bei. Neue Herausforderungen, wie die schnelle Ausbreitung von Infektionskrankheiten durch zunehmende Mobilität und die Verbreitung chronischer Krankheiten weltweit, erfordern neue Lösungsansätze. Der vorliegende Band greift diese Herausforderungen, aber auch die Chancen der Globalisierung auf und nennt die Notwendigkeit internationaler, politischer Zusammenarbeit als zentrale Lösungsstrategie, um gesundheitlicher Ungleichheit zu begegnen. Der Band vereint Expertise aus Lehre und Forschung, aus der Praxis internationaler Zusammenarbeit sowie aus nationalen und internationalen Organisationen mit Bezug zu Global Health und bietet einen profunden Einstieg in die Thematik. (ib)

OLIVER RAZUM, HAJO ZEEB, OLAF MÜLLER, ABRECHT JAHN (HRSG.): Global Health – Gesundheit und Gerechtigkeit. Hans Huber Verlag, Bern, 2014, 286 Seiten, ISBN 978-3-456-85434-2, 39,95 €

Delegation ärztlicher Leistungen an das Pflegepersonal

Mit Engpässen in der ärztlichen Versorgung spielt die Delegation ärztlicher Leistungen heutzutage eine immer größere Rolle. Dies bringt wiederum einige Fragen mit sich, was die Möglichkeiten und Risiken der Delegation betrifft. Müller und Schabbeck erörtern die Grundlagen der Haftung in strafrechtlicher und zivilrechtlicher Sicht, das Rechtssystem in der Krankenhausstruktur sowie die Frage der Haftung bei Delegation. Dabei spielt die Frage nach typischen Fehlerquellen eine besondere Rolle. Für juristische Laien ist diese komplexe Thematik nachvollziehbar aufbereitet und teilweise mit Beispielen unterlegt. Auch werden einige erprobte Delegationsmodelle und ein Leitfadens zur Umsetzung der Delegation ärztlicher Leistungen im Krankenhaus vorgestellt. (ib)

THORSTEN MÜLLER, JAN P. SCHABBECK: Delegation ärztlicher Leistungen an das Pflegepersonal. Möglichkeiten, Anforderungen und praktische Umsetzung. medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2014, 96 Seiten, ISBN 978-3-86216-180-5, 29,99 €

Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe

Das Lehrbuch bietet neben einer Einführung in Public Health eine übersichtliche Darstellung der Grundlagen von Wissenschaftlichkeit, Epidemiologie, Gesundheit und Krankheit, Gesundheitsförderung und Prävention, soziale Ungleichheit und über das deutsche Gesundheitssystem. Die Kapitel sind in sich geschlossene, strukturell ähnlich aufgebaute Einheiten, sodass es zugleich als Nachschlagewerk dienen kann. Zentrale Begriffe und Modelle werden kurz und präzise erläutert. Wo es sinnvoll erscheint, führen Illustrationen, ein geschichtlicher Abriss, die Nennung relevanter Institutionen sowie prominenter Studien / Kampagnen und praxisnahe Beispiele zu einem umfassenderen Verständnis. Das Lehrbuch erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, bietet aber durch weiterführende Literatur und einer Webseite zum Buch mit weiteren Materialien, Anregungen und Tipps zum Selbststudium. (tv)

DAVID KLEMPERER: Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Hans Huber Verlag, Bern, 2014, 392 Seiten, ISBN 978-3-456-85244-7, 29,95 €

Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt

Der Titel verspricht etwas anderes, als er hält. Es geht um psychische Erkrankungen und ihre Behandlung mit Fokus auf die psychotherapeutischen Handlungsfelder. Auch wenn die ressourcenorientierte Sicht und die Sicht auf gesunderhaltende Bedingungen nicht im Mittelpunkt stehen, so ist der Sammelband durchaus interessant. Aktuelle Zahlen zu psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Arbeit sowie Daten und Rahmenbedingungen der Arbeit im 21. Jahrhundert geben einen guten Überblick über psychische Erkrankungen und Arbeit. Dem Beitrag der Arbeitswelt zur Prävention psychischer Erkrankungen ist ein eigenes Kapitel gewidmet. (nh)

JOHANNES KLEIN-HESSLING, DOMINIK KRAUSE (HRSG.): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt, medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2014, 252 Seiten, ISBN 978-3-86224-019-7, 54,99 €

Jahrbuch Gendergesundheit 2014 Gesellschaft, Versorgung & Arbeit

Im Kontext der Versorgung ist das deutsche Gesundheitswesen weiblich geprägt. Die pflegerische sowie medizinische Versorgung wird zukünftig immer mehr von Frauen übernommen. Trotz dessen obliegt nach wie vor die Entscheidungshoheit in Politik, Forschung und Verwaltung dem männlichen Geschlecht. Eine Differenzierung nach Geschlecht ist jedoch unumgänglich, da sich die männliche und weibliche Gesundheit signifikant voneinander unterscheidet. Zukünftig bedarf es beispielsweise der Integration neuer Arbeitszeitmodelle, um Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren. In dem Jahrbuch werden die unterschiedlichen Zugänge und Versorgungsnotwendigkeiten beider Geschlechter betrachtet, um eine zielgenaue Versorgungseffizienz zu erreichen. Das Jahrbuch Gendergesundheit soll ergänzend zum Bundeskongress Gender-Gesundheit eine kontinuierliche Plattform für den interdisziplinären Austausch bieten. (er)

CLARISSA KURSCHIED, MARTINA KLOEPFER, ALBRECHT KLOEPFER (HRSG.): Jahrbuch Gendergesundheit 2014 – Gesellschaft, Versorgung & Arbeit, medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg, 2014, 193 Seiten, ISBN 978-3-86216-149-2, 49,99 €

Das Hebammenbuch

Die Entbindungspflege ist zurzeit in starkem Wandel begriffen. Die Ausbildung in der Entbindungspflege verlagert sich mehr und mehr von den Berufsfachschulen in die Hochschulen. Hier ist ein Lehrbuch entstanden, das von Hebammen für Hebammen und Geburtshelfer geschrieben wurde, bei der Erstauflage 1995 noch ein Novum. Das Lehrbuch bindet traditionell gewachsenes Hebammenwissen mit klinischen Erfahrungen und neuesten fachlichen Erkenntnissen zusammen. Das geburts-hilfliche Wissen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett steht im Mittelpunkt. Das Qualitätsmanagement ist in der sechsten Auflage neu dazugekommen. Am Ende jedes Kapitels sind die Lernziele zum Überprüfen formuliert. (us)

CHRISTINE MÄNDLE, SONJA OPITZ-KREUTER (HRSG.): Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. 6. Auflage, Schattauer Verlag, Stuttgart, 2015, 1274 Seiten, ISBN 978-3-7945-6793-5, 99,99 €

Krankenhausreport 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel

Der Krankenhausreport 2015, des Wissenschaftlichen Instituts der AOK fokussiert den Themenschwerpunkt Strukturwandel in der deutschen Krankheitslandschaft. Nach der Umstellung der Leistungsvergütung auf ein fallpauschalisiertes System sind mittlerweile geeignete Strukturen gefragt, um auch zukünftig eine bedarfsgerechte stationäre Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Mit der DRG-Einführung wurde die Leistungstransparenz erhöht und die Produktivität der Krankenhäuser gesteigert. Der erwartete Strukturwandel ist jedoch weitgehend ausgeblieben. Vor diesem Hintergrund werden in dem Krankenhausreport die aktuelle Ausgangslage, Entwicklungstendenzen sowie Problemfelder skizziert. Der Report bietet eine solide Diskussions- und Handlungsgrundlage für Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens. (er)

JÜRGEN KLAUBER, MAX GERAEDTS, JÖRG FRIEDRICH UND JÜRGEN WASEM (HRSG.): Krankenhausreport 2015, Schwerpunkt: Strukturwandel. Schattauer, Stuttgart, 2015, 540 Seiten, ISBN 978-3-7945-3091-5, 54,99 €

Gesundheitsselfhilfe im Wandel

Die Selbsthilfe hat sich mittlerweile als eine wichtige Säule im Gesundheitswesen etabliert. Besonders bei Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder psychischen Problemen leistet die gesundheitsbezogene Selbsthilfe einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitserhaltung. In diesem Band geht es um den Wandel der Selbsthilfe und deren aktuelle Gestaltung in der Praxis. Um das Thema auch in Zukunft erfolgreich umzusetzen, werden verschiedene Ansatzpunkte diskutiert. Unter anderem werden Beispiele zur Qualitätssicherung und Beratung der Betroffenen im Versorgungssystem vorgestellt. Bestandteil des Bandes sind außerdem praktische Einblicke in die Selbsthilfearbeit sowie Erfahrungsberichte aus eigener Hand. Die Vielfalt der Selbsthilfe wird deutlich, ebenso die Schwierigkeit, als Bindeglied zwischen Betroffenen, Fachleuten und Politik zu fungieren. (ns)

MARTIN DANNER, RÜDIGER MEIERJÜRGEN: Gesundheitsselfhilfe im Wandel, Themen und Kontroversen. Nomos Verlag, 2015, 233 Seiten, ISBN 978-3-8487-1210-6, 44,00 €

Sozialkapital und gesundheitliche Ungleichheit

Susanne Hartung widmet sich in ihrem Buch der Untersuchung von elterlichen Sozialbeziehungen und ihrem potenziell unterstützenden Effekt für eine gelingende Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Dem Buch liegt die analytische Frage zugrunde, inwiefern das in den Gesundheitswissenschaften verwendete Sozialkapitalkonzept im Rahmen schulischer Gesundheitsförderung fruchtbar gemacht werden kann. Der Gegenstandsbereich Gesundheitsförderung im Setting Schule wird mit der Analyse des Sozialkapitals von Eltern verbunden. Dabei liegt der Fokus nicht auf den Eltern als Sozialkapital von Kindern, sondern tatsächlich auf dem Sozialkapital der Eltern selbst. Zielgruppen sind Dozentinnen und Dozenten, Studentinnen und Studenten sowie Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung und der Schulentwicklung. (jk)

SUSANNE HARTUNG: Sozialkapital und gesundheitliche Ungleichheit. Analyse des elterlichen Sozialkapitals in der schulischen Gesundheitsförderung. Springer VS Verlag, Wiesbaden, 2014, 275 Seiten, ISBN 978-3-658-04869-3, 49,99 €

Jugend im Blick – Gesellschaftliche Konstruktionen und pädagogische Zugänge

Fischer und Lutz definieren in ihrem Buch Jugend zunächst allgemein als Beginn der Strafmündigkeit, die Zeit zwischen der Kindheit und dem Erwachsensein. Sie beschreiben die Lebenslage Jugend als enorm vielschichtig, heterogen und schwer fass- und messbar. Das Buch behandelt, was der Begriff der Jugend umfasst, wie man Zugang zu dieser Gruppe bekommen kann, welche Benachteiligung und Ambivalenzen in der Jugend vorliegen und welche Herausforderungen der Umgang mit dieser heterogenen Lebenslage mit sich bringt. Der Fokus legen die Autoren auf die Diskussion zielgenauer Konzepte für die pädagogische und sozialarbeiterische Praxis. Das Buch eignet sich für Interessierte aus pädagogischer und sozialarbeiterischer Wissenschaft und Praxis. (nh)

JÖRG FISCHER, RONALD LUTZ: Jugend im Blick – Gesellschaftliche Konstruktionen und pädagogische Zugänge; Beltz Juventa 2015, 326 Seiten, ISBN 978-3-7799-3236-9, 34,95 €



Informationsorientierte Kommunikationsmodi zwischen Massen- und interpersonaler Kommunikation

In dem aus einer Dissertation hervorgegangenen Band wird der Frage nachgegangen, ob unterschiedliche Informationsbedürfnisse mit unterschiedlichen Kommunikationsmodi zwischen Massen- und interpersonaler Kommunikation verbunden sind. Die Untersuchung verknüpft dabei zwei Aspekte kommunikationswissenschaftlichen Erkenntnisinteresses: Zum einen die Differenzierung von Kommunikationssituationen zwischen den konzeptionellen Ansätzen von Massen- und interpersonaler Kommunikation, zum anderen die, laut Autor, erstmalig empirische Konkretisierung des Konzepts der Kommunikationsmodi. Dabei werden vier Modi identifiziert: Öffentliche Expertenkommunikation, journalistische Massenkommunikation, persönliche Kommunikation sowie private Expertenkommunikation. Diese Modi werden als Möglichkeit aufgefasst, Kommunikationssituationen in verschiedenen Medienumgebungen zukünftig systematisch unterscheidbar zu machen. (ms)

SASCHA HÖLIG: Informationsorientierte Kommunikationsmodi zwischen Massen- und interpersonaler Kommunikation. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2015, 281 Seiten, ISBN 978-3-8487-1814-6, 49,00 €

Termine LVG & AFS

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



Veranstaltungsreihe Argumente für Gesundheit 2015: Gute Arbeit für die Seele – Herausforderungen und Perspektiven von Prävention bis Rehabilitation

15. Juli, 14. September und 30. September 2015, Hannover

In dieser Reihe wollen wir uns aus unterschiedlichen Perspektiven der Wirtschaft, Politik und Gesellschaft mit dem Zusammenhang von »Arbeit und seelischer Gesundheit« befassen. Gute Arbeitsbedingungen sind unabdingbar für den Erhalt der seelischen Gesundheit und auch die schnelle Wiedereingliederung von arbeitslosen Menschen ins Arbeitsleben sollte optimal vorbereitet und begleitet werden.

Kindergesundheit weiter gedacht

08. Juli 2015, Hannover

Wir alle wünschen uns, dass unsere Kinder gesund aufwachsen. Obwohl es der Mehrzahl der Kinder in Deutschland gut geht, nehmen Verhaltensauffälligkeiten und chronische Krankheitsbilder zu. Diese Veranstaltung möchte klären, wie mit aktiver Beteiligung der Kinder und der verschiedensten Akteurinnen und Akteure (Medizin und Pädagogik) gesundheitsförderliche Prozesse angeregt werden können.

Spieglein, Spieglein an der Wand – wer ist die Schönste im ganzen Land?

Trend weibliche Körperoptimierung

28. Fachtagung des Netzwerkes Frauen / Mädchen und
Gesundheit Niedersachsen

03. September 2015, Hannover

Schlank, schön, leistungsfähig und erfolgreich – rundum perfekt – so sollen und wollen (?) Mädchen und Frauen heute sein. Kopf und Körper scheinen optimierbar durch Schönheitsoperationen, Diäten und Pillen für die geistige Leistungsfähigkeit. Wer oder was bestimmt das Schönheitsideal von Frauen? Was treibt Frauen an auf dem absurden Weg zur Normierung und Körperinszenierung? Welche Rolle spielen Medien und Fitness-Apps? Wie kommen wir zu einem selbstbestimmten Umgang mit unserem Körper? Was können Fachkräfte, die mit Mädchen oder Frauen arbeiten, tun?



22. Robert-Koch-Tagung

10.–11. September 2015, Hannover

Die traditionelle Fachtagung beschäftigt sich mit relevanten Themen für die Gesundheitsämter, wie Kinder- und Jugendgesundheit, Psychiatrie, Gutachtenwesen, Trinkwasser/ Umweltmedizin und Infektionsschutz. Sie ist eine Kooperationsveranstaltung mit dem Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V., dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

20 Jahre Arbeitskreis Alter(n) und Gesundheit Niedersachsen

15. September 2015, Hannover

Im Jahr 2015 feiert der niedersächsische Arbeitskreis Alter(n) und Gesundheit sein 20jähriges Bestehen. Im Rahmen dieser Jubiläumsveranstaltung soll reflektiert werden, welche Themenfelder der Arbeitskreis in den letzten 20 Jahren erörtert und begleitet hat. Beiträge verschiedener Arbeitskreismitglieder sollen zudem die Vielfalt und Dynamik dieses vor dem Hintergrund des demografischen Wandels immer bedeutsam werdenden Felds transparent machen und zur Mitarbeit motivieren.

8. Aktionstag Seelische Gesundheit

05. Oktober 2015, Hildesheim

Unter dem Titel »Findet die Psychiatrie den richtigen Weg? Fachlich-ethische Grundwerte als Orientierungshilfen im Arbeitsalltag« findet der diesjährige Aktionstag seelische Gesundheit statt. In verschiedenen Workshops werden Lösungswege und ethische Aspekte, Grenzen und Möglichkeiten zu aktuellen Themen diskutiert.

VORSCHAU

Fachtagung Gesundheitsregionen Niedersachsen

09. Oktober 2015, Hannover

GLL-Berufsschulung

12. Oktober 2015, Hannover

So kann's gehen – Tagespflege als Bestandteil eines vernetzten ambulanten Versorgungssystems

14. Oktober 2015, Hannover

20 Jahre Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen

29. Oktober 2015, Berlin

Gesundheitswirtschaftstagung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

02. November 2015, Hannover

Arbeit und Gesundheit in der Landesverwaltung – Kongress des Niedersächsischen Innenministeriums

05. November 2015, Hannover

Lebensfäden loslassen – Sterbekultur in der stationären Altenpflege

10. November 2015, Hannover

XXV. Niedersächsische Suchtkonferenz

11. November 2015, Hannover

SOPHIA-Tagung

12. November 2015, Hannover

Netzwerk Kita-Jahrestagung

16. November 2015, Hannover

Jungen- und Männergesundheit in Niedersachsen

17. November 2015, Hannover

Ein Alltag mit Schluckstörung?! – Herausforderungen und Lösungsansätze

18. November 2015, Hannover

Hospiz- und Palliativ-Versorgung in Niedersachsen

23. November 2015, Hannover

Jahrestagung Landesagentur Generationendialog Niedersachsen

24. November 2015, Hannover

Aufblühen in Natur und Garten – gartentherapeutische Beschäftigungsangebote

26. November 2015, Hannover

Entflammt statt ausgebrannt – Psychische Belastungen verstehen und Mitarbeitende fördern

30. November 2015, Hannover



Fortbildungsprogramm CAREalisieren

Auch im zweiten Halbjahr 2015 wird es weitere interessante Fortbildungsangebote mit unterschiedlichen Schwerpunkten für Führungskräfte und Beschäftigte in der Krankenpflege, Altenpflege und -betreuung sowie Koordination geben. Mit dem Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger und der Ausweitung von Leistungen im PflegeVG wird in den nächsten Jahren auch der Bedarf an Betreuungs- und Unterstützungsleistungen kontinuierlich zunehmen. Entsprechende Angebote für Pflegebedürftige, sowie präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen für alle Beteiligten gewinnen vor diesem Hintergrund ebenso an Bedeutung, wie die Notwendigkeit zur Qualitätssicherung und Anwendung innovativer Konzepte. Angesichts knapper Ressourcen gilt es, die Selbstständigkeit älterer Menschen so lange wie möglich zu erhalten, aber auch die Leistungen der Pflegenden zu unterstützen, um sowohl Angehörige als auch professionell Pflegenden vor Überlastung zu schützen.

»Wie kann's gehen?« – ist die zentrale Frage im zweiten Halbjahr des CAREalisieren-Fortbildungsprogramms 2015.

Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) – Handlungsanleitung und Implementierungsstrategie ... wie geht es weiter!?

07. September, Hannover (Anmeldeschluss 07. August 2015)

Aufbau Niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote Eine Aufgabe für Profis

08. September, Hannover (Anmeldeschluss 24. August 2015)

Gemeinsam Demenz begegnen - Einführung in die Koordination eines FIDEM Netzwerkes

15. September, Hannover (Anmeldeschluss 01. September 2015)

Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote vor dem Hintergrund des Pflegestärkungsgesetzes 1

29. September 2015, Hannover (Anmeldeschluss 11. September 2015)

NIEDERACHSEN

04.07.2015 » Inklusion fordert uns heraus! Gemeinsam leben – gemeinsam lernen, Weyhe, Kontakt: Gemeinsam leben – gemeinsam lernen Niedersachsen e. V., E-Mail: gemeinsamleben.nds@gmail.com, Internet: www.gemeinsamleben-niedersachsen.de

09.07.2015 » Frauen im Rechtsextremismus, Göttingen, Kontakt: Göttinger Institut für Demokratieforschung, Tel.: (0 53 61) 8 91 30 50, E-Mail: info@rechtfrauen.de, Internet: www.demokratie-goettingen.de

21.07.2015 » S.O.S. – Save Our System! Das Suchthilfe-System im Survival Modus?, Hannover, Kontakt: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Tel.: (05 11) 6 26 26 60, Internet: www.nls-online.de

09.10.2015 » 3. Osnabrücker Gesundheitsforum: Patientensicherheit, Risikomanagement und Qualitätssicherung – Neuer Wein in alten Schläuchen?, Osnabrück, Kontakt: Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Marianne Moß, Tel.: (05 41) 9 69 22 21, E-Mail: moss@wi.hs-osnabrueck.de, Internet: www.hs-osnabrueck.de

09.–10.09.2015 » Funktionieren und gestalten, 12. Niedersächsisches Symposium für Pflegeberufe in den Funktionsdiensten, Braunschweig, Kontakt: Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheitspflege GmbH, Tel.: (05 31) 12 99 90, E-Mail: info@bsg-kongresse.de, Internet: www.bsg-kongresse.de

29.–30.09.2015 » 4. Fachtagung des Netzwerkes Gender in Arbeit und Gesundheit: Standortbestimmung & Perspektiven, Hannover, Kontakt: Leibniz Universität Hannover, Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft, Tel.: (05 11) 7 62 81 36, E-Mail: nadine.pieck@wa.uni-hannover.de, Internet: www.wa.uni-hannover.de

BUNDESWEIT

06.07.2015 » Gesundheitsförderung in der Kommune: 10 Jahre BIG, Erlangen, Kontakt: BIG-Projekt, Institut für Sportwissenschaft und Sport, Andrea Wolff, Tel.: (0 91 31) 8 52 50 11, E-Mail: andrea.wolff@sport.uni-erlangen.de, Internet: www.big-projekt.de

08.07.2015 » Dialogforum »Gesundheit und Pflege«, Berlin, Kontakt: Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement, Lisa Schönsee, Tel.: (0 30) 62 98 01 06, E-Mail: lisa.schoensee@b-b-e.de, Internet: www.b-b-e.de

20.07.2015 » Generationendialog – Mehrgenerationenhäuser als Chance im Quartier, Bad Boll, Kontakt: Evangelische Akademie Bad Boll, Ramona Böld, Tel.: (0 71 64) 7 93 47, E-Mail: romona.boeld@ev-akademie-boll.de, Internet: www.ev-akademie-boll.de

02.–05.09.2015 » 111. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, München, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Tel.: (06 41) 98 54 34 11, E-Mail: dgkj2015@paediat.med.uni-giessen.de, Internet: www.dgkj2015.de

07.–11.09.2015 » Caring about Care. The Concept of Care in Health Care. A Comparison of Germany and the Netherlands, Freiburg, Kontakt: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Tel.: (07 61) 2 03 50 44, E-Mail: care2015@egm.uni-freiburg.de, Internet: www.igm.uni-freiburg.de

09.09.2015 » IN FORM Symposium: »Gesunder und aktiver Lebensstil – ein Beitrag zur Prävention von Demenz?«, Berlin, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Tel.: (02 28) 3 77 68 60, E-Mail: info@fitimalter-dge.de, Internet: www.fitimalter-dge.de

15.09.2015 » Resilienz auf der Spur. Geschlechtsbezogene Schutzfaktoren bei Mädchen und Jungen, Duisburg, Kontakt: Fachstelle Gender NRW, Tel.: (02 01) 1 85 08 80, E-Mail: fachstelle@gender-nrw.de, Internet: www.gender-nrw.de

17.09.2015 » Gesundheitsförderung mit älteren und für ältere Menschen – Gesundheitsförderung und Demenz, Düsseldorf, Kontakt: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Tel.: (05 21) 8 00 70, E-Mail: veranstaltungsmanagement@lzg.nrw.de, Internet: www.lzg.nrw.de

17.–18.09.2015 » Lebensorte. Raum als Kontext des Alterns, Mannheim, Kontakt: Aey Congress GmbH, Tel.: (0 30) 29 00 65 94, E-Mail: dggg-ft2015@aey-congresse.de, Internet: www.dggg-ft2015.aey-congresse.de

18.–19.09.2015 » Arbeit jenseits der Rentengrenze – Zwischen »Entpflichtung« und »Unruhestand«, Bremen, Kontakt: Sektion Alter(n) und Gesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, Harald Künemund, Tel.: (0 44 41) 1 56 08, E-Mail: harald.kuenemund@uni-vechta.de, Internet: www.sektion-altern.de

21.–22.09.2015 » Prävention gestern, heute, morgen – eine Zeitreise. Psychosoziale Gesundheit von Kindern fördern, Wiesbaden, Kontakt: Papilio e. V., Tel.: (08 21) 44 80 56 71, E-Mail: info@papilio.de, Internet: www.papilio.de

23.09.2015 » Engagiert im Katastrophenschutz – Impulse für ein zukunftsfähiges Freiwilligenmanagement, Berlin, Kontakt: Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement, Hans-Georg Feldbauer, Tel.: (0 30) 62 98 01 08, E-Mail: hans.feldbauer@b-b-e.de, Internet: www.inka-sicherheitsforschung.de

23.–25.09.2015 » Daten gewinnen, Wissen nutzen für die Praxis von Prävention und Versorgung, Regensburg, Kontakt: Universität Regensburg Medizinische Soziologie, Tel.: (09 41) 9 44 52 34, E-Mail: contact@regensburg2015.de, Internet: www.regensburg2015.de

30.09.2015 » Da geht noch was ...! Pflegebedürftigkeit hinauschieben, Lübeck, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V., Tel.: (04 31) 9 42 94, E-Mail: gesundheit@lvvgfsh.de, Internet: www.lvvgfsh.de

30.09.–02.10.2015 » 10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie »Epidemiologie als innovatives Fachgebiet – Status und Perspektiven«, Potsdam, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie, Tel.: (0 41 01) 85 23 50, Internet: www.dgepi2015.de

01.–02.10.2015 » Bilanz und Perspektiven der Resilienzforschung, Freiburg, Kontakt: Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg e. V., Ute Breit und Lisa Klingelhöfer, Tel.: (07 61) 4 78 12 42, E-Mail: Resilienztagung2015@eh-freiburg.de, Internet: www.eh-freiburg.de

02.10.2015 » 10. Fachtagung »Gesund aufwachsen«, Dresden, Kontakt: Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V., Tel.: (03 51) 5 63 55 23, E-Mail: post@slfg.de, Internet: www.slfg.de

09.–10.10.2015 » Kindliche Sexualität – Zwischen sexueller Bildung und Schutz vor Missbrauch, Erfurt, Kontakt: Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e. V., Tel.: (0 30) 28 59 99 70, E-Mail: post@liga-kind.de, Internet: www.liga-kind.de

INTERNATIONAL

26.08.2015 » Arbeit und psychische Gesundheit – Herausforderungen und Lösungsansätze, Zürich (Schweiz), Kontakt: Gesundheitsförderung Schweiz, Tel.: (00 41) 3 13 50 04 04, E-Mail: office.bern@promotionsante.ch, Internet: www.gesundheitsfoerderung.ch

03.–06.09.2015 » 6th International Carers Conference: Care and Caring: Future proofing the new demographics, Göteborg (Schweden), Kontakt: Neil Stewart Associate, Tel.: (00 46) 20 73 24 43 30, E-Mail: info@neilstewartassociates.co.uk, Internet: www.neilstewartassociates.com

05.–08.09.2015 » 7. ESPEN Congress 2015 »Healthy life through nutrition«, Lissabon (Portugal), Kontakt: ESPEN – The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, Tel.: (00 41) 2 23 39 95 80, E-Mail: espen2015@mci-group.com, Internet: www.espen.org/lisbon

10.–11.09.2015 » Health Universities: Bildung und Versorgung zusammenführen, Winterthur (Schweiz), Kontakt: Zürcher Hochschule für Hochschulverbund ZHAW Departement Gesundheit, Tel.: (00 41) 6 18 36 98 78, E-Mail: registration@organizers.ch, Internet: <https://hoge3.organizers-congress.org/>

10.–12.09.2015 » 9. DTPPP-Kongress: Lebenszeiten und Migration, Münsterlingen (Schweiz), Kontakt: CE-Management, Mag. Yasmin B. Haunold, E-Mail: office@ce-management.com, Tel.: (00 43) 6 99 10 43 00 38, Internet: www.ce-management.com