

Aktivierung depressiver alter Menschen

Sozialpädagogische Intervention in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik

Antonia Scheib

Zusammenfassung

Das Ziel von sozialpädagogischen Interventionen in der Arbeit mit gerontopsychiatrischen Patienten und Patientinnen mit der Diagnose Depression ist es, die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen und dazu beizutragen, ihren psychischen und auch physischen Gesundheitszustand zu verbessern beziehungsweise zu stabilisieren. Die Interventionen werden dann erfolgreich sein, wenn multiple Indikatoren berücksichtigt werden.

Abstract

The intention of therapeutical work with gerontopsychiatric persons diagnosed as suffering from depression is to increase the quality of their lives and also to improve, respectively to stabilize their physical and psychic health status. The interventions will be successful if multiple indicators are considered.

Schlüsselwörter

alter Mensch – Depression – Therapie – Sozialpädagogik – teilstationär – Gerontopsychiatrie

Einführung

Erfolgreiche aktivierende Interventionen in der Arbeit mit depressiven alten Menschen im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung in einer Tagesklinik basieren auf der Berücksichtigung multipler patientenbezogener und infrastruktureller Faktoren. Gerade bei diesem Personenkreis häufen sich soziale Belastungsfaktoren wie soziale Isolation und Inaktivität. Neben den persönlichen Voraussetzungen zur Umsetzung (körperliche, seelische und geistige Fähigkeiten und Einschränkungen, finanzielle Möglichkeiten, Unterstützung durch Angehörige) sind die reale Mobilität der Patienten und Patientinnen und die Angebote vor Ort zu berücksichtigen. Ein wichtiger Indikator für das Integrieren von Aktivitäten in den Alltag ist, dem Patienten, der Patientin durch eigenes Erleben der Angebote und den damit verbundenen positiven Gefühlen die Wirkung und somit Sinnhaftigkeit der Interventionen zu vermitteln. Es empfiehlt sich, die Aktivitäten bereits während der teilstationären Behandlung im Rahmen von Belastungserprobungen durchzuführen. Die weitere Beibehaltung der Aktivitäten auch in der Zeit nach der Entlassung trägt zu einer Stabilisie-

rung des psychischen Gesundheitszustandes der Patienten und Patientinnen bei, wirkt Vereinsamungstendenzen entgegen und erhöht die subjektiv erlebte Lebenszufriedenheit. Dies wird durch die sich aus den Aktivitäten ergebenden Sozialkontakte, die Strukturierung des Alltags und die dadurch erreichbare Verbesserung des Selbstbildes der Patienten und Patientinnen erreicht. Die Erfahrungswerte basieren auf der langjährigen sozialpädagogischen Arbeit in der Altentagesklinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim.

Sozialanamnese

Die Grundlage der aktivierenden, sozialpädagogischen Interventionen bildet die Sozialanamnese, die zum Zeitpunkt der Aufnahme der Patientinnen und Patienten in die Altentagesklinik erhoben wird. Diese Daten bilden die Basis für die Interventionen, die im Laufe der Behandlung durchgeführt werden. Anhand mehrerer Gespräche werden Informationen hinsichtlich der früheren und aktuellen Interessen, der aktuellen Sozialstruktur (Familie, Freunde, Bekannte), der innerfamiliären Situation und auch der finanziellen Möglichkeiten gesammelt. Darüber hinaus werden die Freizeitaktivitäten (aktuell und vor der Erkrankung) sowie die infrastrukturellen Rahmenbedingungen im Lebensumfeld der Betroffenen erhoben. Weitere Aspekte, die die Sozialanamnese komplettieren, sind die körperliche Beweglichkeit (selbstständig oder nur mit fremder Hilfe mobil) und sonstige somatische Einschränkungen neben der seelischen und geistigen Befindlichkeit. Im Rahmen des interdisziplinären Austausches werden die multiplen Daten gesammelt und im Behandlungsverlauf immer wieder modifiziert.

Die Biographie, die aktuellen Lebensumstände und die gegebenen persönlichen Ressourcen, sowie die Kenntnis der realen, wohnortnahen Angebote, sind wichtige Informationsgrundlagen. Nur wenn die Individualität der Betroffenen berücksichtigt wird, können realistische, Erfolg versprechende sozialpädagogische Interventionen geplant werden, deren Durchführung nach deren Entlassung akzeptiert und somit integriert wird. Nur dann, nach der Integration in den nachstationären Alltag, ist die Intervention als erfolgreich zu bezeichnen. Eine „Intervention von der Stange“, die den Patienten und Patientinnen aufgepfropft wird, von der sie nicht überzeugt sind, führt häufig zu einem Abbruch oder Boykott.

Das Einbinden der Biographie darf nicht außer Acht gelassen werden, denn die Patienten bringen einen individuellen Erfahrungsschatz mit. Gerade Frauen im hohen Lebensalter durchlebten oft eine so-

nannte „Normalbiographie“ (Basisschulbildung, kurze Berufstätigkeit, Ehe, Kinder, Hausfrauentätigkeit). Dass es diesen Frauen, die außerfamiliäre Kontakte nur reduziert beziehungsweise auf Distanz pflegten, schwer fällt, im hohen Alter „dem Müßiggang zu frönen“ und „neue Freundschaften begründen zu sollen“, ist nachvollziehbar. Allein schon der Gedanke, ihre freie Zeit mit „sinnlosen Dingen zu ihrem Vergnügen zu verbringen“, empfinden viele dieser Frauen als unakzeptabel und nicht erstrebenswert. „Leben heißt arbeiten und wer nicht mehr arbeitet ist nutzlos“, diese Überzeugung ist noch immer in vielen Köpfen verankert. Einfach nur in einer Seniorentagesstätte Kaffee trinken? Das ist oft nur schwer vermittelbar und stellt eine Herausforderung für die Sozialpädagogin, für den Sozialpädagogen und im Einzelfall für die Angehörigen dar.

Bewährtes reaktivieren – Neues anregen

Ein Faktor, der für Lebenszufriedenheit und seelische Gesundheit im Alter wichtig ist, sind Sozialkontakte. So berichtet eine Reihe von Patientinnen und Patienten von Sozialkontakten und Freizeitaktivitäten, die sie in früheren, seelisch gesunden Jahren pflegten. Diese im Rahmen der biographischen Gespräche erhobenen Interessen müssen im sensiblen Gespräch hinsichtlich ihrer Praktikabilität in der Gegenwart modifiziert werden. Es ist zu berücksichtigen, dass viele langjährige Sozialkontakte durch Krankheit und Tod im Familien- und Freundeskreis nur noch eingeschränkt gelebt werden können. Der Trauer über diese Verluste sollte im Rahmen der Gespräche Raum gegeben werden.

Durch das Nachlassen der Fähigkeiten und Fertigkeiten infolge von Alter und Erkrankung sind darüber hinaus viele Freizeitaktivitäten, die einmal gern wahrgenommen wurden, wie zum Beispiel wandern, lesen oder handarbeiten, nicht mehr möglich. Schwerpunkt der Empfehlungen sollte in erster Linie immer die Reaktivierung früherer sozialer Aktivitäten sein, sofern diese noch durchführbar sind. Alte Bekanntschaften wieder aufzunehmen, an frühere Kontakte anzuknüpfen, an brachliegenden Vereinsaktivitäten wieder anzusetzen, ist häufig einfacher als sich in völlig neue Sozialgefüge zu integrieren.

Im Rahmen der Gespräche sollte gemeinsam mit den Klienten und Klientinnen über neue Strategien zur Pflege der möglicherweise brachliegenden Kontakte nachgedacht werden. Vielleicht kann ein Hol- und Bringendienst helfen, den langjährigen Kontakt mit einer in der gleichen Stadt lebenden Freundin, einem Freund aufrechtzuerhalten, selbst wenn beide Personen körperlich nicht mehr in der Lage sind,

öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Vielleicht können noch mobile Freunde die mittlerweile immobilen besuchen. Regelmäßige Telefonkontakte ermöglichen es, sozialer Isolation entgegenzuwirken. Hier zeigt der Beratungsalltag, dass sich viele Patientinnen und Patienten eher passiv verhalten und auf Anrufe warten, anstatt selbst einmal anzurufen.

Angebote der Altenhilfe

Eine wichtige Komponente bei der Planung sozialpädagogischer Interventionen ist die Kenntnis der infrastrukturellen Rahmenbedingungen, das heißt, ob sich in räumlicher Nähe zum Beispiel eine Seniorentagesstätte befindet und ob diese mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar ist. Die Fachkraft muss hier realistische Wegstrecken für die individuelle Person zugrunde legen. Optimal wäre eine Wegbegleitung durch Angehörige oder eine Fachkraft und damit ein realistisches Abschätzen der Umsetzbarkeit. Schon eine Strecke von 500 Metern zur nächsten Bahn kann zu weit sein.

In Mannheim besteht ein flächendeckendes Stadtteilangebot an Seniorentagesstätten. Die Treffs haben in der Regel werktags bis zu fünfmal in der Woche in den Zeiten von 14 bis 17 Uhr geöffnet. In den letzten Jahren werden die Angebote zunehmend von Laien durchgeführt und die Öffnungszeiten reduziert. Es kommt auch vor, dass eine Fachkraft zwei Tagesstätten betreut. Negativ ist, dass viele Tagesstätten eine lange Sommerpause einplanen, so dass häufig keine Veranstaltung während eines ganzen Sommermonats stattfindet. Diese Entwicklungen tragen nicht dazu bei, Menschen, die besonderer Aufmerksamkeit und Fürsorge bedürfen, guten Gewissens in diese Einrichtungen zu vermitteln.

Einige Patienten und Patientinnen fühlen sich, besonders wenn sie geistig noch sehr rege oder gar in jüngerem Lebensalter sind, zu „jung“ für die Seniorentagesstätte. Leider ist die Besucherstruktur vieler dieser in den Stadtteilen angesiedelten Treffs in der Tat durch Hochbetagte geprägt, und in dieser Altersgruppe zumeist durch Frauen. Dies erschwert oft, gerade männlichen Patienten ein geeignetes Angebot zu machen. Auch äußern einige Patientinnen, dass es sie langweilt, „nur Kaffee zu trinken“. Tatsache ist, dass sich die Angebote der Seniorentagesstätten einerseits nach den Möglichkeiten der zunehmend ehrenamtlich tätigen Leitung vor Ort sowie an den erkennbaren Interessen der Besuchenden orientieren. Es fällt auf, dass sich die Bevölkerungsstruktur auch in den Inhalten der Beschäftigungsangebote der Tagesstätten widerspiegelt. In Stadtteilen in denen Bewohnerinnen und Bewohner mit höhe-

rem Bildungsniveau leben, werden auch anspruchsvollere Inhalte (Umgang mit Computern, Internet, Fremdsprachen) geboten und wahrgenommen. Von einem Mitspracherecht hinsichtlich der Veranstaltungsinhalte machen die Seniorinnen und Senioren kaum Gebrauch. Die vorhandenen Angebote werden entweder konsumiert oder die Besuche der Tagesstätten eingestellt. Mitgestaltung ist kein Thema.

Kirchliche Angebote für Seniorinnen und Senioren laufen meist in einer zeitlich lockeren Frequenz. Häufig sind sie jahreszeitlich festgelegt. So findet zum Beispiel ein „Senioren-Weihnachtskaffee“ oder ein Treffen im Rahmen des Kirchenbasars statt. Manche Gemeinden bieten derzeit aus personellen Gründen keine Gruppenangebote mehr an. Somit ist oftmals der Besuch des Gottesdienstes die einzige Möglichkeit, um wenigstens ein Zugehörigkeitsgefühl zur Gemeinde zu erreichen. Persönliche Kommunikation findet hier nur selten statt, aber die Teilnahme ermöglicht eine basale Strukturierung des Wochenverlaufs. Die Bindung an Religionsgemeinschaften sollte nicht unterschätzt werden. Die Frage nach „Glauben und Kirche“ sollte auf jeden Fall in der Sozialanamnese Raum haben.

Die Reintegration in Vereinsaktivitäten hat sich bewährt. Durch das gemeinsame Interesse gibt es Gesprächsstoff. Insbesondere Chöre zeichnen sich als mitgliederbindende Aktivitäten aus (Singen, Vorstandstreffen, Sozialkontakte der Chormitglieder untereinander). Mitgliedschaften zu Sportvereinen werden mit zunehmendem Alter eher passiv gepflegt, da die körperlichen Einschränkungen eine aktive Beteiligung oft nicht mehr ermöglichen. Der Wechsel in eine Gruppe mit niedrigeren Anforderungen (Senioren-sport) wird vonseiten der Patienten und Patientinnen oftmals nicht erwogen, da sie dies als „Abstieg“ verstehen. Der Neueinstieg in eine Seniorensportgruppe wie zum Beispiel in eine Osteoporosegruppe oder in eine Gruppe für Herzinfarktpatienten ist für aktivere Menschen sehr geeignet, die bereits während der teilstationären Behandlung Freude an Bewegung hatten. Allerdings werden diese Gruppen nicht überall angeboten.

Altersgemischte Angebote wie Chöre oder Wandervereine sind sehr empfehlenswert. Allerdings haben gerade depressive Patienten und Patientinnen hier verstärkt Schwellenängste, weil sie glauben, dem Anforderungs- und Leistungsprofil nicht gewachsen zu sein. Hier ist viel Überzeugungsarbeit notwendig und eine Belastungserprobung während des teilstationären Aufenthaltes unabdingbar. Kurse bei Volkshochschulen sind aufgrund ihrer zeitlichen Begrenzt-

heit (zehn Veranstaltungen und danach Semesterferien) nur für sehr motivierte ältere Menschen geeignet, denen Eigenverantwortlichkeit (erneutes Einschreiben im neuen Semester) unterstellt werden kann. Für alle anderen Patienten und Patientinnen kommt dieses zeitlich befristete Angebot nur eingeschränkt in Betracht. Leider kann aufgrund der infrastrukturellen Rahmenbedingungen häufig kein auf den Patienten, die Patientin optimal zugeschnittenes sozialpädagogisches „Nachsorgeprogramm“ nach der teilstationären Behandlung zusammengestellt werden, da zu viele Kriterien berücksichtigt werden müssen. Die Beschränkung auf das real Machbare ist somit die alltägliche Praxis.

Die Finanzierung

Die Erfahrung zeigt, dass – wenn überhaupt – dann insbesondere kostenfreie Angebote auf Interesse stoßen. Selbst diejenigen, die es sich leisten könnten, sind nur in Ausnahmefällen bereit, Kosten für die Freizeitgestaltung zu tragen. Immer wieder wird die Frage nach einem potenziellen Kostenträger gestellt. Eventuell anfallende Fahrtkosten sind dann schon ein Grund, ein Angebot nicht zu wählen. Während des Aufenthaltes in der Klinik, wenn die Fahrt zur Belastungserprobung im Rahmen der Behandlung übernommen wird, sind die Patienten und Patientinnen zwar bereit, „sich das Angebot einmal anzuschauen“, aber nach der Entlassung wird der Besuch häufig eingestellt.

In diesem Zusammenhang ist die „Karte ab 60“, die zu einem Festpreis monatlich direkt vom Konto eingezogen wird, sehr zu empfehlen. Sie suggeriert oft eine kostenfreie Fahrt, da kein Einzelfahrschein gekauft werden muss, oder stärkt die Motivation, denn „die Karte muss sich ja lohnen“. Die „Karte ab 60“ erleichtert es, sozialpädagogische Interventionen durchzusetzen.

Die Rolle der Angehörigen

Es ist ratsam, schon während der Vorbereitung und Planung der aktivierenden Interventionen die Angehörigen einzubinden. Dies kann zum einen in Form von Angehörigengesprächen oder durch informierende Telefonate geschehen. Wichtig ist es, die Patienten und Patientinnen im Vorfeld immer um Erlaubnis zu fragen, ob mit den Angehörigen Kontakt aufgenommen werden darf. In diesem Zusammenhang sollte der systemische Ansatz und die Auswirkungen der Aktivierung auf die Familie in leicht verständlicher Form vermittelt werden. (Stichworte: Alle sollten am gleichen Strang ziehen./Ihre Angehörigen möchten, dass es Ihnen besser geht./Wenn Ihr Mann von uns hört, dass es für Sie gut ist, wenn

Sie in die Tagesstätte gehen, dann wird er Sie bestimmt hinfahren./Ihre Tochter wird sich sehr freuen, wenn sie hört, welche tollen Pläne Sie haben.)

Die Angehörigen werden nach der Entlassung eine wichtige Rolle dabei spielen, ob Aktivierungen beibehalten werden oder nicht. Deshalb müssen sie von deren Sinnhaftigkeit überzeugt werden. Wenn Angehörige eine Intervention ablehnen, wird diese nach der Entlassung vermutlich eher abgebrochen als wenn sie diese unterstützen und mittragen.

Fallbeispiele aus der Beratungspraxis

Frau P., 78 Jahre alt, geschieden, Diagnose: Depression, geistig rege und (in gesunden Tagen) vielseitig interessiert, kann aufgrund ihrer Gehbehinderung (sie benötigt einen Gehwagen) und der Wohnsituation (sie wohnt im vierten Stock ohne Fahrstuhl) ihre Wohnung allein nicht mehr verlassen. Die Tochter hat vorgeschlagen, die Mutter zu sich zu nehmen. Dies lehnt die Patientin ab.

Außenaktivitäten kann Frau P. aufgrund der Rahmenbedingungen nicht wahrnehmen, wenngleich sie sich nach sozialen Kontakten sehnt. Durch die Sozialstation und die Tochter ist die Basisversorgung gewährleistet (Einkaufen, Essen, körperliche Pflege, Reinigung des Haushaltes). Frau P. ist in keine Pflegestufe eingruppiert, was bedeutet, dass sie eine Tagespflegeeinrichtung selbst finanzieren müsste. Frau P. erhält Grundsicherung, Eigenmittel sind nicht vorhanden.

Die *theoretische sozialpädagogische Intervention* sähe vor, einen Umzug in eine betreute Wohnung vorzuschlagen, eine Einrichtung mit integrierter Tagesstätte auszuwählen, die Frau P. barrierefrei erreichen und an deren Aktivitäten sie kostenlos teilnehmen kann. Die *Realität* ist, dass Frau P. auf eigenen Wunsch in ihrer Wohnung verbleibt. Die ambulanten Dienste werden so weit wie möglich engagiert. Frau P. wird ermutigt, über das Telefon Kontakte zu pflegen. Obwohl die Angehörigen in größerer Entfernung leben, werden sie die Besuchsfrequenz erhöhen.

Herr L. ist 79 Jahre alt, verwitwet, Diagnose: Depression, leichte bis mittelschwere kognitive Störung. Er ist körperlich aktiv, versorgt sich (noch) selbst und lebt in einem kleineren Ort ohne seniorengerechte Infrastruktur. Er hat keine Angehörigen, seine finanzielle Situation ist gesichert. Die Selbstversorgung ist aber langfristig nicht aufrechtzuerhalten, denn es deuten sich Verwahrlosungstendenzen an. Es liegt keine Eingruppierung in eine Pflegestufe vor. Herr L. war früher Mitglied im Kegelverein.

Die *theoretische sozialpädagogische Intervention* sähe vor, zu prüfen, ob der Patient noch selbstverantwortlich entscheiden kann oder gegebenenfalls eine juristische Betreuung zu beauftragen ist; eine Sozialstation (Medikamentenüberwachung und Unterstützung bei Körperpflege) sowie Nachbarschaftshilfe (hauswirtschaftliche Hilfen) zu ermöglichen; zu recherchieren, ob am Ort ein Restaurant Mittagstisch anbietet, und Herr L. zu ermutigen, dort nach der Klinikentlassung täglich eine warme Mahlzeit einzunehmen; mit ihm über eine Teilnahme an Aktivitäten in einem Kegelverein zu sprechen; eventuell eine Tagespflege einzurichten; falls ambulante Angebote als nicht ausreichend erscheinen; zu prüfen, ob eine Eingruppierung in eine Pflegestufe beantragt werden kann; die Übergabe an eine juristische Betreuung mit Hinweis auf die bereits erhobene individuelle Anamnese vorzunehmen. *Realität ist:* Aufgrund fehlender Mitwirkung des Patienten (krankheitsbedingt) wird im Eilverfahren die Einrichtung einer juristischen Betreuung erwirkt. Herr L. stürzt und wird in die chirurgische Klinik eingewiesen. Der weitere Verlauf ist nicht bekannt.

Warum zwei eher entmutigende Beispiele?

Diese beiden Beispiele zeigen auf, dass der Erfolg sozialpädagogischer Interventionen nicht allein von ihrer Qualität abhängt, sondern viele Außenfaktoren eine Rolle spielen. Die „ideale“ Absicht einer Sozialpädagogin muss noch lange nicht den Vorstellungen der zu Betreuenden entsprechen. Eine Langfristigkeit kann darüber hinaus nicht sichergestellt werden. In der sozialpädagogischen Arbeit mit alten Menschen müssen somatische Erkrankungen, akute Verschlechterungen des Gesundheitszustandes oder des innerfamiliären Gefüges (plötzlich kann der Ehemann aufgrund eigener Erkrankung nicht mehr Auto fahren und die Patientin wird dadurch immobil) immer einkalkuliert werden. Es ist also wichtig, flexibel auf neue Rahmenbedingungen einzugehen und (wiederrum für einen befristeten Zeitraum) ein neues, angemessenes Setting zu gestalten.

Resümee

Die Persönlichkeit der Klienten und Klientinnen und deren biographische Erfahrungen müssen als wichtige Entscheidungsgröße in die Wahl der sozialpädagogischen Interventionen einfließen. Es gibt ein Stadt-Land-Gefälle im Hinblick auf die Infrastruktur im gerontologischen Bereich (Freizeitangebote für Senioren). In größeren Städten ist die Versorgung mit kostenlosen Seniorentagesstätten meist flächendeckend. Je kleiner die Kommune ist und je abgeschiedener ein Mensch lebt, desto schwieriger wird es, individuellen Bedarf mit realen Angeboten abzude-

cken. Nicht die idealtypische, sondern die realistische Intervention ist die bessere. Die Mitwirkung von Patienten und Patientinnen, deren Interesse und (im optimalen Fall) deren Begeisterung für die Aktivität sind die besten Garanten für eine längerfristige Aktivierung. Angehörige spielen eine wichtige Rolle! Aufgrund der begrenzten Verweildauer in einer Altentagesklinik können viele Interventionen nur angeschoben werden. Das aktive, im günstigsten Fall mehrmalige Erleben einer Aktivität im Rahmen von Belastungserprobungen während der teilstationären Behandlung erhöht die Chance auf deren Beibehaltung nach der Entlassung.

Die Erfahrung zeigt, dass eine erfolgreiche Integration in eine soziale Gemeinschaft nachweislich zu einer Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes der Betroffenen beiträgt. Neue beziehungsweise reaktivierte Aktivitäten wirken Vereinsamungstendenzen entgegen und erhöhen die subjektiv erlebte Lebenszufriedenheit. Dies zeigt sich in einer Verbesserung des Selbstbildes der Patienten und Patientinnen und wird durch sich aus den neuen Aktivitäten ergebenden Sozialkontakte und eine damit verbundene veränderte Strukturierung des Alltags erreicht.

► Allgemeines

Grundrechteagentur. Der Deutsche Bundestag befürwortet die Einrichtung einer EU-Grundrechteagentur. Die Koalitionsmehrheit hat sich am 1. Februar 2007 für das Vorhaben der EU-Kommission ausgesprochen. In einem Antrag rufen die Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD die Bundesregierung allerdings dazu auf, sich für eine „deutlich geringere personelle und finanzielle Ausstattung“ einzusetzen. Die Agentur, die über die Einhaltung der Grundrechte in der Europäischen Union und den potenziellen Beitrittsländern wachen soll, löst die bisherige EU-Beobachtungsstelle gegen Rassismus und Fremdenfeindlichkeit ab, die mit nur 37 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und jährlich 8,2 Mio. Euro arbeitet. Abgelehnt wurden in der ersten Lesung die Anträge der FDP, die die Agentur für überflüssig hält, und der Grünen, die sich für eine andere inhaltliche Ausrichtung der Behörde einsetzen. *Quelle: Das Parlament 6.2007*

Arbeitslose mit Migrationshintergrund. Die Sprachförderung allein reicht bei Arbeitslosen mit Migrationshintergrund häufig nicht aus, um ihnen den Einstieg in eine neue Beschäftigung zu ermöglichen. Gute Deutschkenntnisse sind zwar eine wichtige Voraussetzung für die Integration in den Arbeitsmarkt, doch aufgrund der oft nur geringen beruflichen Qualifikationen bleibt ein hohes Arbeitsloskeitsrisiko weiter bestehen. Eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung schlägt deshalb vor, die Betroffenen zusätzlich beruflich zu qualifizieren. Die Ergebnisse von Sprachkursen sind bisher „vergleichsweise unbefriedigend“. In den Jahren 2004 und 2005 war sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme immer noch mehr als die Hälfte der Teilnehmenden arbeitslos gemeldet. Rund 50 % der bisher geförderten Personen haben keinen Hauptschulabschluss, fast 90 % können keine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen. Dies bedeutet, dass die Betroffenen vermutlich auch unabhängig von ihrem Migrationsstatus erhebliche Probleme am Arbeitsmarkt haben. Die berufsbezogenen Sprachkurse dürfen jedoch nicht als Misserfolg gewertet werden. Sie sind bei gering qualifizierten ausländischen Arbeitslosen als Vorbereitung oder Ergänzung einer beruflichen Qualifizierung auch künftig sinnvoll. *Quelle: Presseinformation des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung vom 1. Februar 2007*

„Zu Ihrer Sicherheit“. Unfallversichert im Ehrenamt. Hrg. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Eigenverlag. Bonn 2006, 69 S., kostenlos *DZI-D-7875*

Ehrenamt schützt vor Unfällen nicht. Das mag bei kleinen Schnittwunden unerheblich sein, nicht aber, wenn ein Unfall bleibende Gesundheitsschäden verursacht. Spätestens dann brauchen die Betroffenen Antworten auf wichtige Fragen: Wer hilft mir jetzt, wer kümmert sich um eine optimale Behandlung, wer bezahlt die benötigten Hilfsmittel und was bekomme ich, wenn ich nicht mehr voll arbeiten