

# 131 impu!se

Impulse online: [www.gesundheit-nds-hb.de](http://www.gesundheit-nds-hb.de)
 LVGA FS

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

## Netzwerke(n): Ein Versprechen für mehr Wirksamkeit?

**EDITORIAL »** Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation, deren Verabschiedung sich dieses Jahr zum 40ten Male jährt, hat »Vermitteln und Vernetzen« als eines ihrer drei Handlungsprinzipien festgeschrieben. Damit wurde auch ein gesundheitspolitischer Anspruch definiert. Vernetzung ist nichts, was nebenbei, zufällig oder in Hinterzimmern passiert, sondern geplant, zielgerichtet und wirksam erfolgen muss. Dabei geht es auch um die Transparenz des Beziehungsaufbaus für mehr Gesundheit für alle. Dieser Anspruch umfasst die Vernetzung der Gesundheitsakteur:innen untereinander sowie die in andere Handlungssektoren wie Bildung, Wirtschaft oder Stadtplanung.

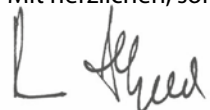
» Nach einer gewissen Vernetzungseuphorie macht sich bei vielen Akteur:innen eine gewisse Ernüchterung breit, da das Maß an wirksamer Vernetzung auch endlich ist, was zeitliche und finanzielle Ressourcen anbelangt. Gerade darum geht es in diesem Heft: Wann ist Netzwerkarbeit sinnvoll und effektiv? Wann löst sie den Anspruch der Ottawa-Charta ein und ist damit wirksam? Wir stellen Strategien und Beispiele erfolgreicher kommunaler und intersektoraler Netzwerke vor. Der Artikel von Carmen Hack fordert schon in der Überschrift auf, sich ehrlich zu machen und genau deshalb optimistisch zu bleiben. Nichts könnte den Grundtenor aller Beiträge dieses Heftes besser beschreiben, weil alle Autor:innen, Redaktionsmitarbeiter:innen und auch die gesamte LVG & AFS realistisch agierende Netzwerkenthusiast:innen sind.

» Im Impuls stellen wir die Betroffeneninitiative »Arm aber lautstark« in einem Interview vor, die eindrucksvoll zeigt, wie Beteiligung funktioniert, wenn man Dialoggruppen ernst nimmt. Außerdem bewerben wir unter anderem die 16. Ausschreibung des Niedersächsischen Gesundheitspreises, stellen eine Gewinner-KiTa des Deutschen Kita-Preises vor, die ein zentraler Teil der Peiner Präventionskette ist, und vieles mehr. Wir hoffen, dass das Heft Lust macht auf gezielte Vernetzung, digital oder analog für mehr Gesundheit für alle! Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Jugendgesundheit zwischen Druck, Krisen und Zuversicht« (Redaktionsschluss 01.07.2026) und »Longevity« (Redaktionsschluss 13.10.2026). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

### AUS DEM INHALT

Wenn Systeme zusammenarbeiten müssen .....	02
Zwischen Verständnis und Wirkung .....	03
Kommunale Netzwerke .....	04
Kommunale Präventionsketten .....	06
Gesundheit und Engagement .....	07
Innovationen im Gesundheitswesen .....	08
Vernetzt in der Selbsthilfe .....	09
Caring Communities .....	10
Netzwerke von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen	12
Gemeinsam das Thema »Armut« sichtbar machen .....	14
Netzwerk Gute Geburt in der Region Hannover .....	16
Wirksame Kooperation in kommunalen Präventionsketten? ....	16
Suizidalität als Herausforderung für das Sozialarbeiterische ....	17
Niedersächsischer Gesundheitspreis 2026 .....	18
Was verbindet Parkplätze und Gesundheit? .....	19
Zwischen Geburt und Klimakrise .....	20
Von der Hochschule in die Kommune .....	20
Kinderübergewicht wirksam angehen .....	21
Digitale Vernetzung in der Schlaganfallversorgung .....	22
Landkreis Peine gewinnt Deutschen Kitapreis 2025 .....	23
Kooperative Projekte in der Verwaltung .....	24
Barrierefreien gynäkologischen Versorgung .....	25
Netzwerke(n) im ländlichen Raum .....	26
BRISE – Bremer Initiative zur Stärkung frühkindlicher Bildung	27
Bücher, Medien .....	28
Termine LVG & AFS .....	30
Termine .....	32
Impressum .....	13

Mit herzlichen, sommerlichen Grüßen aus Hannover und Bremen!



Thomas Altgeld und Team



HANNAH RICHTER, EVA QUANTE-BRANDT

## Wenn Systeme zusammenarbeiten müssen. Netzwerke als Vermittlungsstrukturen der Gesundheit

Netzwerke gelten heute als naheliegende Antwort auf die fragmentierte Landschaft der Gesundheitsförderung. Wenn Gesundheitsangebote nebeneinanderherlaufen, Zuständigkeiten unklar bleiben, Ressourcen knapp sind und wichtige Zielgruppen kaum erreicht werden, lautet die schnelle Lösung oft: »Wir müssen uns besser vernetzen«. Weniger wird darüber gesprochen, welche Rolle Netzwerke in der Koordination gesundheitspolitischer Prozesse tatsächlich spielen und ob sie die hohen Erwartungen an verbindende und koordinierende Strukturen überhaupt erfüllen können. Damit stellt sich die zentrale Frage, ob Netzwerke vor allem als Austauschplattformen dienen oder darüber hinaus tatsächlich weitere Wirkung entfalten.

### Das Handlungsprinzip »Vermitteln« der Ottawa-Charta

Die Idee der Vernetzung hat schon früh Eingang in die Gesundheitsförderung gefunden. Mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1986 wurde ein Verständnis von Gesundheit etabliert, das sich nicht auf die medizinische Versorgung beschränkt, sondern auch die soziale Dimension betont. Gesundheit entsteht im Alltag der Menschen, dort, wo sie leben, lernen, arbeiten und ihre Freizeit verbringen.

Vor diesem Hintergrund formuliert die Ottawa-Charta drei grundlegende Handlungsprinzipien: befähigen, befürworten und vermitteln. Das Prinzip Vermitteln, im englischen Original »mediate«, verweist auf eine zentrale Herausforderung. Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die über Sektorengrenzen hinausgeht und Aushandlungsprozesse zwischen unterschiedlichen Systemen erfordert. Vermittlung meint somit mehr als Kommunikation. Sie zielt darauf ab, Perspektiven zusammenzuführen, um gemeinsame Lösungen zu entwickeln, unterschiedliche Interessen auszugleichen,

um Maßnahmen aufeinander abzustimmen und somit Doppelstrukturen zu vermeiden sowie gesundheitliche Folgen politischer Entscheidungen mitzudenken. Gerade dort, wo komplexe soziale und gesundheitliche Herausforderungen zusammenkommen, können stabile Kooperationsstrukturen helfen, Ressourcen zu bündeln und innovative Lösungsansätze zu entwickeln. In diesem Kontext gewinnen Netzwerke an Bedeutung, da sie Räume schaffen, in denen solche Vermittlungs- und Kooperationsprozesse stattfinden können [1].

### Vom Leitprinzip zur institutionellen Verankerung

Seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta wurde die Relevanz des Prinzips Vermitteln kontinuierlich hervorgehoben und institutionalisiert. Nachfolgekongresse der WHO wie in Sundsvall (1991) und insbesondere in Helsinki (2013) entwickelten das Prinzip weiter zu einem zentralen Koordinationsansatz: Health in All Policies (HiAP). HiAP macht Vermittlung konkret, indem es fordert, Gesundheit in allen Politikfeldern – von Verkehr über Wohnen und Bildung bis Finanzen – zu verankern und sektorenübergreifend abzustimmen [2].

Globale Strategien wie die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen greifen diesen Ansatz auf. Die »Ziele für nachhaltige Entwicklung« (SDG, englisch Sustainable Development Goals) im Bereich Gesundheit, Klimaschutz und Armutsbekämpfung werden über das Ziel Partnerschaften miteinander verknüpft, etwa durch Kooperationen von WHO und UNICEF für klimaresiliente Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern [3]. In Deutschland sind in den vergangenen Jahrzehnten eine Vielzahl kooperativer Strukturen entstanden, wie kommunale Gesundheitskonferenzen, die Akteur:innen aus Verwaltung, Sportvereinen und Sozialarbeit zu lokalen Präventionsplänen zusammenbringen, sowie regionale Präventionsnetzwerke wie »Gesunde Kommune«-Initiativen [4].

Mit dem »Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention« (Präventionsgesetz) von 2015 wurden diese Kooperationsansätze, die sich auf gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse fokussieren, zusätzlich gestärkt und institutionell verankert. Ein Beispiel hierfür sind finanzierte Koordinationsstellen in benachteiligten Quartieren, die Maßnahmen wie eine bewegungsfreundliche Stadtentwicklung oder Anti-Tabak-Kampagnen umsetzen [5]. Netzwerke haben sich damit nicht nur als zentrales Instrument der Gesundheitsförderung etabliert, sondern sind auch ein wichtiger Bestandteil gesundheitspolitischer Steuerung [6].

### Zwischen Anspruch und strukturellen Grenzen

Gleichzeitig zeigen Erfahrungen aus der Praxis und Forschung, dass Netzwerke keine Selbstläufer sind. Ihr Potenzial stößt häufig an strukturelle Grenzen. Die Koordination sektorübergreifender Zusammenarbeit erfordert erhebliche zeitliche und personelle Ressourcen, die im Alltag vieler Organisationen nur begrenzt verfügbar sind. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Netzwerke von zeitlich begrenzten Förderprogrammen abhängen. Die Zusammenarbeit basiert zusätzlich stark auf informeller Beziehungsarbeit und der Eigeninitiative einzelner engagierter Akteur:innen. Deren Kompetenz zur Akquise politischer und administrativer Unterstützung ist entscheidend für die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Personalmangel und Fluktuation machen dies jedoch fragil [7]. Gerade weil Netzwerke die sektorübergreifende Präven-

tion stärken und die Kontinuität zwischen Gesundheitsförderung und Versorgung gewährleisten sollen, braucht es neben Engagement auch verlässliche strukturelle Rahmenbedingungen, deren Gestaltung eine zentrale gesundheitspolitische Aufgabe ist. Netzwerke erscheinen oft als flexible, kontextspezifische Kooperationsform, dienen jedoch der langfristigen Zusammenarbeit über Berufs- und Sektorgrenzen hinweg. Ihr Potenzial entfalten sie vor allem dann, wenn sie über den Austausch hinaus zu Orten gemeinsamer Strategieentwicklung werden. Ohne eine klare inhaltliche Zielsetzung, vertrauensvolle Zusammenarbeit und stabile Strukturen bleiben entsprechende Wirkungseffekte jedoch häufig aus [8, 9].

### Vermittlung unter neuen Bedingungen

Vierzig Jahre nach der Ottawa-Charta bleibt das Prinzip des Vermittelns hochaktuell. Die Herausforderungen für Gesundheit und Wohlbefinden lassen sich heute kaum isoliert betrachten, sondern stehen in engem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Transformationsprozessen wie Bevölkerungsalterung und sozialer Segregation, ökologischen Entwicklungen, wie Klimawandel und Biodiversitätsverlust sowie technologischen Veränderungen wie Digitalisierung und KI-Einsatz. Neben klassischen sozialen Determinanten wie Armut oder Bildung gewinnen digitale Einflussfaktoren wie Gesundheits-Apps, Telemedizin und Datenschutzprobleme zunehmend an Bedeutung [10].

Gerade unter diesen Bedingungen gewinnt die Fähigkeit zur Vermittlung zwischen unterschiedlichen Systemen, Interessen und Politikfeldern weiter an Bedeutung. Netzwerke können diese Vermittlungsaufgabe strukturell organisieren, sofern zentrale Voraussetzungen wie eine klare Zielsetzung gegeben sind. Ihr Mehrwert entsteht nicht durch ihre bloße Existenz, sondern durch ihre Fähigkeit, Synergien zwischen unterschiedlichen Akteur:innen und Sektoren zu schaffen, im Sinne der Ottawa-Charta Vermittlungsprozesse zu organisieren, gemeinsame Strategien für gesundheitliche und gesellschaftliche Herausforderungen zu entwickeln und diese anschließend in konkrete Maßnahmen umzusetzen. Welche Formen von Netzwerken tatsächlich wirksam und welche Strukturen dafür nötig sind, bleibt eine zentrale Frage für Gesundheitsförderung, -politik und -forschung.

Literatur siehe Link im Impressum.

HANNAH RICHTER, PROF. DR. EVA QUANTE-BRANDT, SOCIUM Bremen, Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung, Mary-Somerville-Straße 3, 28359 Bremen, E-Mail: hrichter@uni-bremen.de, eva.quantebbrandt@uni-bremen.de, Internet: www.socium.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheitspflege-und-alterssicherung/

NIKLAS BRÄHLER-DIELING, EIKE QUILLING

## Zwischen Verständnis und Wirkung: Netzwerke in der Gesundheitsförderung

Der Begriff »Netzwerk« begegnet uns in unserem täglichen Leben an vielen Stellen – ob im persönlichen Kontakt, der digitalen Lebenswelt oder im beruflichen Kontext. Aufbauend auf dem Verständnis von Netzwerken werden im Beitrag differenzierte Betrachtungen von Netzwerkartentypen und Wirksamkeitslogiken dargestellt.

### Was sind Netzwerke?

Die Relevanz von Vernetzung für die Gesundheit wurde bereits in der Ottawa Charta konstatiert: Der Gesundheitssektor kann nicht allein alle Voraussetzungen für Gesundheit auf seinen Schultern tragen und umsetzen [1]. Auch vierzig Jahre nach der Aufforderung und der damit einhergehenden Bildung zahlreicher Netzwerke [2] besteht die Notwendigkeit eines abgestimmten Zusammenwirkens über Sektoren hinaus und über alle gesellschaftlichen Bereiche hinweg, um Gesundheit in allen Politikbereichen zu thematisieren.

Aus einer wissenschaftlichen Perspektive bestehen Netzwerke formal aus der Beziehung und einer bestimmten Anzahl an Knoten, die eine soziale Struktur sichtbar machen. Netzwerke sind in dieser Logik aber mehr als nur die Summe ihrer Teile, da erst durch die Beziehungen und Wechselwirkungen zwischen den Akteur:innen neue Dynamiken, Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten entstehen [3]. In unserem täglichen Leben setzt sich ein Netzwerk aus einer bestimmten Anzahl von Personen und deren Beziehungen zusammen, über die soziales Handeln erklärbar wird [4]. Netzwerke in der Gesundheitsförderung verstehen sich als Zusammenschlüsse von Akteur:innen oder Organisationen mit Fokus auf eine Problemstellung oder ein Anliegen, die sich durch nicht-hierarchische, vertrauensbasierte Zusammenarbeit mit geteilter Verantwortung kennzeichnen [5, 6, 7]. Der Netzwerk-begriff ist im Vergleich zu den oft genutzten Begriffen, zum Beispiel Kooperation, Kollaboration oder Partnerschaft übergeordnet einzuordnen [5].

### Welche Arten von Netzwerken existieren in der Gesundheitsförderung?

Zur Charakterisierung können Netzwerktypen in primäre, sekundäre und tertiäre Netzwerke unterschieden werden [8]. Die primären und sekundären Netzwerke beruhen auf sozialen Ressourcen und strukturieren sich von gering organisierten Verbindungen innerhalb der Familie und des Freundeskreises sowie der Nachbarschaftshilfe bis hin zu stärker informellen sozialen Beziehungen im alltäglichen Leben. Sie verbinden damit private Akteur:innen der Gesellschaft. Die tertiären Netzwerke verbinden gemeinnützige Bereiche sowie Märkte, binden professionelle Ressourcen und fördern institutionelle Beziehungen zwischen Akteur:innen, etwa in Form von Organisationen, Verwaltungen oder anderen institutionellen Einrichtungen [8]. Gesundheit entsteht in diesem Zusammenhang nicht nur auf einer dieser Ebenen, sondern im Zusammenspiel der primären, sekundären und tertiären Netzwerke und eingebettet in die lebensweltlichen Kontexte [2].

Folgende Arten von Netzwerken können zusätzlich unterschieden werden [9]:

» Interorganisationale Netzwerke zwischen Organisationen in der Gesundheitsförderung (zum Beispiel Gesunde Städte Netzwerk, Netzwerk Frühe Hilfen, Netzwerke Gesundheitsfördernder Hochschulen) [10].

» Partizipationsnetzwerke zwischen gesellschaftlichen Großinstitutionen wie Krankenkassen und den Zusammenschlüssen von Bürger:innen (zum Beispiel Informationsstellen für Selbsthilfe) [11].

» Intraorganisationale Netzwerke zwischen Akteur:innen innerhalb eines Settings (beispielsweise in Hochschulen zum Studentischen Gesundheitsmanagement, Schulen, Kitas) [12].



und Jugendhilfe, Schulwesen, Gesundheitswesen, soziale Sicherung und Arbeitsmarktförderung. Absicht ist hier, ein kompaktes kommunales Gesamtsystem von Bildung, Betreuung und Erziehung zu entwickeln. Kooperationen und Vernetzungen werden hier als Bedingung für den Erfolg dieser Reformprogramme betrachtet und ihnen gleichzeitig ein hohes Potenzial zur Lösung struktureller Probleme zugeschrieben: Sie sollen – durch die Implementierung sowohl auf der Prozess- als auch auf der Strukturebene der beteiligten Akteur:innen – ein systemübergreifendes und aufeinander abgestimmtes Wohlfahrtssystem sichern, um die Bildungs- und Lebenschancen zu verbessern.

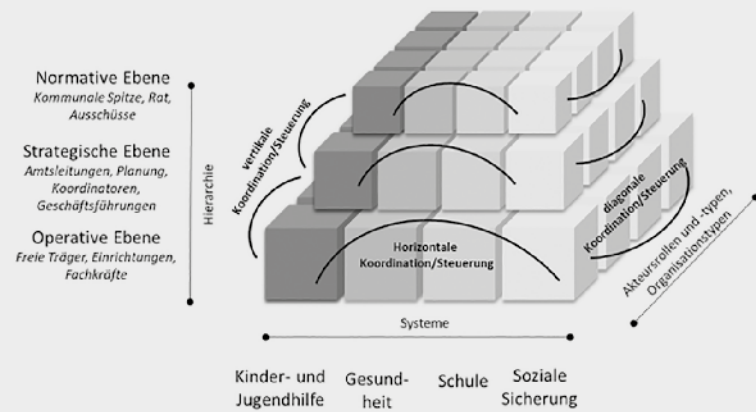
Ihnen wird der Nutzen zugeschrieben, bestehende funktionale Schwächen des Bildungs- und Sozialsystems – gemeinhin in der Praxis als »Versäulung« bezeichnet – abmildern zu können und gleichzeitig der Krise der bestehenden staatlichen Steuerungsfähigkeit im Bereich des sozialen Dienstleistungssektors durch Kooperations- und Vernetzungsarrangements zu begegnen. Die Kommune, welche diese Programme und Projekte umsetzt und durchführt, steht vor einer sehr unspezifischen Herausforderung: sie gilt sowohl hinsichtlich von Planung, Praxis, Politik als auch von Zivilgesellschaft als Hoffnungsträgerin ersten Ranges zur erfolgreichen Bewältigung der soeben skizzierten gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen [1].

### Kommunales Mehrebenensystem

Aber blicken wir doch einmal in die kommunale Praxis: Kommunen als der Ort kommunaler Daseinsfürsorge bestellen ein äußerst heterogenes Feld. Der soziale Dienstleistungssektor ist durch seine Politikfelder Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheit, Schule und Soziale Sicherung sektoralisiert. Darüber hinaus weisen ebendiese Politikfelder hinsichtlich ihrer Systematik, Aufgaben, Ressourcen und Regeln beziehungsweise Handlungslogiken mannigfaltige Eigenarten auf.

Visualisiert man diese Fragmentierung und Versäulung der einzelnen Systeme sowie ihrer Akteur:innen und Organisationen inklusive der bestehenden kommunalen Hierarchieebenen, zeigen sich die sogenannten »operativen Inseln« [2] des kommunalen Dienstleistungssektors.

Abhilfe schaffen sollen hier Kooperations- und Netzwerkarangements in den Kommunen, ihren Stadtteilen oder auch zu einzelnen thematischen Schwerpunkten: Kooperation und Netzwerkarbeit sind nämlich grundsätzlich positiv besetzt – hier gelingt erfolgreiche und zielorientierte Zusammenarbeit über (Hierarchie-)Grenzen hinweg und »auf Augenhöhe«. Teamfähigkeit, kommunikative Fähigkeiten, Kreativität sind ein äußerst fruchtbarer Boden für Netzwerke und Kooperationen als Innovationsinstrumente für die Weiterentwicklung und Umformung des sozialen Dienstleistungssektors. Dementsprechend entstehen für die Kommunen im Rahmen des propagierten erfolgversprechenden Kooperations- und Netzwerkmanagements enorme Herausforderungen in ihrem Steuerungshandeln – das Management von Kooperationen und Netzwerken wird mittlerweile nicht nur von kommunalen Akteur:innen als Querschnittsaufgabe und Dauerherausforderung bezeichnet [3].



Quelle: Koordination und Steuerung im dreidimensionalen kommunalen Mehrebenensystem [4]

### Steuerung von Kooperationen und Netzwerken – eine komplexe Aufgabe

Im Steuerungsprozess in der Kommune wird in der Regel für die Implementierung und Etablierung kooperativer Netzwerke eine Netzwerkkoordination eingerichtet. Diese soll die Netzwerke und Kooperationen implementieren, nachhaltig etablieren und die postulierten Ziele erreichen – kurzum: den Laden störungsfrei am Laufen halten.

Unhinterfragt wird hier allerdings propagiert, dass eine Steuerung der kooperativen Ausgestaltung der Netzwerke zwischen den beteiligten Professionen, Organisationen und Einrichtungen, unter Beachtung ihrer jeweiligen Systemlogik und Hierarchieebene, möglich, effektiv und letztendlich auch erfolgreich sei. Aber wird nicht schon allein durch die Visualisierung deutlich, dass hier eine kommunale Netzwerksteuerung auf sehr komplexen Pfaden unterwegs sein können und – sind wir doch mal ehrlich – auch dürfen muss? Dass somit nicht nur eine vertikale, sondern auch eine horizontale und eine diagonale Koordination beziehungsweise Steuerung notwendig erscheint?

Aber mit der Postulierung dieses idealtypischen Steuerungsverständnisses wird eine unhinterfragte, uneingeschränkte ressortübergreifende Wirkmacht kommunaler Koordination und Steuerung suggeriert. Fraglich ist, ob für die kommunale Netzwerkkoordination die interdisziplinäre und interorganisationale Steuerung und ihr zugeschriebenes Aufgabenprofil tatsächlich leistbar sind. Außerdem werden durch die Forderung nach Kooperation auf Augenhöhe bestehende kommunale Hierarchieebenen und Regelungsbefugnisse des sozialen Dienstleistungssektors häufig ignoriert [4, 5]. Fraglich ist ferner, ob eine Person, die in der Regel als Netzwerkkoordination für den Projektkontext eingesetzt ist, überhaupt in der Lage sein kann, diese gesamtkommunalen Koordinations- und Steuerungsanforderungen tatsächlich umzusetzen [4, 5].

Hier soll kein Pessimismus verbreitet werden – eher ein realistischer Blick auf die tatsächlichen Begebenheiten kommunaler Strukturen und auch der Steuerungsmöglichkeiten und -rechte kommunaler Netzwerkkoordinationen gesetzt werden! Unhinterfragt, ausschließlich positiv besetzte Konnotationen schaffen in und für die Praxis einen schier unerreichbaren Horizont – sowohl für den Netzwerkkontext selbst als auch für das große Ganze. Setzen wir einen realistischeren Blick, haben wir auch realistischere Chancen, kommunale Netzwerke und Kooperationen erfolgreicher und nachhaltiger zu implementieren und zu etablieren.

**Was es braucht**

**Netzwerkarbeit ist Arbeit** – dafür braucht man mutige und fähige Akteur:innen, Zeit (über Legislaturperioden hinaus!), Ressourcen (über die Systeme hinaus), Geduld und auch die Möglichkeit und Erlaubnis, auszuprobieren, zu scheitern, zu beenden und wieder neu zu starten.

**Netzwerkarbeit braucht Ehrlichkeit** – nämlich im Hinblick auf bestehende Hierarchien, (finanzielle) Abhängigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen, Gebote und Verbote.

Wenn wir dies in unseren Kommunen, in unseren Netzwerken und auch den Akteur:innen ermöglichen und erlauben – dann sind Netzwerke und Kooperationen wirklich als Innovationsinstrumente des sozialen Dienstleistungssektors etabliert.

Literatur siehe Link im Impressum.

PROF. DR. CARMEN HACK, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Kiel, Fachbereich Soziale Arbeit und Kindheitspädagogik, Sokratesplatz 2, 24149 Kiel, E-Mail: carmen.hack@haw-kiel.de

**SILVIE HAARMANN**

## Kommunale Präventionsketten Ressortübergreifendes Verwaltungshandeln als Faktor für kommunale Resilienz

Kommunen stehen vor zunehmenden Herausforderungen: knappe Haushalte, gesellschaftliche Spannungen, der demokratiegefährdende Rechtsruck, wachsende Kinderarmut, soziale Segregation und Integrationsaufgaben. Eine zentrale Frage ist daher: Wie können sie unter diesen Bedingungen handlungsfähig bleiben und Resilienz entwickeln?

Eine bundesweite Studie des Instituts für Soziale Arbeit (ISA) im Auftrag der Auridis Stiftung untersuchte hierzu Armutspräventionsstrategien mit 24 erfahrenen Kommunen. Die im Folgenden aufgeführten Ergebnisse zeigen die zentrale Rolle kommunaler Netzwerke sowie ressortübergreifenden Verwaltungshandelns für Armutsprävention und kommunaler Resilienz.

**Armutsprävention ist Teil des Demokratieauftrags!**

»Es muss uns gelingen, Kinder [...] in die Gesellschaft zu holen. Wenn uns das nicht gelingt, gelingt uns ganz vieles nicht mehr. Deswegen sehe ich das nicht als ausschließlich sozialpolitische, sondern als eine innenpolitische Kernfrage. Das wird aber vollständig übersehen.« (Oberbürgermeister, Großstadt)

Ein gelingendes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen sowie die chancengerechte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind Schlüssel zu gesellschaftlicher Stabilität und Demokratieerhalt. Dazu braucht es kommunale Präventionsketten im Rahmen einer gesamtstädtischen Strategie. Zwar könne Prävention, so die befragten Kommunen, Konfliktlagen nicht gänzlich verhindern, sie jedoch angesichts fiskalischer Engpässe abfedern. Im Rahmen der Studie wurden folgende Gelingenbedingungen identifiziert:

**1. Regelsysteme stärken**

Regelsysteme wie Schule, Gesundheitsversorgung, Jugendhilfe und Sozialleistungen werden so ausgebaut, dass sie für alle, insbesondere armutsgefährdete Personen, zugänglich sind. Statt fragmentierter Projektlogiken sind dafür eine kontinuierliche Finanzierung und integrierte Strategien erforder-

lich. Kein System kann Armut allein bekämpfen, deshalb braucht es starke Netzwerke auf Verwaltungsebene, die die Verzahnung von Regelsystemen und Angebotsstrukturen ermöglichen sowie Doppelstrukturen vermeiden.

Die Stärkung der Regelsysteme geht auch mit einer integrierten Planung einher, die auf vernetzten, sozialraumorientierten Monitoringsystemen basiert. Sie hilft, Armutsgefährdung und Risikolagen frühzeitig zu identifizieren und lebensphasen- sowie lebenslagenorientiert zu begleiten, etwa an Bildungsübergängen. So wird Armutsverläufen vorgebeugt, statt sie später zu kompensieren. Das Etablieren kommunaler Präventionsketten durch koordiniertes Verwaltungshandeln fördert so ein gelingendes Aufwachsen und die kommunale Resilienz.

**2. Teilhabe durch institutionellen Wandel ermöglichen**

Wiederholt wurde von den Kommunen die Wichtigkeit von Teilhabe zur Stärkung des Vertrauens in demokratische Institutionen betont. Dies erfordert in erster Linie ein verändertes Selbstverständnis von Verwaltung. Perspektiven von Adressat:innen sind dabei zentrale Wissensressourcen. Etablierte Präventionsstrategien ermöglichen bereits eine starke Präsenz im Sozialraum und eine lebensweltorientierte Ansprache, allerdings gelingt es bislang noch nicht, partizipative Beteiligungsformate zu etablieren.

Daneben gibt es Strategien zur Einbindung weiterer Stakeholder. Inklusiv Ansätze, etwa die Einbindung von Communities, fördern tragfähige Netzwerke im Sozialraum. Freie Träger werden als Teil des Präventionsnetzwerks verstanden und eingebunden.

Die ebenenübergreifende Einbindung aller Stakeholder bedingt einen institutionellen Wandel hin zu einer kollaborativen Steuerung der kommunalen Aktivitäten auf oberster Verwaltungsebene. Einigen erfahrenen Kommunen ist die Ausarbeitung gesamtstädtischer und ressortübergreifender Strategien bereits in hohem Maße gelungen, indem sie beispielsweise konkurrierende Ressorts unter einer Schirmherrschaft bündeln. Kommunen haben erkannt: Die Basis echter Teilhabe ist zunächst ein Umdenken auf Verwaltungsebene – weg vom Silodenken, hin zur gemeinschaftlichen Sinnfokussierung.

**Von Haltung zu Wirkung: Kultur schlägt Struktur**

Daran anschließend ist ein zentrales Ergebnis der Studie, dass für die nachhaltige Verankerung von Präventionsketten weniger die formale Struktur als eine gelebte Organisationskultur entscheidend ist. Eine geteilte Haltung und gemeinsame Werte, insbesondere mit Blick auf Demokratie und Teilhabe, bilden die Grundlage wirksamen Handelns.

Zentral verankert in der Haltung der Kommunen ist als primäres Wirkungsziel das Erreichen der Adressat:innen, gemessen an der Inanspruchnahme von Leistungen und der Nutzung von Angeboten. Es zeigen sich jedoch selbst bei erfahrenen Kommunen weiterhin Hürden, wie institutionelle Zugangsbarrieren, fehlende Beteiligungsformate und Stigmatisierung, die die Inanspruchnahme von Leistungen erschweren. Integriertes Verwaltungshandeln, resultierend aus einer gelebten Organisationskultur der Sinnfokussierung, muss daher noch stärker vor Ort wirksam werden und unterschiedliche Ebenen besser verbinden.

Aus Erfahrung der Kommunen trägt die Stärkung inner- und interinstitutioneller Netzwerke mit gemeinsamer Sinnorientierung zur kommunalen Resilienz bei, etwa im Hinblick auf eine mögliche Verschiebung politischer Mehrheiten nach rechts außen: »[...] was funktioniert, ist Menschen zu vernet-

zen. [...] weil wir natürlich nicht wissen, wann uns hier der Faschismus überrollt. [...] da lohnt es sich auch nachhaltig zu investieren, dass die Netzwerke sich kennen, Menschen sich kennen.« (Dezernentin, Großstadt)

Im Steuerungsverständnis kombinieren erfahrene Kommunen datenbasierte und dialogorientierte Ansätze. Kennzahlen schaffen Transparenz und unterstützen die Kommunikation, können jedoch keine Wirkungsbewertung ersetzen. Entscheidend ist der kontinuierliche ressort- und ebenenübergreifende Austausch. Fachkräfte fungieren dabei als wichtige Resonanzgeber, die frühzeitig auf Problementwicklungen hinweisen. Eine Schlüsselrolle spielt die Führungsebene, die durch ihre Haltung eine Lokomotivfunktion einnimmt, das Thema Armutsprävention auf politischer Ebene sichtbar macht und dauerhaft verankert.

Eine gelebte Organisationskultur, getragen von Kollaboration innerhalb starker Netzwerke der Präventionskette, gemeinsamer Verantwortung und klarer Sinnorientierung, ist zentrale Voraussetzung für wirksame Armutsprävention. Gelingendes Aufwachen ist dabei weit mehr als ein sozialpolitisches Ziel: Es bildet die Grundlage für kommunale Resilienz, gesellschaftlichen Zusammenhalt und den langfristigen Erhalt demokratischer Strukturen.

Literatur bei der Verfasserin.

SILVIE HAARMANN, ISA – Institut für soziale Arbeit e. V., Friesenring 40, 48147 Münster, E-Mail: silvie.haarmann@isa-muenster.de

## BEHZAD FÖRSTL

### Gesundheit und Engagement Ein Plädoyer zur strategischen Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg

In spätmodernen Gesellschaften ist Gesundheit nicht mehr allein eine Frage eines staatlich oder privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesens. Auswirkungen von Einsamkeit, die psychischen und entwicklungsbezogenen Folgen der Corona-Pandemie insbesondere bei jungen Menschen oder die zunehmende Belastung von Menschen in Care-Verantwortung zwischen Familie, Arbeit und Pflege verdeutlichen, wie eng Gesundheit mit weichen Faktoren einhergeht. Ein funktionierendes Gesundheitssystem bleibt unverzichtbar, derweil können heute soziale Teilhabe, Lebensbedingungen vor Ort oder funktionierende Nachbarschaften einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit leisten.

#### Engagement als Gesundheitsressource

Engagement ist in vielen Bereichen des Alltags fest verankert, sei es in Nachbarschaftsinitiativen, Sportvereinen, Selbsthilfegruppen oder lokalen Bildungsprojekten. Knapp 30 Millionen Menschen engagieren sich freiwillig und unentgeltlich für die Gemeinschaft. Das zeigen die aktuellen Zahlen des Freiwilligen-surveys 2024. Mit ihrem Einsatz schaffen sie Räume, in denen Menschen Unterstützung erfahren, sozialen Zusammenhalt erleben und ihre Lebensbedingungen aktiv mitgestalten können. Engagement stärkt damit immaterielle Ressourcen, wie Vertrauen oder soziale Netzwerke, Faktoren, die auch für das Wohlbefinden und die Gesundheit von Bedeutung sind.



#### Unterschiedliche Akteur:innen, erschwerte Zusammenarbeit

Gesundheit und bürgerschaftliches Engagement müssen daher stärker zusammengedacht werden. Bei einem derart komplexen Phänomen, wie es Gesundheit ist, stoßen sektorale Zuständigkeiten und das Denken in Silos schnell an ihre Grenzen. Der Staat in Form von Parlament oder Regierung verfügt beispielsweise über politische Gestaltungsmacht, ist aber von Mehrheitsverhältnissen abhängig, ebenso wie er seine Aufmerksamkeit auf unterschiedliche Politikfelder aufteilen muss. Zivilgesellschaftliche Organisationen wiederum sind nah an den Lebensrealitäten der Menschen, initiieren Engagement und entwickeln innovative Lösungsansätze, benötigen jedoch stabile Rahmenbedingungen und verlässliche Unterstützung. Wirtschaftliche Akteur:innen verfügen hingegen über Ressourcen und Innovationspotenzial, sind aber, ohne pauschalisieren zu wollen, an eine marktwirtschaftliche Logik gebunden.

Keiner der genannten Sektoren kann hiernach die Herausforderungen, welche Gesundheit heute mit sich bringt, allein bewältigen. Für nachhaltige Lösungen müssen staatliche Institutionen, zivilgesellschaftliche Organisationen und Wirtschaft mit ihren jeweiligen Akteur:innen verstärkt strategisch zusammenarbeiten.

Eine multisektorale Zusammenarbeit ist für sich betrachtet bereits immens anspruchsvoll. In einem dermaßen gesellschaftlich zentralen und politisch umkämpften Feld wie Gesundheit werden Fragen der Zusammenarbeit noch einmal komplexer. Unterschiedliche Handlungslogiken, Kommunikationsweisen, Interessen, Pfadabhängigkeiten und Ressourcenlagen treffen aufeinander.

#### Die Rolle von multisektoralen Netzwerken

Multisektorale Netzwerke können hier eine wichtige vermittelnde Funktion übernehmen und die Zusammenarbeit stärken. Sie ermöglichen Wissenstransfer zwischen Zivilgesellschaft, Politik, Wirtschaft ebenso wie Wissenschaft, Medien, Religion, Stiftungen und anderen Sektoren, fördern den fachlichen Austausch und ermöglichen die Entwicklung gemeinsamer Strategien. Erfolgreiche Netzwerke zeichnen sich dabei nicht allein durch Offenheit für neue Perspektiven aus. Ebenso von Bedeutung ist eine institutionelle Stabilität, die

kontinuierlichen und langfristigen Austausch ermöglicht, da Kooperationen selten, wenn auch immer mal wieder, spontan entstehen, sondern aufgebaut und über längere Zeiträume gepflegt werden müssen.

### **Multisektorale Netzwerke für Engagement und Gesundheit**

Das Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (BBE) ist ein Beispiel für eine solche multisektorale Netzwerkstruktur. Als bundesweites Netzwerk verbindet es aktuell 299 Akteur:innen aus den oben genannten Sektoren, die sich für die Förderung von Engagement einsetzen. Konkret erfolgt dies etwa durch Gremienarbeit, in denen politisch-strategische Fragestellungen bearbeitet werden oder in Arbeitsgruppen zu unterschiedlichen Themen, wie etwa »Bildung und Engagement« oder »Migration, Teilhabe, Vielfalt«. Hier werden Perspektiven der Mitgliedsorganisationen zusammengeführt, Good-Practice-Beispiele ausgetauscht, neue Kooperationen angestoßen und fachliche Impulse entwickelt.

Das Thema Gesundheit spielt im Netzwerk immer wieder eine Rolle. So stand im Jahr 2025 die Woche des Bürgerschaftlichen Engagements, ein Format in dem bundesweit das Engagement in Deutschland sichtbar gemacht wird, unter dem Schwerpunkt Einsamkeit und der Frage, welchen Beitrag Engagement in diesem Kontext leisten kann. Im Rahmen des Projekts »Pat\*innen, Mentor\*innen, Lots\*innen« innerhalb des Bundesprogramms »Menschen stärken Menschen« spielen psychosoziale und entwicklungsbezogene Fragen eine zentrale Rolle. Mentoring- und Patenschaftsprogramme leisten hier etwa im Kontext von Flucht oder jungen Menschen wichtige Beiträge, indem sie durch das Tandem-Prinzip soziale Unterstützung, Orientierung und individuelle Förderung ermöglichen. Anknüpfungspunkte zwischen Engagement und Gesundheit bestehen also bereits. Diese gilt es jedoch weiter auszubauen und strategisch zu denken.

### **Keine Indienstnahme der Zivilgesellschaft**

Gleichzeitig darf Zivilgesellschaft nicht als Lösung für strukturelle Probleme öffentlicher Daseins- und Gesundheitsvorsorge in Anspruch genommen werden. Auch wenn die Ursprünge des klassischen Ehrenamts in Deutschland in der Daseinsvorsorge lagen und auch heute diese im Kontext von Engagement von Bedeutung ist, kann Zivilgesellschaft staatliche Verantwortung nicht ersetzen. Wenn Engagement zur Kompensation eines überlasteten und reformbedürftigen Gesundheitssystems instrumentalisiert wird, droht eine problematische Verschiebung von Verantwortung.

Engagement kann staatliches und privatwirtschaftliches Handeln ergänzen, innovative Lösungsansätze hervorbringen und soziale Infrastruktur stärken, aber nicht strukturelle Defizite kompensieren, weder im Gesundheitswesen noch anderswo. Multisektorale Zusammenarbeit bedeutet daher nicht, staatliche Aufgaben an Engagierte abzugeben, sondern unterschiedliche sektorale Ressourcen und Potentiale sinnvoll miteinander zu verbinden und Ko-Produktion und Ko-Kreation auch im Gesundheitsbereich zu ermöglichen.

Literatur bei dem Verfasser

DR. BEHZAD FÖRSTL, Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement, Michaelkirchstraße 17–18, 10179 Berlin, E-Mail: behzad.foerstl@b-b-e.de

HENRIETTE NEUMEYER, KIM MAREN KLECHA

## **Innovationen im Gesundheitswesen Integrierte Versorgung als Schlüssel zur zukunftsfähigen Krankenhausversorgung**

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor erheblichen strukturellen Veränderungen. Demografischer Wandel, steigende Behandlungsbedarfe und zunehmende Multimorbidität bei wachsendem Fachkräftemangel fordern die Versorgung heraus. Gleichzeitig ist das Gesundheitswesen nach wie vor sektoral in ambulante und stationäre Versorgung organisiert, wodurch Bereiche der direkten und langfristigen Nachsorge für eine kontinuierliche Betreuung voneinander getrennt sind. Der Trend zur Ambulantisierung wirkt verschärfend, da ursprünglich stationär gelöste Nachsorgeaufgaben eine neue Organisation und Finanzierung benötigen. Aus diesem Grund gewinnt die integrierte Versorgung zunehmend an Bedeutung. Der Gestaltungsanspruch liegt dabei darin, medizinischen Fortschritt sowie neue Versorgungsformen durch eine stärkere Verzahnung bislang getrennter Sektoren und durch Koordination der Patient:innenpfade zu ermöglichen. Im Ergebnis soll die Versorgung effizienter und patient:innenorientierter sein.

### **Integrierte Versorgung – Zugewinn für Patient:innen und Mitarbeitende**

Integrierte Versorgung bezeichnet ein Versorgungsmodell für Patient:innen mit komplexem, intersektoralem und interprofessionellem Behandlungsbedarf. Sie geht über die akuten medizinischen Versorgung hinaus und verbindet unterschiedliche Leistungsbereiche zu einem durchgängigen, patient:innenorientierten Behandlungsprozess. Ziel ist es, Schnittstellen systematischer zu gestalten, Ressourcen effizienter einzusetzen, um sowohl Über- als auch Unterversorgung zu vermeiden. Damit kann sie zu einer bedarfsgerechten, koordinierten und nachhaltigen Versorgung beitragen.

Behandlungspfade können am individuellen Bedarf ausgerichtet und Behandlungsübergänge strukturierter geplant sowie gestaltet werden, bei gleichzeitiger Reduzierung von Dokumentationsaufwänden und Informationsverlusten. Behandlungserfolge würden damit durch eine enge Abstimmung zwischen den verschiedenen Leistungserbringer:innen erzielt werden.

Gleichwohl profitieren auch Mitarbeitende in der Gesundheitsversorgung von integrierten Versorgungsmodellen. Neue Perspektiven zu interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen und weiteren Berufsfeldern können sich eröffnen. Neben neuer Kompetenzverteilung können Arbeitsabläufe in interprofessionellen Teams neugestaltet werden für eine ganzheitliche Versorgung.

Digitalisierung ist eine zentrale Voraussetzung, um Strukturen im Sinne integrierter Versorgung nachhaltig zu nutzen. Sie ermöglicht einen sektorenübergreifenden Austausch und schafft die Grundlage für koordinierte Behandlungsprozesse, etwa durch elektronische Patient:innenakten, telemedizinische Angebote oder ein digitales Entlassmanagement. Gleichzeitig bestehen weiterhin Limitationen: fehlende Investitionsmöglichkeiten, unzureichende Interoperabilität sowie zusätzliche Anforderungen durch Datenschutz, Implementierung und Schulungen. Der »Aufbruchgeist« hinsichtlich



Digitalisierung sollte dennoch genutzt werden, um Sektorengrenzen, Fehlanreize in Finanzierungssystemen und bestehende Schnittstellenprobleme entlang des Patient:innenpfads sichtbar zu machen und zu adressieren.

### Chancen der Krankenhausreform

Der Krankenhausreform kommt eine besondere Bedeutung zu. Die Krankenhauslandschaft soll anhand von Strukturkriterien zentralisiert werden, um die Versorgungsqualität durch Konzentrationseffekte und die Effizienz durch Skaleneffekte zu stärken. Die Einführung einer Vorhaltefinanzierung soll Krankenhäuser dabei stärker vergüten, die notwendigen Strukturen bereithalten, als auf die Erbringung einzelner Leistungen zu fokussieren. Da jedoch weiter die Vergütung an erbrachten Fallzahlen gekoppelt bleibt, steht noch der Nachweis in der Praxis aus, dass die jetzige Vorhaltefinanzierung zu einer verlässlicheren Grundlage für die Sicherstellung der Versorgung beitragen kann.

Hinsichtlich integrierter Versorgung kann die Krankenhausreform Chancen für eine bessere Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung eröffnen, wenn das Konzept der sektorenübergreifenden Versorger:innen aufgeht. Dadurch kann die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden werden. Krankenhäuser sollen in dem Fall stärker ambulante Leistungen erbringen und als Übergang bisher streng getrennter Systeme funktionieren. Krankenhäuser bilden als integrierte Versorgungszentren eine Brücke zwischen Primär- und ambulanter Versorgung sowie spezialisierten Kliniken. Diese sind in Zukunft in weiterer Distanz zu finden, woraus sich eine neue Koordinationsposition innerhalb regionaler Versorgungsstrukturen ergibt. Die Kooperation mit niedergelassenen Ärzt:innen, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen kann verstärkt dazu beitragen, Behandlungspfade nahtloser zu gestalten. Nicht zuletzt ist die Aufrechterhaltung eines hochwertigen medizinischen Angebots als Knotenpunkt ein Ausdruck für eine gelebte Daseinsfürsorge bei allem Fokus auf Zentralisierung.

### Herausforderungen in der Praxis

Doch wo Chancen bestehen, zeigen sich auch Herausforderungen. Integrierte Versorgung entsteht nicht (nur) durch

gesetzliche Rahmenvorgaben, sondern muss in der Praxis gelebt werden. Besonders deutlich zeigen sich Herausforderungen integrierter Versorgung in der Notfallversorgung. Notaufnahmen sind zunehmend ein wichtiger Anlaufpunkt innerhalb des Weges von Patient:innen, unabhängig davon, ob der Versorgungsbedarf ambulant oder stationär ist. Eine Koordination im Sinne einer integrierten Versorgung versucht, schon bei der Ersteinschätzung eine dem Bedarf angemessene Versorgungsstruktur zu identifizieren und Patient:innen dorthin zu lenken. Eine achtsame Nutzung von Systemstrukturen, auch der Notaufnahmen, soll niederschwellige Inanspruchnahme von Leistungen ermöglichen und gegebenenfalls auch telemedizinisch genügend Hilfestellung bieten, um den eigenen Versorgungsbedarf einschätzen und behandeln lassen zu können. Werden dadurch komplexe Strukturen wie die Notaufnahmen entlastet, profitieren beide Seiten: die Patient:innen durch klare Wege und komplexe Einrichtungen durch den Fokus auf akutstationäre Notfälle und Koordination deren Weiterversorgung.

Integrierte Versorgung kann zentraler Taktgeber für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen sein. Sie verbindet Innovation und Patient:innenzentrierung. Krankenhäuser nehmen dabei als Orte stationärer Behandlung und als zentrale Knotenpunkte in regionalen Versorgungsnetzwerken eine Schlüsselrolle ein. Die Qualität zukünftiger medizinischer Versorgung wird sich an ihrer Fähigkeit, Zusammenarbeit im Sinne der Patient:innen zu organisieren, zeigen.

Literatur bei den Verfasserinnen.

PROF. DR. MED. HENRIETTE NEUMEYER, KIM MAREN KLECHA,  
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Wegelystraße 3, 10623 Berlin,  
E-Mail: k.klecha@dkgev.de

### CHRISTOPHER KOFAHL

## Vernetzt in der Selbsthilfe – demokratiefördernd und wirksam!

In seiner Zeit als Bundesgesundheitsminister wertete Horst Seehofer die Selbsthilfe zur »vierten Säule des Gesundheitssystems« auf und Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier ging gar so weit, in Selbsthilfegruppen »Keimzellen der Demokratie« zu sehen. In der Tat sind Selbsthilfegruppen (SHG) und -organisationen (SHO) heute im Rahmen demokratischer Willensbildung etabliert und haben sich im Sozial- und Gesundheitswesen tief verwurzelt. Die Selbsthilfestrukturen sind inzwischen so hochgradig ausgebaut und organisiert, dass man die deutsche Selbsthilfelandchaft in aller Bescheidenheit als weltweit einmalig bezeichnen kann. Österreich und die Schweiz nähern sich Deutschland stark an.

### Wann und wie sind SHG entstanden?

Die bereits Ende des 19. Jahrhunderts entstandenen Abstinenzverbände und die 1935 gegründeten, spirituell geprägten »Anonymen Alkoholiker« zählen zu den ältesten Formen der Selbsthilfe. Die heute ca. 8.700 Gruppen in Deutschland sind außerordentlich hilfreich für Menschen, die ihre Sucht überwinden wollen. Das spätere in den 1970ern/1980ern starke Aufkeimen von den inzwischen bis zu 100.000 SHG entstand maßgeblich aus der Unzufriedenheit mit der medi-

zinischen und pflegerischen Versorgung, insbesondere bezüglich des Umgangs mit ihnen als Patient:innen: nicht informiert, nicht aufgeklärt, bevormundet und über ihre Köpfe hinweg entschieden. Subjekte als Objekte.

Das Bestreben der Betroffenen zielte somit auf Kontrollgewinn und Selbstbestimmung. Viele Menschen mit Behinderungen organisierten sich in Gruppen, um ihr Recht auf autonomes Leben zu begründen und einzufordern. »Nihil de nobis, sine nobis« (Nichts über uns ohne uns) war und ist das Leitmotiv für Patient:innenorientierung, -partizipation und -vertretung. Die gesellschaftlichen und politischen Wirkungen der organisierten Selbsthilfe sind aus heutiger Sicht äußerst imposant. Tatsächlich geht die Verwirklichung der ursprünglichen Forderungen der Selbsthilfe inzwischen so weit, dass die hier im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements ehrenamtlich Tätigen in manchen Bereichen der Beteiligungsmöglichkeiten in Politik, Versorgung und Forschung an ihre Grenzen stoßen und deshalb mehr finanzielle und personelle Unterstützung benötigen.

### Was bewirkt eine SHG-Beteiligung bei den Betroffenen?

Selbsthilfe ist kein Ersatz für professionelle Behandlung und Therapie, aber eine wertvolle Ergänzung. Die meisten SHG setzen dort an, wo das professionelle System an seine Grenzen kommt oder schlicht keinen Auftrag mehr für sich sieht, insbesondere vor dem Hintergrund immer geringerer personeller und zeitlicher Ressourcen. Selbsthilfe fokussiert auf den Umgang mit Krankheit und Behinderung sowie auf Copingstrategien, ist alltagsorientiert, integriert psychosoziale und rechtliche Aspekte und ermöglicht Teilhabe. Letztere erfährt in allen Selbsthilfestudien auch die größte Zustimmung. Viele erleben eine starke Entlastung durch die Erfahrung, verstanden zu werden, sich nicht begründen zu müssen, Sorgen und Nöte zu teilen. Selbsthilfe steigert die Gesundheitskompetenz, weil SHG-Mitglieder mehr über ihre Erkrankung und Behinderung lernen, Behandlungsmöglichkeiten abwägen können, mehr über ihre Rechte erfahren und sich kompetenter in die Interaktion mit Ärzt:innen, Therapeut:innen, Krankenkassen und anderen Sozialversicherungen begeben. Dies alles gilt gleichermaßen für unmittelbar wie mittelbar Betroffene, die An- und Zugehörigen.

All diese Aspekte sind inzwischen in großen Studien nachgewiesen. Die jeweiligen Effektstärken in den Vergleichen zwischen Selbsthilfe-Aktiven und Nicht-Aktiven sind zwar nicht riesig, zeigen sich aber in nahezu allen relevanten Dimensionen. Wirksamkeitsstudien haben allerdings mit dem Umstand zu kämpfen, dass Selbsthilfe sehr heterogen und vielschichtig ist. SHG agieren autonom und selbstbestimmt, definieren ihre Themen selbst, sind also kein standardisiertes Therapieprogramm, das man in einer randomisiert kontrollierten Studie untersuchen könnte. Für Einzelne kann eine SHG-Beteiligung ein Gamechanger sein, zum Beispiel weil der Austausch mit anderen Betroffenen zu einer existenziellen Erkenntnis, einer Neubewertung und neuer Zuversicht führen kann. Auslösende Momente können dabei klein sein, sind oft zufällig und entspringen der jeweiligen Interaktion und unterschiedlichen Erfahrungen. Wissenschaftlich lässt sich dies zwar anekdotisch, aber nur schwer systematisch greifen. Für die Selbsthilfe gibt es wiederum eine entscheidende (Selbst-)Evidenz: die Menschen kommen und bleiben, weil »ihre« SHG ihnen guttut.

### Wie entwickelt sich der Selbsthilfebedarf?

In Deutschland sucht jeder elfte Mensch mindestens einmal im Leben als Betroffene:r oder Angehörige:r eine SHG auf. Sozialstatusmerkmale spielen nur eine geringe Rolle, wenn gleich Immigrant:innen Selbsthilfeangebote deutlich seltener nutzen als Einheimische. Die hochgerechnete Zahl von ca. 3 bis 3,5 Millionen Teilnehmenden und Mitgliedern von SHG und SHO ist seit mindestens drei Dekaden stabil. Digitalisierung, patient:innenorientiertere Beratungskonzepte und erleichterte Zugänge zu medizinischem Wissen sollten theoretisch die Bedarfe nach gemeinschaftlicher Selbsthilfe gesenkt und zu rückläufigen Zahlen geführt haben. Dies ist aber nicht der Fall. Im Gegenteil ist eher davon auszugehen, dass die Bedarfe sogar steigen werden, einerseits durch die steigende Komplexität von medizinischem Wissen und Behandlungen bis in Richtung individualisierter Medizin sowie andererseits die abnehmenden Kapazitäten für individuelle Beratung der Patient:innen.

Das Versorgungssystem und Selbsthilfe tun also gut daran, miteinander zu kooperieren und sich zu vernetzen. Solche Kooperationen sind inzwischen zunehmend verbreitet (im Suchtbereich längst selbstverständlich), aber insgesamt noch stark ausbaufähig. Behandelnde sind entscheidende Informant:innen über und Vermittler:innen in die Selbsthilfe. Diese Schlüsselrolle wird noch viel zu wenig systematisch genutzt, am wenigsten in der ambulanten Versorgung. Konzepte wie Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen bieten hier einen wissenschaftlich evaluierten Rahmen zur Implementierung und Gestaltung einer solchen Kooperation. Selbsthilfekontaktstellen geben hierbei Unterstützung zur Entlastung sowohl der Versorgungseinrichtungen als auch der involvierten SHG. Investitionen in die Kooperationen zwischen Versorgung und Selbsthilfe sind ein wichtiger Schlüssel zu mehr Patient:innenorientierung und Mitwirkungsmöglichkeiten der betroffenen Patient:innen und ihren Angehörigen.

Literatur beim Verfasser.

DR. PHIL. DIPL.-PSYCH. CHRISTOPHER KOFAHL, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Martinistraße 52, 20246 Hamburg, E-Mail: kofahl@uke.de

ANKE HOLTSMANN-PLOG, JOHANNA KAISER, MARIA RENTSCHLER

## Caring Communities Gesundheit gemeinsam gestalten

Wenn Fürsorge zur Gemeinschaftsaufgabe wird: Gesundheit und Pflege sind mehr als medizinische Versorgung. Sie entstehen dort, wo Menschen füreinander Verantwortung übernehmen, sich unterstützen und vernetzen. Genau hier setzt das internationale Innovationsprojekt Caring Communities an. Ziel ist es, pflegebedürftigen Menschen ein gutes Leben in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen – getragen von starken Gemeinschaften.

Caring Communities ist ein internationales Transformationsprojekt zur Verbesserung der ambulanten Pflege und häuslichen Versorgung im Donauraum. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie Pflege, Nachbarschaft, Zivilgesellschaft, Kommunen und professionelle Dienste besser zusammenwirken können. Der Ansatz: Pflege wird nicht isoliert gedacht, sondern als gemeinsame Aufgabe im Quartier und in der Region.



### Mit Innovationsmethoden sorgende Gemeinschaften stärken

Herzstück des Projektes sind unterschiedliche Innovationsprogramme. Hier werden lokale Initiativen, Einzelpersonen, Nichtregierungsorganisationen (NGOs) und Start-Ups dabei unterstützt, alltagstaugliche Unterstützung zu entwickeln, zu testen und in die Praxis zu überführen. Dies können technische wie nichttechnische Lösungen sein.

Das Projekt wird von der Diakonie Baden geleitet und endet nach 30 Monaten im Juni 2026. Insgesamt arbeiten 25 Partner:innenorganisationen aus neun Ländern des Donaumaums zusammen, darunter Deutschland, Österreich, Ungarn, Rumänien, Kroatien, Serbien, Bulgarien, Bosnien und Herzegowina sowie die Republik Moldau. Eine breite Partnerschaft ermöglicht es, unterschiedliche Perspektiven zusammenzubringen und voneinander zu lernen.

Beteiligt sind Wohlfahrtsverbände und soziale Träger:innen, Kommunen und öffentliche Einrichtungen, Hochschulen und Forschungseinrichtungen, NGOs und Netzwerke.

Im Projekt werden verschiedene praxisnahe und innovative Aktivitäten realisiert. Inkubations- und Accelerator-Programme unterstützen Initiativen und Organisationen, neue Lösungen für ambulante Pflege, Nachbarschaftshilfe und Unterstützung im Alltag zu entwickeln, zu testen und weiterzuberbreiten. Inspiriert sind die Formate aus der Start-Up Welt, angepasst für den sozialen Sektor. Während Inkubatoren-Programme sich um die Ideengenerierung und Entwicklung eines Prototypen drehen, wenden sich Acceleratoren-Programme an bereits etablierte Unternehmen oder Angebote, die intern oder extern wachsen möchten.

In »System Innovation Labs« arbeiten Akteur:innen aus Praxis, Verwaltung und Wissenschaft gemeinsam an Lösungen für strukturellen Herausforderungen in der Pflege und Versorgung. Durch transnationalen Austausch bei Veranstaltungen, Workshops und Konferenzen wird der Erfahrungsaustausch über Ländergrenzen hinweg gefördert und erfolgreiche Ansätze übertragbar gemacht. Zudem sorgt die wissenschaftliche Begleitung durch Forschungspartner:innen dafür, dass Erkenntnisse gesichert, Wirkungen analysiert und Empfehlungen für Politik und Praxis abgeleitet werden können.

### Eine Beispielinnovation: Der Pflege Accelerator

Der Pflege Accelerator zur Förderung neuer Lösungen in der ambulanten Pflege und Quartiersarbeit in Baden-Württemberg ist ein Beispiel für die Innovationsprogramme im Rahmen von Caring Communities. Das Programm richtete sich an Projekte, Start-ups, soziale Träger:innen oder Kommunen, mit bereits getestetem, eigenem Konzept und dem Wunsch zur Skalierung oder Weiterentwicklung. Ziel ist es, innovative Ansätze schneller in die Praxis zu bringen und nachhaltig in bestehende Versorgungsstrukturen zu integrieren. Das Programm wurde vom Grünhof e. V. / Social Innovation Lab umgesetzt und fachlich von der Diakonie Baden begleitet. Das Accelerator-Programm lief über neun Monate und kombinierte Workshops, Coaching, Mentoring sowie Netzwerkformate. Insgesamt nahmen vier Teams am Pflege Accelerator teil.

Die Hilver-App entwickelte ein automatisiertes Vermittlungstool, das Menschen dabei unterstützt, passende Alltagshilfen schnell und unkompliziert zu finden. Perspective Care arbeitete an einem digitalen Patient:innen-Monitoringsystem, das den Gesundheitszustand von Pflegebedürftigen besser erfassbar macht, Sturzprävention ermöglicht und damit die Versorgung verbessert. Die Samariter Stiftung brachte ihre Erfahrungen aus der ambulanten Pflege ein und zeigte, wie ein selbstorganisiertes Teamkonzept und ein präventiver Ansatz konkret umgesetzt werden können. Das Gesundheitsnetz Heuberg entwickelte das Modell einer »Community Health Nurse« weiter - als verbindende Schnittstelle im Quartier zur Stärkung von Gesundheitsvorsorge sowie Unterstützung direkt vor Ort. Parallel zum deutschen Pflege Accelerator wurden fünf weitere Acceleratoren-Programme in Österreich, Rumänien, Kroatien, Bosnien und Bulgarien durchgeführt.

Caring Communities wird gefördert durch das INTERREG Donaumaumprogramm der Europäischen Union und das Bundesprogramm Transnationale Zusammenarbeit. Diese Förderung ermöglicht die enge europäische Kooperation und die Entwicklung gemeinsamer Lösungen für gesellschaftliche Herausforderungen im Bereich Pflege und Gesundheit.

### Ein Impuls für die Gesundheitsförderung

Caring Communities zeigt exemplarisch, wie transnationale Kooperation wirkungsvolle Impulse für ambulante Pflege setzen kann: Die Kombination aus systemischer Analyse, praktischer Lösungsentwicklung und politischer Rahmensetzung schafft ein robustes Innovationsökosystem. Gerade weil viele Herausforderungen im Donaumaum geteilt sind, entfaltet Vernetzung hier eine besondere Hebelwirkung. Eindrucksvolles Fazit nach knapp zwei Jahren Projektarbeit: Gesundheitsförderung beginnt im Alltag der Menschen. Dort, wo Gemeinschaften gestärkt, Netzwerke geknüpft und Verantwortung geteilt wird, entsteht ein Umfeld, das Gesundheit, Teilhabe und Lebensqualität fördert – für alle Generationen.

Literatur bei den Verfasser:innen.

ANKE HOLTSMANN-PLOG, JOHANNA KAISER, MARIA RENTSCHLER,  
Diakonie Baden, Vorholzstraße 3–5, 76137 Karlsruhe,  
E-Mail: AHoltmann-Plog@diakonie-baden.de,  
Internet: www.diakonie-baden.de



DIETER RÖH, SILKE WERNER

## Netzwerke von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation ist eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), die unter anderem von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) angeboten wird [1]. Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besteht ein hohes Risiko der Unter- beziehungsweise Fehlversorgung bei den LTA [2, 3, 4], was ihre Chancen auf eine erfolgreiche (Re-)Integration in den ersten Arbeitsmarkt verringert [5, 6].

Im von der DRV geförderten Forschungsprojekt »Netzwerke und Kooperationen in der beruflichen Rehabilitation« (NEKOBERE) wurde die Bedeutung von Netzwerken und Kooperationen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation untersucht.

### Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung

Ein soziales Netzwerk umfasst alle Beziehungen einer Person sowie deren Verbindungen untereinander [7, 8]. Die Netzwerkforschung zeigt, dass soziale Netzwerke [9] auch im Gesundheits- und Rehabilitationsbereich [10] entscheidend sind, da sie Morbidität, Mortalität, Lebensqualität und Identität beeinflussen.

Theoretisch ergibt sich ihre Bedeutung aus dem Zusammenspiel von sozialen Netzwerken, sozialer Unterstützung und sozialem Kapital [11]. Soziale Unterstützung kann dabei in verschiedenen Formen erfolgen, etwa emotional, instrumentell oder über den »identity approach« [12].

Für Gesundheit und Krankheitsbewältigung sind zwei Effekte zentral: Haupteffekte entstehen durch kontinuierliche unspezifische Unterstützung, die auch in Krisen wirkt. Der Puffereffekt mildert die negativen Folgen von Distress ab. [12].

Im Projekt wurden problemzentrierte Interviews [13] unter Einsatz egozentrierter Netzwerkkarten [14] durchgeführt und ausgewertet [15,16]. Die Interviewten ordneten ihre sozialen Kontakte und Unterstützungsformen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation nach Wichtigkeit in der Netzwerk-

karte ein. Die Kontakte wurden zu Clustern zusammengefasst und die Kooperationsqualitäten inhaltsanalytisch ausgewertet. Dabei wurde zwischen informellen Kontakten wie Familie und Freund:innen und formellen Kontakten wie Ärzt:innen oder Behördenmitarbeitenden unterschieden.

Die Netzwerkkontakte der Rehabilitand:innen mit psychischen Beeinträchtigungen konnten in informelle und formelle Cluster zusammengefasst werden: Familie/Partnerschaft/Haustiere, Freundschaften, Bekannte/virtuelle Kontakte/Nachbar:innen, Kontakte in Betrieben, Reha-Kontakte (bei Leistungserbringer:innen) und Kontakte zum Sozial- und Gesundheitswesen.

Am wichtigsten waren den Rehabilitand:innen ihre sozialen Kontakte zu (Ehe-)Partner:innen, Kindern, Haustieren, Nichten/Neffen, Schwäger:innen sowie zu engsten Freund:innen. »Weil das (Ehefrau) mein Fels in der Brandung immer ist, muss ich ganz ehrlich sagen.« (Interview 6)

Informelle Netzwerke bieten emotionale Sicherheit, praktische Unterstützung und Motivation, können aber bei Konflikten den Rehabilitationsprozess beeinträchtigen. Freund:innen bieten sowohl emotionale als auch praktische Hilfe, etwa bei der Jobsuche, Bekannte fördern die soziale Teilhabe und das psychische Wohlbefinden insbesondere bei Isolation. Nachbarschaft ermöglicht Zugehörigkeit und alltagsnahe Unterstützung [12].

Auch wichtig waren den Rehabilitand:innen die Kontakte zu den sie begleitenden Reha-Fachkräften, zu sozialen Diensten (Angebote zur sozialen Teilhabe nach SGB IX) sowie zu Integrationsfachdiensten. »Meine Reha-Fachkraft ist natürlich auch sehr eng dran, weil sie mich in allen Fragen unterstützt. Mit mir zusammen [...] Strategien entwickelt [...] man baut irgendwie eine persönliche Bindung (auf) [...] Und da bin ich mit denen im Austausch und bekomme natürlich auch Tipps und Rückmeldung.« (Interview 1)

Formelle Netzwerke sind zentral für Rehabilitation und den Übergang in Arbeit. Reha-Fachkräfte kompensieren fehlende Sozialbeziehungen, bieten fachliche Orientierung, emotionale Unterstützung und Hilfe bei der Arbeitsplatzsuche. Ihre Kompetenz und Empathie beeinflussen den Reha-Erfolg, während negative Erfahrungen den Prozess erschweren. Mit-Rehabilitand:innen unterstützen durch gemeinsame Erfahrungen die Selbstwirksamkeit und Motivation.

Die Erfahrungen mit Leistungsträger:innen sind uneinheitlich: Feste Ansprechpersonen werden als unterstützend erlebt, starre Vorgaben hingegen als hinderlich. Rehabilitand:innen wünschen sich mehr Partizipation. Gute Beziehungen zu Vorgesetzten und Kolleg:innen im Praktikum, von denen mehrere zur Arbeitserprobung absolviert werden, stärken Selbstvertrauen, während Konflikte Rückschritte bewirken können. Integrationsbeauftragte sind zentral für die Vermittlung passender Arbeitsplätze.

Das Gesundheits- und Sozialwesen bietet ergänzende Stabilisierung: Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen unterstützen emotional, begleiten reflexiv, beugen Rückfällen vor und sichern die psychische Stabilität; ihre Begleitung wird im Verlauf punktueller. Selbsthilfegruppen und Teilhabeangebote nach SGB IX fördern Gemeinschaft, Austausch und Eigenverantwortung.

Ein funktionierendes Netzwerk basiert aus Sicht der Rehabilitand:innen auf Wertschätzung, Vertrauen und regelmäßigem Kontakt. Persönliche Treffen und direkte Kommunikation sind besonders wichtig. Voraussetzung für solche Beziehungen ist

psychische Stabilität, da Austausch und gegenseitige Unterstützung Zeit und Energie erfordern.

Eine Analyse der Teilhabedimensionen anhand der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit zeigt, dass jene Teilhabedimensionen als am wichtigsten beurteilt werden, die mit Beziehungen zusammenhängen.

### Diskussion und Handlungsempfehlungen

Die Netzwerkanalysen zeigen, wie soziale Netzwerke die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt prägen [19].

Informelle wie formelle Netzwerke bieten emotionale Stabilität, praktische Hilfe, Orientierung und Motivation. Entscheidend ist die Qualität der Beziehungen – insbesondere Vertrauen. Wiedereingliederung gelingt vor allem mit tragfähigen privaten und institutionellen Netzwerken.

Die vielfältigen Unterstützungsbedarfe der Rehabilitand:innen machen die Kombination aus professioneller und privater Hilfe notwendig. Flexible, individuell angepasste Angebote, bessere Vernetzung der Einrichtungen und eine verlässliche Nachbetreuung sind entscheidend. Zudem trägt Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen wesentlich zum Erfolg der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt bei.

Literatur siehe Link im Impressum

DR. DIETER RÖH, DIPL.-SOZ. SILKE WERNER, Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg, Fakultät Soziale Arbeit und Kindheitspädagogik, Alexanderstraße 1, 20099 Hamburg, E-Mail: dieter.roeh@haw-hamburg.de, silke.werner@haw-hamburg.de

## In eigener Sache

Liebe Leser:innen, die Zeitschrift *impulse* für Gesundheitsförderung können Sie sowohl in gedruckter als auch in elektronischer Form (als PDF-Dokument) beziehen. Sie beziehen die *impulse* aktuell postalisch, möchten aber Papier-Ressourcen sparen und die neuen Ausgaben ab jetzt per E-Mail zugestellt bekommen? Dann melden Sie sich gerne unter [impulse@gesundheit-nds-hb.de](mailto:impulse@gesundheit-nds-hb.de).



Sie beziehen die *impulse* noch nicht im Abonnement und möchten die Zeitschrift regelmäßig per E-Mail zugestellt bekommen? Dann freuen wir uns auf Ihre Anmeldung.



Zudem machen wir Sie auf die Möglichkeit aufmerksam, die *impulse*-Ausgaben von unserer Website [www.gesundheit-nds-hb.de/impulse/](http://www.gesundheit-nds-hb.de/impulse/) herunterzuladen.

# Impressum



Niedersachsen Bremen e. V.

» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V., Schillerstraße 32, 30159 Hannover  
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 388 11 89-31

E-Mail: [info@gesundheit-nds-hb.de](mailto:info@gesundheit-nds-hb.de)

Internet: [www.gesundheit-nds-hb.de](http://www.gesundheit-nds-hb.de)

» **LinkedIn:** Folgen Sie uns auf LinkedIn: LVGAFS

<https://de.linkedin.com/company/lvgafs>

» **ISSN:** 2195-6561

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Daniel Albrecht, Sabine Erven, Wiebke Humrich, Anni Nock, Sandra Pape, Maxi Schäfer, Sabine Scholz-de Wall, Sandra Surrey, Sabrina Weitemeier

» **Beiträge:** Birgit Babitsch, Elisa Behrens, Simone Berwanger, Dr. Anna-Lena Boeck, Niklas Brähler-Dieling, Maren Bredehorst, Jens Bucksch, Dr. Johanna Ernst, Larissa Federmann, Behzad Förstl, Silvie Haarmann, Prof. Dr. Carmen Hack, Holger Hassel, Anke Holtmann-Plog, Sören Hoyer, Stefan Hübner, Wiebke Humrich, Johanna Kaiser, Kim Maren Klecha, Dr. phil. Dipl.-Psych. Christopher Kofahl, Kerstin Kowalewski, Finnja Lindemann, Christine Menker, Moritz Müller, Prof. Dr. med. Henriette Neumeyer, Tom N. Nolden, Sandra Pape, Lisa Paulsen, Kerstin Petras, Iris Pinkepank, Inari Priess, Prof. Dr. Eva Quante-Brandt, Prof.in Dr.in Eike Quilling, Maria Rentschler, Hannah Richter, Prof. Dr. Dieter Röh, Hilke Schauland, Lotte Schlimmer, Maike Schröder, Mareike Schulze, Sandra Surrey, Dr. Dr. Mo Urban, Franziska Wächter, Sabrina Weitemeier, Dipl.-Soz. Silke Werner, Birgit Wollenberg, PD Dr. Hans Worthmann

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 132: 01.07.2026

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

» **Auflage:** 2.000

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

» **Druck:** Druckerei Hartmann & Greif GmbH

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

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor:innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» **Titelbild:** © pexels.com

» **Fotos:** S. 23 © Landkreis Peine, alle andern © adobe.stock.com:

© master1305 (S. 2), © Daisy Daisy (S. 7), © InfiniteFlow (S. 9), © Yuliiia (S. 11),

© Rawpixel.com (S. 12), © Pixel-Shot (S. 14), © Jonás Torres (S. 16),

© Günter Albers (S. 21), © samunella (S. 22), © lagom (S. 27)

» Liebe Leser:innen, wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der *impulse* speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter [info@gesundheit-nds-hb.de](mailto:info@gesundheit-nds-hb.de) widersprechen.

» Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

» Literatur siehe folgender Link oder QR-Code:

<https://www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Publikationen/Impulse/literaturverzeichnis-impulse-131.pdf>





WIEBKE HUMRICH, SABRINA WEITEMEIER

## Betroffeneninitiativen als wirkungsvolle Netzwerke – Gemeinsam das Thema »Armut« sichtbar machen

### Interview

Netzwerke, Kooperationen und Arbeitsgruppen im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention werden größtenteils in Organisationen, Projekten oder im Rahmen von ressort- und/oder professionsübergreifender, professioneller Arbeit initiiert. Freiwillig abgesandte oder unfreiwillig benannte Verwaltungsmitarbeitende, Wissenschaftler:innen, Fachkräfte und weitere Verantwortliche aus verschiedenen Settings sind Mitglieder in diesen Strukturen. Unterschiedliche Themen und damit verbundene Ziele werden diskutiert, worauf hin danach häufig Angebote für verschiedene Dialoggruppen entwickelt und umgesetzt werden sollen. Doch wann und wo werden die Dialoggruppen, also die Betroffenen selbst, aktiv und ernsthaft beteiligt? Oder besser noch: Warum binden wir nicht gleich Betroffenennetzwerke und -initiativen stärker in professionelle (Netzwerk-)Arbeit mit ein? Welchen Mehrwert haben Betroffeneninitiativen für die einzelnen Personen? Welche Wirkungen werden über solche Zusammenschlüsse, gerade bei Themen wie zum Beispiel »Armut«, erzielt?

Am Beispiel der Betroffenengruppe »Arm aber Lautstark« aus Hannover, beantwortet Stefan Hübner (Sprecher der Initiative) der LVG & AFS diese und weitere Fragen.

Die Betroffenengruppe »Arm aber Lautstark« hat sich im Rahmen eines einwöchigen Workshops 2025 auf der Insel Juist, bei dem 12 armutserfahrene Personen aus Niedersachsen teilgenommen haben, gegründet. Der Workshop wurde von der Landesarmutskonferenz Niedersachsen (LAK) initiiert. Mit dem Ziel: Das Thema Armut aus Sicht der Betroffenen zu diskutieren, zu kommunizieren und damit ein positives Bild von armutserfahrenen Menschen in der öffentlichen, aber auch in der politischen Wahrnehmung zu stärken und die Betroffenen selbst, in einer sicheren Umgebung zu empoweren, im Sinne von: Ihr seid die Expert:innen zum Thema Armut!

#### Wie alles anfing – Empowerment

» LVG & AFS: Haben Sie das Gefühl, es gab so etwas wie eine Initialzündung für die Gründung Ihrer Initiative?

» Hübner: Ja, auf jeden Fall. Alles fing in dieser Workshop-Woche auf Juist an. Da habe ich so lange rumgenervt, dass wir etwas aus dieser Zusammenarbeit machen. Ich hatte im Gefühl, dass es einfach wichtig ist an dem Thema dranzubleiben. Als alle ihre Zustimmung gegeben haben, hat sich die Gruppe »Arm aber Lautstark« gegründet. Natürlich hat es dann noch alles ein bisschen gedauert, weil wir klären mussten, wo wir uns treffen können, wie wir uns organisieren, aber der Grundstein war schon mal gelegt.

» LVG & AFS: Berichten Sie doch gerne, aus wie vielen Mitgliedern besteht Ihre Initiative und wie können wir uns Ihre Arbeit vorstellen?

» Hübner: Im Moment sind wir leider nur zu sechst und dabei haben wir ganz viele Arbeitsbereiche. Zuerst haben wir eine Radiosendung bei Leibniz FM gemacht, haben uns aber aufgrund der größeren Reichweite dazu entschlossen auf einen Podcast umzustellen. Wir machen zudem politische Aufklärung. Das heißt, wir arbeiten auch mit Parteien zusammen, die uns für Vorträge und Gespräche anfragen können. Darüber hinaus machen wir Aktionen im öffentlichen Raum, zum Beispiel veranstalten wir Kundgebungen oder halten Reden bei Demonstrationen. Im Kern unserer Arbeit tun wir alles, um in der Öffentlichkeit das Thema Armut positiv in die öffentliche Diskussion und in die politischen Debatten zu bringen. Dazu müssen wir uns natürlich auch mit anderen Institutionen, Vereinen und so weiter vernetzen. Hilfreich war dabei, dass wir Mitglied in der LAK werden konnten. Darüber hinaus sind wir auch sehr stolz, dass »Arm aber Lautstark« die erste Betroffeneninitiative der LAK ist.

Wir wünschen uns sehr viel mehr Aktive in unserer Initiative. Dazu organisieren wir auch Treffen in anderen niedersächsischen Städten, um weitere Standorte unserer Initiative zu etablieren, zum Beispiel in Göttingen und nächstes Jahr auch in Braunschweig.

» LVG & AFS: Wer hat Ihre Gruppe in der Gründungsphase unterstützt?

» Hübner: Auf jeden Fall die LAK, ohne die hätten uns ja gar nicht kennen gelernt. Und wie das bei einer Gruppengründung so ist, da gibt es ja manchmal auch kleinere Konflikte untereinander und da haben die Kolleg:innen immer zwischen uns vermittelt, so dass wir letztlich ein eingeschworener Haufen geworden sind.

Und ansonsten bringen wir eine Menge Eigenmotivation mit, ohne die geht es nicht. Man muss schon über eine gewisse Stärke verfügen und gegebenenfalls Konsequenzen aushalten können, denn nicht jeder findet gut, was wir machen. Gerade auf Social Media begegnet einem immer wieder Hass und Hetze, wenn man versucht, auf das Thema Armut aufmerksam zu machen und es in politische Debatten einfließen zu lassen.

» **LVG & AFS:** *Welchen persönlichen Nutzen ziehen Sie aus der Arbeit in der Initiative?*

» **Hübner:** Durch einen Schlaganfall bin ich gesundheitlich beeinträchtigt und überhaupt erst in Armut geraten. Die Gründung von »Arm aber Lautstark« fand in einer sicheren, vorurteilsfreien Umgebung statt. Da war es möglich, dass ich mich entfalten und frei denken konnte, fernab von Stempeln, die Ämter einem aufdrücken wollen. Das Gefühl, dass einem etwas zugetraut wird, das hat mich sehr beflügelt. Und so sollte es eigentlich sein, den Menschen Fähigkeiten und Kompetenzen zutrauen und fördern. Damit ließe sich sehr viel mehr erreichen als durch Drohungen und Sanktionsregime, die von Menschlichkeit nicht mehr viel überlassen.

### Übergang zur Selbstorganisation

» **LVG & AFS:** *Gab es Hürden oder Schwierigkeiten bei der Gründung der Initiative?*

» **Hübner:** Unser Ziel ist ja wirklich eine strikte Selbstorganisation. Das bedeutet, dass wir nicht unter versuchter Einflussnahme anderer Organisationen in eine Richtung gedrängt werden, die wir eigentlich gar nicht einschlagen wollen. Aus unserer Erfahrung heraus kann ich sagen, dass es unter diesem Aspekt gar nicht so einfach ist, irgendwo Hilfen zu bekommen. Viele bieten Hilfe an, aber nur, wenn auch ein Nutzen für sie selbst dabei entsteht. Bei der Selbsthilfe für Wohnungslose e. V. haben wir aber Unterstützung erfahren und können dort vor Ort Räumlichkeiten nutzen. Im Gegenzug sind wir formal Mitglied bei ihnen geworden, aber von vornherein war klar, dass sie damit keinerlei Einfluss auf unsere Arbeit nehmen wollen.

### Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb des Netzwerks

» **LVG & AFS:** *Stehen Sie in Kontakt mit anderen Betroffeneninitiativen in Niedersachsen oder dem Bundesgebiet?*

» **Hübner:** Es gibt leider wirklich nicht so viele selbstorganisierte Gruppen. Man muss sich vor Augen halten, Armutsbetroffenheit bedeutet eigentlich zu 90 Prozent das Überleben zu sichern – es stehen ganz andere Aspekte im Vordergrund. Mir sind lediglich zwei weitere Betroffeneninitiativen bekannt, eine in Nürnberg und die andere in Freiburg. Für den digitalen Erfahrungsaustausch ist die Entfernung okay, aber im praktischen Miteinander trennen uns zu viele Kilometer. Wir versuchen nun in Niedersachsen – in Zusammenarbeit mit einzelnen demokratischen Parteien und zusätzlichen Unterstützer:innen – weitere regionale Betroffeneninitiativen zu initiieren. Mit den Standorten Göttingen und Braunschweig starten wir. Wir hoffen, dass wir so zwei weitere Gruppen in Niedersachsen aufbauen können, so dass wir mehr Aktive sind, die in unserem Bundesland zusammen in ihren jeweiligen Regionen etwas bewegen können.

» **LVG & AFS:** *Mit Blick auf die politische Ebene, welche Faktoren beeinflussen Ihre Arbeit?*

» **Hübner:** Man merkt ganz oft, dass Menschen, die heutzutage Politik machen, das wirklich nur als Karriereoption sehen. Die machen ihre Politik dann für die Kreise, wo es was zu verdienen gibt. Diese Politiker:innen sind für uns schlecht erreichbar. Denen kannst du die treffendsten Argumente nennen und beweisen, dass du Recht hast, aber es interessiert sie nicht, wenn das Thema für sie nicht karriereförderlich ist. 17,7 Millionen Menschen in Deutschland sind armutsgefährdet, das ist fast ein Viertel der Bevölkerung und die werden einfach nicht mehr ernst genommen. Die Studie »Wie geht es den Menschen im Bürgergeldbezug?« von Sanktionsfrei hat nachgewiesen, dass 88 Prozent der Menschen im Leistungsbezug sich gesellschaftlich nicht mehr zugehörig fühlen. Ich halte das für eine demokratiegefährdende Entwicklung, wenn ich ein knappes Viertel der Bevölkerung komplett verliere. Förderlich wäre, wenn Armutsbetroffene mehr gehört und beteiligt würden. Und, wenn erkannt würde, dass ihre Perspektive wertvoll für politische und gesellschaftliche Entwicklungen sind.

Aber es gibt in allen demokratischen Parteien auch gute Leute, die zuhören und sich für das Thema Armut stark machen. Wünschenswert wäre, wenn diese Politiker:innen nicht an starre innerparteiliche Grenzen stoßen würden, um wirklich etwas für Armutsbetroffene zu bewegen.

» **LVG & AFS:** *Gibt es Akteur:innen, die Sie in der Zusammenarbeit mit Ihrer Initiative positiv überrascht haben?*

» **Hübner:** Ja, ein wirklich gutes Projekt ist, dass wir mit dem Landessportbund Niedersachsen zusammenarbeiten. Die möchten den Vereinssport attraktiver machen und wollen Zugänge für armutsbetroffene Menschen niedrigschwelliger gestalten. Die Zusammenarbeit ist sehr wertschätzend. Wir sitzen dort regelmäßig in einem Gremium und man merkt, dass sie Interesse haben zuzuhören, was Armutsbetroffene brauchen, um Zugang zum Sport zu finden. Wenn Kooperationspartner:innen wirklich zuhören und wir auf Augenhöhe miteinander ins Gespräch kommen, das ist wirklich der Haupterfolg für mich.

### Ein Blick in die Zukunft

» **LVG & AFS:** *Mit Blick in die Zukunft, was wünschen Sie sich für die Initiative?*

» **Hübner:** Für die Gruppe wünsche ich mir, dass wir weiter so motiviert bleiben und dass wir halt nach außen hin jetzt dieses Wachstum mit mehreren Standorten der Initiative in Niedersachsen irgendwie gut hinkriegen. Je mehr Multiplikator:innen wir sind, desto besser. Ich sehe den dringenden Bedarf, dass sich armutsbetroffene Menschen noch mehr organisieren, noch mehr vernetzen. Denn wir haben in Niedersachsen einige kommunale Armutshotspots – es gibt viel zu tun.

Literatur bei den Verfasser:innen, Anschrift siehe Impressum



HILKE SCHAULAND

## Netzwerk Gute Geburt in der Region Hannover initiiert die Erarbeitung eines Leitfadens für die stationäre Wochenbettbetreuung

Das Netzwerk Gute Geburt in der Region Hannover gründete sich 2024 mit dem Ziel, werdende Familien in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett sowie im ersten Lebensjahr des Kindes zu unterstützen. In regelmäßigen Onlinetreffen werden die Themen im Betreuungsbogen der Geburtshilfe aus vielen Perspektiven betrachtet. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit soll dazu beitragen, die geburtshilfliche Versorgung in der Region Hannover zu optimieren.

### Bedarfe aufdecken und Ziele formulieren

So wurde bei einem Netzwerktreffen die Einführung eines Übergabebogens von der Geburtsklinik an die nachbetreuende Hebamme vorgestellt und diskutiert. Dabei fiel auf, dass die Betreuung der Wöchnerinnen auf der Station immer noch fraktioniert stattfindet. Jedoch soll bei der integrativen Wochenbettbetreuung die Wöchnerin und ihr Kind von derselben Person, analog zur Bezugspflege, betreut werden. Das Kind verbleibt dabei rund um die Uhr bei der Wöchnerin (Rooming-In). Die Betreuung der Familie wird ganzheitlich durchgeführt. Diese Unterstützung des physiologischen Wochenbettverlaufes führt zudem zu einer Verringerung der Komplikationsrate. Im Gespräch während des Onlinetreffens wurde ein bereits existierender Wochenbettleitfaden erwähnt, der seinerzeit für die klinische Anleitung von Hebammenschüler:innen konzipiert worden war. Es entstand der Wunsch, diesen zu aktualisieren und die wissenschaftliche sowie die gesetzliche Begründung aufzuzeigen. So sollen Studierende eine fundierte, einheitliche und gesetzlich festgelegte Anleitung auf der Wochenbettstation erhalten.

### Vom regionalen zum landesweiten Projekt

Die Studiengangsleitungen der beiden Hochschulstandorte mit Studiengang Hebammenwissenschaft in Hannover, die ursprünglichen Autorinnen des Wochenbettleitfadens und der Hebammenverband Niedersachsen vereinbarten die Über-

arbeitung des Wochenbettleitfadens. Dabei wurde die sinnvolle Erweiterung des Arbeitskreises auf alle Hochschulstandorte Niedersachsens gesehen, und es gelang, auch die Hebammenprofessor:innen der übrigen drei Hochschulstandorte in Niedersachsen mit Studiengang Hebammenwissenschaft für die Mitarbeit zu gewinnen. Im gemeinsamen Austausch konnte die Expertise aller Beteiligten einfließen. Der nun vorliegende Leitfaden »Wochenbettbetreuung in der Klinik« (s. Link unten) ist das Ergebnis dieser gelungenen Zusammenarbeit. Er zeigt die Wochenbettbetreuung als einen zentralen Bestandteil der geburtshilflichen Versorgung auf und verdeutlicht, wie die darin beschriebenen Maßnahmen die Gesundheit und das Wohlbefinden von Mutter, Kind und Familie fördern. Der Leitfaden orientiert sich an evidenzbasierten Empfehlungen der WHO sowie am Nationalen Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt«, bezieht aktuelle Forschungsergebnisse ein und verfolgt eine ganzheitliche, familien- und bedürfnisorientierte Ausrichtung. Neben der Förderung von Bindung, Ruhe, Zufriedenheit und Stillen spielt eine strukturierte Kommunikation zur Sicherstellung einer guten Vernetzung und nahtlosen Weiterbetreuung eine wichtige Rolle.

### Vom Konzept zur praktischen Umsetzung

Die Hochschulstandorte mit Studiengang Hebammenwissenschaft haben den Wochenbettleitfaden inzwischen an ihre kooperierenden Praxisorte weitergegeben. Anschließend wurden Onlineterminale angeboten, um Inhalte des Leitfadens zu vertiefen und begleitende Informationen für die Umsetzung zu geben. Dabei wurden Stolpersteine bei der Umsetzung erkannt, die nun ausgeräumt werden. Damit der Wochenbettleitfaden gelebt werden kann, gilt es beispielsweise, mit den Geschäftsführungen über den Personalschlüssel auf den Wochenbettstationen zu sprechen.

Das hier beschriebene Beispiel zeigt deutlich das Potential von Netzwerkarbeit auf. Es konnten Synergieeffekte genutzt, Doppelstrukturen vermieden und Qualitätsstandards gemeinsam weiterentwickelt werden. Insbesondere die Einbindung aller Hochschulstandorte stärkt die Transparenz, Vergleichbarkeit und Qualität der akademischen Hebammenausbildung in Niedersachsen. Wünschenswert ist die Fortführung dieser Zusammenarbeit, um weitere gemeinsame Leitfäden beziehungsweise Dokumente zu erstellen und damit den Hebammenstudierenden in Niedersachsen perspektivisch eine einheitliche Ausbildung zu geben.

Literatur bei der Verfasserin

HILKE SCHAULAND, Hebammenverband Niedersachsen e.V., Otterweg 27 c, 26123 Oldenburg, E-Mail: vorsitzende-1@hebammen-niedersachsen.de, Link: [https://hebammen-niedersachsen.de/downloads/Leitfaden\\_Wochenbett\\_final\\_2026.pdf](https://hebammen-niedersachsen.de/downloads/Leitfaden_Wochenbett_final_2026.pdf)

KERSTIN PETRAS, WIEBKE HUMRICH

## Wirksame Kooperation in kommunalen Präventionsketten?

Lassen Sie uns zunächst kurz erklären, was eine Präventionskette ist. Eine Präventionskette ist ein kommunaler Gestaltungsansatz mit dem Ziel, allen Kindern Teilhabe- und Entwicklungschancen zu ermöglichen. Grundlage ist die ämter-

übergreifende Zusammenarbeit der Bereiche Jugend, Gesundheit, Bildung und Soziales. Eine Präventionskette ist damit auch Ausdruck einer gelebten Grundhaltung: Gemeinsam – beteiligungsorientiert und armutsensibel – Rahmenbedingungen schaffen, damit Kinder bessere Chancen auf Teilhabe und ein gesundes Aufwachsen erhalten.

### **Die Wirkungslogik: Über integriertes Handeln mehr für Kinder erreichen**

Das Konzept der Präventionskette beruht auf der Annahme, dass durch kooperative Strukturen besser auf die vielschichtigen Problemlagen armutserfahrener Kinder und Familien reagiert werden kann. Ziel ist es, Bedarfe und Bedürfnisse umfassender zu erfassen, Zugangsbarrieren und Lücken im kommunalen Unterstützungssystem zu erkennen und darauf aufbauend passende, abgestimmte Maßnahmen zu entwickeln. Doch wie tragfähig ist diese Wirkungslogik? Kann das integrierte Handeln der Kommune tatsächlich die Lebenslagen von Kindern und Familien verändern? Realistischerweise kann der integrierte Ansatz immer nur einen Teil dazu beitragen. Zu viele Faktoren beeinflussen die Lebenslagen von Kindern und Familien, und nicht alle liegen im Einflussbereich kommunaler Unterstützungssysteme. Dennoch sollte der Beitrag eines integrierten Handlungsansatzes nicht unterschätzt werden. Ein ganzheitlicher Blick auf Problemlagen und Ressourcen kann dazu beitragen, Angebote zugänglicher zu machen, Übergänge – etwa von der Kita in die Schule – besser zu begleiten und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zu erhöhen. Denn Präventionsangebote können nur wirken, wenn sie auch genutzt werden.

### **Gesagt – getan: Erfolgsbeispiele aus den Präventionsketten-Kommunen**

Dass durch ressortübergreifende Kooperation konkrete Verbesserungen für Kinder und ihre Familien erreicht werden können, zeigen unter anderem zahlreiche Beispiele aus den niedersächsischen Präventionsketten-Kommunen. In der Reihe »Gesagt – getan« werden seit 2019 solche Erfolgsbeispiele veröffentlicht. Sie reichen von kleinen, einfachen Lösungen bis hin zu größeren, strukturellen Veränderungen – denn auch kleine Schritte tragen zum großen Ziel verbesserter Teilhabechancen bei. So wird beispielsweise über einen »Bildung und Teilhabe (BuT)-Flyer« berichtet, der über bislang zu wenig genutzte Möglichkeiten der Bezuschussung von Angeboten ab der Geburt informiert, wie auch über die Einrichtung einer BuT-Anlaufstelle zur Antragsberatung im Quartier. Andere Beispiele betreffen einen gemeinsam entwickelten Verfahrensablauf für die Eingliederungshilfe oder eine neue Kita-Budgetierungsrichtlinie, die Familien von zusätzlichen Kosten für Ausflüge, Materialien oder Feierlichkeiten entlastet. Entstanden sind diese Maßnahmen in ressortübergreifend zusammengesetzten Arbeitsgruppen. Dort werden Bedarfe gemeinsam analysiert und Lösungsansätze entwickelt. Unterstützt wird diese Arbeit idealerweise durch ein Steuerungsgremium der Kommunalverwaltung, welches die Vorhaben legitimiert und Fragen des Ressourceneinsatzes klärt.

### **Mehrwerte von ressortübergreifender Kooperation**

Ein integrierter Ansatz ist oft aufwendiger als ein Alleingang. Unterschiedliche Perspektiven müssen zusammengeführt, Abstimmungen organisiert und gemeinsame Lösungen ent-

wickelt werden. Gleichzeitig berichten Leitungs- und Koordinierungskräfte aus den niedersächsischen Präventionsketten-Kommunen von deutlichen Vorteilen dieser Arbeitsweise. Bedarfe erhalten mehr Aufmerksamkeit, wenn sie ressortübergreifend betrachtet und gemeinsam an Entscheidungsebenen kommuniziert werden. Zudem stärkt der Präventionskettenansatz die Professionalität der Netzwerkarbeit und ermöglicht einen systematischeren Blick auf Unterstützungsstrukturen. Die Mehrwerte des integrierten Ansatzes einer Präventionskette zeigen sich darin, dass:

- » das Thema Kinderarmut dauerhaft auf der kommunalen Agenda bleibt,
  - » Austausch und Kommunikation zwischen den beteiligten Akteur:innen verbessert werden,
  - » Fachkräfte wichtige Kompetenzen im Bereich Armutsprävention erwerben und
  - » Angebote stärker wirkungsorientiert entwickelt werden und tatsächlich bei den Kindern und Familien ankommen.
- Lassen Sie uns daher mit dem Satz schließen: Die Mühe lohnt sich! Kooperation und Vernetzung in Präventionsketten wirken.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum

### **FRANZISKA WÄCHTER**

## **Suizidalität als Herausforderung für das sozialarbeiterische Handlungsfeld der niedrigschwelligen Drogenhilfe**

### **Ein Bericht aus der Praxis**

»Ich halte es nicht mehr aus.« Daniel sitzt im offenen Bereich einer Kontakt- und Beratungsstelle für Konsument:innen aus der offenen Drogenszene, vor ihm steht ein Mittagessen, das er nicht anrührt. Im Gespräch mit den dort tätigen Fachkräften berichtet er von seinem Alltag, der durch die Abhängigkeitserkrankung getaktet ist. Daniel schämt sich vor seiner Familie und sagt: »Ich bin ein Loser, ein Verlierer.« Eine Mitarbeiterin fragt ihn: »Daniel, denkst du im Moment darüber nach, dir das Leben zu nehmen?«

### **Suizidalität im Praxisfeld der niedrigschwelligen Drogenhilfe**

In Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe steht den Besucher:innen ein Leistungsspektrum aus Angeboten der Überlebenshilfe, Krisenintervention, Beratung und Vermittlung in die weiterführende Hilfelandschaft zur Verfügung. In der Einrichtung, die Daniel besucht, sind Drogenkonsumräume integriert. Dort können mitgebrachte illegale Substanzen unter hygienischen Bedingungen und im Beisein geschulter Personen konsumiert werden [1, 2, 3]. Fachkräfte begegnen in diesen Einrichtungen Menschen, die neben prekären Lebensbedingungen wie Armut, Wohnungslosigkeit oder schwerwiegenden physischen und psychischen Beeinträchtigungen von einem hohen Maß an Stigmatisierung betroffen sind [4, 5, 6]. Zur Krisenintervention zählen auch suizidale Krisen, wobei Suchterkrankungen einen großen Risikofaktor für Suizide darstellen [7, 8, 9]. Für ein vertieftes Verständnis suizidaler Krisen sind die Perspektiven Betroffener aufschlussreich, aber in Forschungsprojekten eher unter-

repräsentiert [10, 11, 12]. Dies ist aus Sicht des Drogen- und Suchthilfesystems kritisch zu sehen. Zudem sind Suchterkrankte eine Personengruppe mit erschwertem Zugang zu Gesundheitsleistungen [13, 14]. Daher kommt suizidpräventiven Angeboten in Einrichtungen des Suchthilfesystems eine große Bedeutung zu, wobei Fachkräfte ihren eigenen Kenntnisstand zum Umgang mit suizidalen Klient:innen als defizitär bewerten und einen hohen Fortbildungsbedarf sehen [15].

### **Eine Fortbildung zu Suizidalität und Drogenkonsum für Fachkräfte**

Die Fortbildung »Ich mach mich schon nicht weg – Umgang mit Suizidalität im sozialarbeiterischen Handlungsfeld der Drogen- und Suchthilfe« ist aus dem Erfahrungswissen sozialarbeiterischer Praxis in der niedrigschwelligen Drogenhilfe und einem als qualitative Interviewstudie angelegten Promotionsprojekt entstanden, dessen Schwerpunkt auf den Erfahrungen und Umgangsweisen von Menschen aus der offenen Drogenszene mit Suizid und suizidalen Krisen liegt. Die einjährige Fortbildung für Fachkräfte aus dem sozialarbeiterischen Handlungsfeld der Drogenhilfe informiert über die Besonderheiten an der Schnittstelle von Suizidalität und Sucht und thematisiert das Gestalten einer Krisenintervention mit suizidalen Klient:innen. Die Teilnehmenden setzen sich dabei mit der eigenen professionellen Haltung zum Thema Suizid auseinander, widmen sich der Beziehungsgestaltung zu suizidalen Klient:innen und erarbeiten Handlungsmöglichkeiten in suizidalen Krisen. In praktischen Übungen wird beispielsweise das aktive Ansprechen auf Suizidgedanken oder das Anwenden eines Notfallplans nachgestellt. Ziel der Fortbildung ist, dass Fachkräfte in ihrer Handlungskompetenz gestärkt und die Versorgung von Klient:innen in suizidalen Krisen vor Ort verbessert wird.

### **Suizidprävention in der niedrigschwelligen Drogenhilfe ist wichtig!**

Die Erfahrung aus der Praxis zeigt: Suizidales Erleben und Verhalten ist auch in der niedrigschwelligen Drogenhilfe ein Thema! Geschulte Fachkräfte können unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Handlungsfeldes suizidale Krisen besser erkennen und darauf reagieren. Geschulte Fachkräfte haben eine höhere Bereitschaft, Suizidalität anzusprechen, verfügen über größere Handlungskompetenzen in suizidalen Krisen und können leichter den Zugang zu weiterführenden Hilfsangeboten ermöglichen. Die Erfahrung aus der Praxis zeigt auch: Fachkräfte vor Ort sind oft die ersten Ansprechpersonen in suizidalen Krisen und häufig die einzigen, die eine unkomplizierte, leicht zugängliche und alltagsnahe Unterstützung bieten, die dringend benötigt wird.

### **Wie geht es mit Daniel weiter?**

Nachdem er in der Einrichtung eine Woche in seiner suizidalen Krise begleitet wurde, ist er in eine qualifizierte Entzugsbehandlung aufgenommen worden und konnte sich für eine Maßnahme der Eingliederungshilfe bewerben. Er lebt jetzt in einem stationären Wohnprojekt. Den Notfallplan, der mit ihm erstellt wurde und in dem er kleine Ziele abgehakt hat, trägt er noch immer bei sich.

Literatur siehe Link im Impressum

FRANZISKA WÄCHTER, Jugendhilfe e.V., Repsoldstraße 4, 20097 Hamburg,  
E-Mail: franziska.waechter@fu-berlin.de

SANDRA PAPE, SANDRA SURREY

## **Niedersächsischer Gesundheitspreis 2026 Neue Bewerbungsphase startet! Projekte gesucht zu Krisenresilienz, gesundes Altern und Digital Health**

Der Niedersächsische Gesundheitspreis wird erneut vergeben: Bereits zum 16. Mal rufen das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, das Niedersächsische Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Bauen, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen sowie die Apothekerkammer Niedersachsen den Niedersächsischen Gesundheitspreis aus. Ausgezeichnet werden herausragende Projekte aus Niedersachsen in den folgenden Preiskategorien:

### **Preiskategorie 1: Gesund in herausfordernden Zeiten – Resilienz im Gesundheitswesen**

Krisen sind längst keine Ausnahmeerscheinung mehr, sondern Teil unserer gesellschaftlichen Realität: Extremwetterereignisse wie Hitzewellen und Überschwemmungen fordern unsere psychische sowie physische Gesundheit heraus, daher müssen auch Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit Maßnahmen zur Klimaanpassung reagieren. Außerdem sind die Auswirkungen der Corona-Pandemie weiterhin spürbar, etwa im Gesundheitswesen sowie im Bildungssystem. Gerade die Bewältigung solcher Ereignisse zeigt, wie wichtig resiliente Organisationen und handlungsfähige Akteur:innen sind, um die Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere von vulnerablen Gruppen, wirksam zu schützen. Ausgezeichnet werden Projekte und Strategien, die die Bevölkerung und Akteur:innen im Gesundheitswesen befähigen, sich auf aktuelle sowie zukünftige Krisen einzustellen und somit einen entscheidenden Beitrag zur Stärkung der gesellschaftlichen Widerstandsfähigkeit leisten.

### **Preiskategorie 2: Miteinander gesund älter werden**

Der demografische Wandel ist in Deutschland längst Realität: Jede fünfte Person ist heute älter als 66 Jahre. Auch die Zahl der Hochaltrigen ab 80 Jahren nimmt kontinuierlich zu. Daher ist es wichtig, den Lebensabschnitt nach Renteneintritt aktiv, gesundheitsfördernd und sozial eingebunden zu gestalten. Die heutige ältere Generation engagiert sich häufig für Familienangehörige, in der Nachbarschaft oder in Vereinen. Durch das Engagement werden der gesellschaftliche Zusammenhalt gefördert, Begegnungen ermöglicht sowie die eigene Gesundheit und Lebenszufriedenheit nachhaltig gestärkt. Soziale Kontakte und Gemeinschaft haben einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden sowie gesundes Altern. In dieser Preiskategorie werden daher Projekte ausgezeichnet, die einerseits einen Beitrag zum sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft leisten und andererseits die körperliche, soziale und mentale Gesundheit von älteren Menschen fördern.

### **Preiskategorie 3: Digital Health – Digitale Technologien für eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung**

Die digitale Transformation verändert Diagnosestellung, Therapie sowie Versorgungsprozesse grundlegend und eröffnet neue Chancen für eine stärker personalisierte Betreuung.

Durch die intelligente Nutzung von Gesundheitsdaten und die Digitalisierung von Abläufen können Prozesse optimiert, Schnittstellen reduziert sowie die Qualität der Versorgung von Patient:innen verbessert werden. Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz, telemedizinischen Lösungen und smarterer Sensorik hilft dabei, Gesundheitsdaten sinnvoll nutzbar zu machen, Diagnostik zu verbessern und Patient:innen kontinuierlich zu begleiten. Gesucht werden zukunftsfähige Projekte, die digitale Technologien einsetzen und damit einen Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen und personalisierten Gesundheitsversorgung leisten.

Noch bis zum 31. Juli 2026 können sich Verbände, Institutionen, Initiativen, Unternehmen sowie Einzelpersonen und Fachkräfte aus den Bereichen Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Digital Health mit ihren Projekten online bewerben. Alle wichtigen Informationen, einschließlich Bewerbungsformular und Teilnahmebedingungen, stehen auf der Website [www.gesundheitspreis-niedersachsen.de](http://www.gesundheitspreis-niedersachsen.de) bereit. Dotiert ist der Niedersächsische Gesundheitspreis mit 15.000 Euro, die zu jeweils 5.000 Euro pro Preiskategorie aufgeteilt werden.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum

## IRIS PINKEPANK

### Was verbindet Parkplätze und Gesundheit? Netzwerkarbeit im Kölner Stadtgarten Superveedel

Das Stadtgarten-Veedel im Herzen Kölns ist eines der heißesten Viertel der Innenstadt. Dicht bebaut, maximal zugedeparkt, von Verkehrsachsen durchschnitten: Im Sommer verwandeln Asphalt, Blech und UV-Strahlung den öffentlichen Raum in Hitzefallen, die für vulnerable Gruppen lebensbedrohlich werden können. Dazu kommt Parkplatzsuchverkehr mit Feinstaub und Lärm. Was wie eine stadtplanerische Fragestellung wirkt, ist tatsächlich ein Public-Health-Problem.

Parallel die soziale Dimension: Das Viertel ist geprägt von Fluktuation, Einpendler:innen und urbaner Anonymität. Kommunale Hitzeaktionspläne empfehlen individuelle Hotlines – dabei wäre die Stärkung sozialer Netze wirksamer. Die Forschungslage ist eindeutig: Soziale Isolation erhöht das Sterblichkeitsrisiko um 32 Prozent, Einsamkeit um 26 Prozent – Effektgrößen, die mit Rauchen vergleichbar sind.

#### Ein Bezirksbeschluss als sozialer Katalysator

2024 beschloss die Bezirksvertretung-Innenstadt in Köln, das Stadtgarten-Viertel zum Superblock-Pilotprojekt (in Köln: Superveedel) umzugestalten: Anwohner:innen-Parken, keine Durchfahrtsstraßen, Quartiersgarage, Entsiegelung und Begrünung. Diese Verkehrsplanungen entfalteten eine unerwartete gesellschaftliche Wirkung: Der Beschluss gab dem Quartier ein gemeinsames Thema. Menschen, die sich nie beachtet hatten, begannen miteinander zu reden – über Autos, Bäume, das gute Leben in der Stadt.

Der Stadtgarten e. V. hat diese Dynamik aber nicht nur als Chance für Community Building, sondern als Gesundheitsthema verstanden. 2024 mit zwölf Mitgliedern gegründet, ist er heute auf über 60 Ehrenamtliche angewachsen – und ist

aktiver Teil der bundesweiten Superblocksbewegung sowie Mitgründer der Dachverbände Kölner Superveedel und Superblocks NRW.

#### Netzwerken zum Anfassen

Zentrale strategische Entscheidung war der radikal niedrigschwellige Einstieg in die Nachbarschaftsarbeit, inklusiv, barriere- und kostenfrei: Baumscheiben bepflanzen, Käferkeller bauen, Benjeshecke anlegen, Dienstags-Mittagstisch, Stricktreff – diese Formate schaffen, was Gesundheitsförderung im Quartier braucht: Begegnung und Miteinander ohne Voraussetzung. Für Ende 2026 ist ein Urban-Gardening-Projekt geplant. Nicht das Gärtnern ist das Ziel, sondern gemeinschaftliches Beziehungsgeschehen im öffentlichen Raum. Internationale Erfahrungen bestätigen das Modell: Barcelonas Superblocks zeigten neben verbesserter Luftqualität vor allem Zugewinne bei sozialer Konnektivität – genau jene Schutzfaktoren, die Einsamkeit abpuffern.

#### Wenn Handlungslogiken aufeinandertreffen

Netzwerkarbeit im Quartier ist nicht konfliktfrei. Die Parkplatzdebatte polarisiert bis hin zu Vandalismus – und Polarisierung ist selbst ein Gesundheitsrisiko: Sie zersetzt Vertrauen, verhindert kollektive Lösungen und macht krank. Der Verein hat gelernt: Konflikte sind keine Störfaktoren, sondern Impulse – wenn sie in demokratische Aushandlung überführt werden. Die eigentliche Herausforderung: Verwaltung denkt in Zuständigkeiten, Fachprogramme in Förderperioden, Bürger:innen in Lebensrealitäten. Hier braucht es Übersetzer:innen zwischen den Systemwelten.

Der Verein begegnet dem mit einem breiten Kooperationsgeflecht lokal, regional und bundesweit, zum Beispiel mit der Teilnahme am Programm Beteiligung & Mitwirkung der Stiftung Mitarbeit. Sichtbarstes Zeichen: der ParkPlatzTag in der Europäischen Mobilitätswoche. 2026 eröffnet NRW-Umweltminister Oliver Krischer die Veranstaltung zum Thema »Hitze & Gesundheit« – erwartet werden über 2.000 Besucher:innen und mehr als 20 Stände auf dem Markt der Möglichkeiten.

#### Gesundheit als Gemeinschaftsprojekt

Markante Wirkung zeigt sich im Verein: Aus Anwohner:innen, die sich kaum kannten, wurden Nachbar:innen und Mitgestalter:innen. Selbstwirksamkeit, Zugehörigkeit und demokratische Teilhabe sind keine Nebeneffekte; sie sind zentrale Gesundheitsfaktoren. Aktive Mitwirkung stärkt Resilienz und kompensiert Angst vor Veränderung. Anerkennung im Ehrenamt wirkt als Schutzfaktor – gegen Einsamkeit, gegen Ohnmacht, gegen die gesundheitlichen Folgen davon.

Hitze, UV-Strahlen, Feinstaub, Isolation, Polarisierung, fehlende Teilhabe: Netzwerkarbeit begünstigt Gemeinschaftsgesundheit nachhaltig – die Gesundheit der Netzwerker:innen und die ihrer Adressat:innen im Superveedel. Klimafolgenanpassung ist ein Schlüssel dafür.

Literatur bei der Verfasserin.

IRIS PINKEPANK, Stadtgarten e. V., Werderstraße 6, 50672 Köln,  
E-Mail: [pinkepank@stadtgarten-verein.koeln](mailto:pinkepank@stadtgarten-verein.koeln),  
Internet: [www.stadtgarten-verein.koeln](http://www.stadtgarten-verein.koeln)

LARISSA FEDERMANN, FINNJA LINDEMANN

## Zwischen Geburt und Klimakrise: Ein Projekt zum Hitzeschutz von Schwangeren und Kleinkindern im Land Bremen

Heiße Tage sind in Deutschland keine Seltenheit mehr. Seit den 1950er Jahren hat sich die Zahl der Tage mit Temperaturen über 30 Grad von etwa drei auf neun pro Jahr verdreifacht. Prognosen des Deutschen Wetterdienstes gehen davon aus, dass es in den nächsten 70 Jahren zwischen 31 und 54 solcher Tage pro Jahr geben könnte [1]. Für viele Menschen gilt dies als unangenehm, doch für bestimmte Bevölkerungsgruppen ist es eine ernstzunehmende Gesundheitsgefahr.

### Schwangerschaft und Aufwachsen im Hitzestress

Hierzu gehören unter anderem Schwangere, Feten, Säuglinge und Kleinkinder [2]. Schwangere reagieren aufgrund des erhöhten Stoffwechsels des Fötus, der Gewichtszunahme sowie der körperlichen und kardiovaskulären Beanspruchung besonders empfindlich auf Hitze [3]. Das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen wie Bluthochdruck (Gestationshypertonie), Präeklampsie (Bluthochdruck mit zusätzlichen Beschwerden und Organschäden) und Eklampsie (schwere Form mit Krampfanfällen) steigt. Zudem treten bei Hitzeereignissen häufiger Frühgeburten und Totgeburten auf. Eine erhöhte Luftverschmutzung wirkt als Verstärker dieser Risiken [4, 5].

Auch Säuglinge und Kleinkinder sind von der zunehmenden Hitze belastet. Ihr Körper produziert bei Bewegung viel Wärme, kann allerdings überschüssige Hitze schlechter abgeben als der Körper eines Erwachsenen [5]. Das Temperaturregulationssystem der Kinder stößt bei Hitze schnell an seine Grenzen, das Risiko eines Hitzschlags ist somit erhöht [6]. Hinzu kommt die UV-Belastung. Die Haut von Säuglingen und Kleinkindern ist besonders dünn und empfindlich, da der eigene UV-Schutz noch nicht ausgebildet ist [7]. Auch die Augen können bei intensiver Sonneneinstrahlung irreversibel geschädigt werden [8].

### Ungleich betroffen: Wenn soziale Lage Risiken verstärkt

Ein wesentlicher Verstärker dieser Risiken ist die soziale Lage. Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen leben häufig in schlecht isolierten, beengten Wohnungen in dicht bebauten Stadtteilen mit wenig Grünflächen und sind damit einer besonders hohen Hitzeexposition ausgesetzt. Gleichzeitig haben sie oft einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem. Faktoren wie Sprachbarrieren, Diskriminierungserfahrungen und begrenzte finanzielle Mittel schränken sie darin ein, sich zu schützen oder rechtzeitig Hilfe zu erfahren [4, 9, 10, 11].

### Neuer Projektansatz zur Klimagesundheit

Hier setzt das neue, vom GKV Bündnis für Gesundheit Bremen geförderte Projekt »Klimagesund rund um Geburt und frühe Kindheit« an. Ziel ist es, die hitze- und UV-schutzbezogene Gesundheitskompetenz von Schwangeren sowie (werdenden) Eltern von Säuglingen und Kleinkindern in Bremen und Bremerhaven nachhaltig zu stärken.

### Gemeinsam stark: Fachkräfte als Schlüssel

Das Projekt setzt dabei auf einen Multiplikator:innenansatz. Fachkräfte aus sozialen Einrichtungen, der Quartiersarbeit, Geburtshilfe, Familienbegleitung, Gynäkologie und Pädiatrie werden gezielt für die Beratung von Schwangeren und Familien zu Hitze- und UV-Schutz qualifiziert. Diese Fachkräfte können durch das Projekt ihr Wissen und ihre Kompetenzen im Umgang mit hitze- und UV-bezogenen Risiken erweitern und eine Schlüsselposition in der Prävention einnehmen. Parallel dazu werden bestehende Informationsmaterialien gesichtet, falls erforderlich angepasst oder um bedarfsgerechte, regionalspezifische Informationsangebote ergänzt. Ein zentrales Element ist zudem die aktive Beteiligung der Dialoggruppe selbst. Mit partizipativen Methoden wird das Wissen von Schwangeren, Eltern und kommunalen Akteur:innen genutzt, um in ausgewählten, durch soziale und umweltbedingte Faktoren kumulativ belasteten Quartieren Ressourcen zu identifizieren: kühle Orte, Grün- und Wasserflächen sowie weitere Unterstützungsangebote.

Darüber hinaus fördert das Projekt die Vernetzung aller beteiligten Fachkräfte und eine gute Zusammenarbeit zum Hitze- und UV-Schutz von Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern im Land Bremen. Das Projekt leistet einen Beitrag zur Umsetzung der Hitzeaktionsplanung und zur gesundheitlichen Chancengleichheit im Kontext des Klimawandels.

### Informieren und vernetzen

Unsere aktuellen Angebote, wie die Informations- und Netzwerkveranstaltung am 30. September 2026, finden Sie auf der Projektwebsite [www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/klimagesund-rund-um-geburt-und-fruehe-kindheit/](http://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/klimagesund-rund-um-geburt-und-fruehe-kindheit/) Gemeinsam für mehr Klimagesundheit von Schwangeren, Babys und Kleinkindern.

Literatur siehe Link im Impressum, Anschrift siehe Impressum

LOTTE SCHLIMMER, LISA PAULSEN, JENS BUCKSCH

## Von der Hochschule in die Kommune Transferprojekt zu planetarer Gesundheit im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg

Umweltkrisen wie der Klimawandel stellen erhebliche Gesundheitsbedrohungen im 21. Jahrhundert dar [1]. Das Leitkonzept der planetaren Gesundheit verfolgt unter der Vision »Gesundes Leben auf einer gesunden Erde« [2] einen Ansatz, diesen Bedrohungen zu begegnen, indem es die Abhängigkeit menschlicher Gesundheit von intakten Ökosystemen sowie die Folgen politischen, ökonomischen und sozialen Handelns betont [3]. Angesichts dieser Entwicklungen sollten Wissen und Kompetenzen zur planetaren Gesundheit gestärkt werden. Menschen sollten befähigt werden, Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um Entscheidungen zu treffen, die ihrer eigenen Gesundheit und der des Planeten nachhaltig dienen. So kann das Konzept der Gesundheitskompetenz zur planetaren Gesundheitskompetenz erweitert werden [4].



Vor diesem Hintergrund entwickelte und realisierte die Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung der Pädagogischen Hochschule Heidelberg gemeinsam mit dem Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis/Heidelberg sowie dem Amt für Sport und Gesundheitsförderung der Stadt Heidelberg ein Transferprojekt. Dieses hatte zum Ziel, Themen der planetaren Gesundheit partizipativ, wissenschaftsbasiert und adressat:innengerecht für Heidelberg und den Rhein-Neckar-Kreis aufzubereiten, um Akteur:innen und die Bevölkerung zu sensibilisieren und einen Wissens- sowie Kompetenzzuwachs zu fördern.

#### Projektbausteine und Ergebnisse

Grundlage des Projekts bildete eine Online-Umfrage der Mitglieder des Netzwerks Klimawandel und Gesundheit der Kommunalen Gesundheitskonferenz Rhein-Neckar-Kreis/Heidelberg sowie ein interaktiver Austausch bei einem Netzwerktreffen. Dabei zeigte sich, dass regionale Akteur:innen aus dem Gesundheits- und Umweltbereich insbesondere im Themenfeld Hitze und bei der Zielgruppe der Senior:innen Handlungsbedarf sehen. Ferner wurden Impulse für die strategische Umsetzung der Maßnahmen gesammelt. Daraus wurden folgende Projektbausteine entwickelt und Ergebnisse erzielt:

» (1) Erweiterung der Linksammlung zu Informationsmaterialien zum Thema Hitzeschutz auf der Webseite der Kommunalen Gesundheitskonferenz Rhein-Neckar-Kreis/Heidelberg [5].

» (2) Entwicklung eines Konzepts für die Veranstaltung »Gesund und sicher durch den Sommer«: Es wurde eine zweistündige Veranstaltung für Senior:innen zum Thema Hitzeschutz konzipiert, die von Personen ohne spezifische Expertise, zum Beispiel Multiplikator:innen in der Senior:innenarbeit, durchgeführt werden kann. Grundlage des Konzepts bilden wissenschaftliche Erkenntnisse sowie verschiedene Interviews. Das Konzept wurde von einer ehrenamtlichen Person getestet und die Veranstaltung eigenständig durchgeführt. Das finale Konzept umfasst Hintergrundwissen zum Thema Hitze, eine vorgefertigte Präsentation, eine Checkliste zur Vorbereitung sowie weitere Materialien [6].

» (3) Entwicklung eines Konzepts für Aktions- und Informationsstände zur planetaren Gesundheit zur Sensibilisierung der Allgemeinbevölkerung: Auf Basis der Teilnahme an zwei regionalen Festen im Rhein-Neckar-Kreis und in Heidelberg wurde ein Konzept für Aktions- und Informationsstände zur planetaren Gesundheit aufbereitet. Das Konzept mit Ideen für Mitmachangebote, Materiallisten (zum Beispiel Quiz-Rad oder Klimawaage) sowie Vorbereitungshinweise und Lessons Learned steht Fachkräften mit Kenntnissen im Bereich der planetaren Gesundheit zur Verfügung [7].

#### Fazit

Das Transferprojekt ist ein Beispiel dafür, wie Hochschulen gesellschaftliche Verantwortung übernehmen können, indem sie mit Praxispartner:innen zusammenarbeiten und unter Einbringung ihrer wissenschaftlichen Expertise gemeinsam Herausforderungen identifizieren und Lösungen entwickeln. Die Ergebnisse decken themenspezifische, lokale Bedarfe und stehen zugleich für weitere Aktivitäten zum Wissenstransfer von planetarer Gesundheit frei zur Verfügung.

Literatur und Verlinkungen, siehe Link im Impressum

LOTTE SCHLIMMER, LISA PAULSEN, JENS BUCKSCH, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Fakultät für Natur- und Gesellschaftswissenschaften, Prävention und Gesundheitsförderung, Tiergartenstraße 15, 69121 Heidelberg, E-Mail: paulsen@ph-heidelberg.de, bucksch@ph-heidelberg.de

MAIKE SCHRÖDER, BIRGIT BABITSCH, HOLGER HASSEL

## Kinderübergewicht wirksam angehen Handlungsbereitschaft als Schlüssel für die kommunale Praxis

Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter zählen zu den zentralen Public Health-Herausforderungen. Bereits vor der COVID-19-Pandemie waren 15,4 Prozent der 3- bis 17-Jährigen in Deutschland übergewichtig, davon 5,9 Prozent adipös [1]. Seitdem hat etwa jedes sechste Kind an Gewicht zugenommen [2, 3], eine nachhaltige Trendwende ist bislang nicht gelungen [4–7].

Kommunen kommt als »Dach-Setting« der Prävention eine Schlüsselrolle zu [8–11]. Eine wesentliche Voraussetzung für wirksame Präventionsmaßnahmen ist die kommunale Handlungsbereitschaft (Community Readiness) [12, 13]. Sie beschreibt die Fähigkeit, Gesundheitsprobleme aktiv anzugehen, und wird unter anderem durch Wissen, Einstellungen und Ressourcen bestimmt [14–16]. Präventionsmaßnahmen scheitern, wenn sie nicht zum jeweiligen Entwicklungsstand einer Kommune passen [13, 17–20]. So können unzureichendes Wissen und begrenzte Ressourcen dazu führen, dass Maßnahmen als wenig relevant oder nicht umsetzbar wahrgenommen werden [14, 15]. Die Berücksichtigung der kommunalen Handlungsbereitschaft ist daher zentral für kontextgerechte, realistisch umsetzbare und wirksame Prävention [13, 15, 21, 22].

Das Community Readiness Model [14, 15] erfasst die Handlungsbereitschaft anhand von neun Stufen und unterstützt eine bedarfsgerechte Planung und Umsetzung von Maßnahmen [12–15]. Trotz internationaler Verbreitung [23] findet es

in Deutschland nur selten Anwendung [16, 24, 25] und wird in der kommunalen Prävention von Kinderübergewicht bislang nicht berücksichtigt [16, 23, 26].

### Wie handlungsbereit sind Kommunen?

Mithilfe des Modells wurde in fünf bayerischen Kommunen die Handlungsbereitschaft zur Prävention von Kinderübergewicht ermittelt und untersucht, wie sich diese Bereitschaft gezielt fördern lässt [27]. Die Kommunen weisen eine geringe Handlungsbereitschaft auf, die Stufe drei auf der neunstufigen Bereitschaftsskala entspricht. Kinderübergewicht wird als Problem erkannt, Vorrang haben jedoch andere Herausforderungen. Dies geht einher mit geringem Wissen, knappen Ressourcen, unklaren Zuständigkeiten und einer hohen Abhängigkeit von einzelnen »Kümmerer:innen« [27, 28].

### Drei Hebel zur Stärkung

Auf Basis der Ergebnisse wurden Strategien zur Steigerung der Handlungsbereitschaft entwickelt, wobei sich drei Handlungsfelder als besonders relevant erwiesen [29]:

**1. Ressourcen optimieren** Ein erster Schritt ist, die systematische Bestandsaufnahme von Ressourcen, um vorhandene Potenziale zu nutzen. Zudem wurde die Vereinfachung administrativer Prozesse als wichtiger Ansatz identifiziert. In ressourcenschwachen Kommunen kann dies entscheidend sein, um Prävention handlungsfähig zu machen.

**2. Wissen stärken** Ein geringes Problembewusstsein geht mit Wissenslücken einher und bedingt eine geringe Priorisierung. Es empfiehlt sich, zunächst zu analysieren, was Entscheidungstragende, Fachkräfte und Öffentlichkeit wissen. Aufbauend können dialoggerechte Informationen entwickelt werden.

**3. Priorität schaffen** Damit Kinderübergewicht stärker berücksichtigt wird, ist eine gezielte Sensibilisierung notwendig. Niedrigschwellige Gesprächsformate oder die Einbindung lokaler Schlüsselakteur:innen können dazu beitragen. Werden lokale Prävalenzen sichtbar gemacht, erhöht dies die Relevanz im politischen und öffentlichen Diskurs. Zudem können Schnittstellen zu priorisierten Themen identifiziert werden.

### Unterstützung für Kommunen

Aus dem Projekt ist ein Leitfaden [30] entstanden, der auf dem Originalhandbuch des Community Readiness Models [14, 15] basiert. Kommunen werden dabei unterstützt, ihre Handlungsbereitschaft zur Prävention von Kinderübergewicht systematisch einzuschätzen und Maßnahmen passgenau zu planen. Enthalten sind unter anderem eine Einführung in das Konzept, eine Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Anwendung sowie konkrete Handlungsempfehlungen [30].

Der Ansatz ist auf andere Themen übertragbar. Letztlich bleibt die Kernfrage: Was ist auf dieser Bereitschaftsstufe realistisch – und welcher nächste Schritt ist tatsächlich möglich?

Literatur siehe Link im Impressum

MAIKE SCHRÖDER, M.Sc., Pädagogische Hochschule Heidelberg, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung, Keplerstraße 87, 69120 Heidelberg, E-Mail: schroeder4@ph-heidelberg.de

PROF. DR. BIRGIT BABITSCH, Universität Osnabrück, Abteilung New Public Health  
PROF. DR. HOLGER HASSEL, Berliner Institut für Gesundheit und Soziales

## Kommunales



HANS WORTHMANN, TOM N. NOLDEN, MAREIKE SCHULZE, ANNA-LENA BOECK, JOHANNA ERNST

### Digitale Vernetzung in der Schlaganfallversorgung – Time is brain & Team is brain

Wenn Minuten über Leben entscheiden. Ein ischämischer Schlaganfall tritt oft ohne Vorwarnung auf und entscheidet innerhalb kürzester Zeit über Leben, Selbstständigkeit und Zukunft. In Deutschland sind jährlich rund 270.000 Menschen von diesem betroffen [1]. Er ist nicht nur akut lebensbedrohlich, sondern auch eine häufige Ursache für dauerhafte Einschränkungen wie Lähmungen, Sprach- oder kognitive Störungen. Neben dem individuellen Leid entstehen erhebliche Belastungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft.

#### »Time is brain« – und warum Zeit allein nicht reicht

Das etablierte Prinzip »Time is brain« bringt die Dringlichkeit in der Akutbehandlung auf den Punkt. Jede Minute ohne Behandlung führt zum Verlust von Nervenzellen [2]. Ein zentraler Qualitätsindikator bei der Behandlung des ischämischen Schlaganfalls ist die »Door-to-Needle-Zeit«, also die Zeitspanne vom Eintreffen der Patient:innen bis zur Einleitung der Thrombolysetherapie. Entscheidend ist jedoch nicht nur Schnelligkeit, sondern ein präziser, koordinierter Ablauf für die Patient:innensicherheit. Trotz Fortschritten zeigen sich Verzögerungen, vor allem an Schnittstellen zwischen Rettungsdienst, Notaufnahme, Neurologie und Radiologie. Ursachen sind häufig unzureichend abgestimmte Prozesse und Kommunikationslücken.

#### Netzwerken als Schlüssel

Im Zentrum des Prozesses der Schlaganfallakutversorgung steht die Frage, wie aus einer Gruppe hochspezialisierter Akteur:innen ein wirksames Zusammenspiel entsteht. Denn erst wenn Informationen schnell, vollständig und für alle zugänglich sind, kann aus parallelem Arbeiten ein koordiniertes Handeln entstehen. An der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Peter L. Reichertz Institut arbeitete ein interdisziplinäres Team an der Optimierung der Akutversorgung.

Die Einführung der Smartphone-App Join bildete die technologische Basis. Sie dient als zentrale Plattform für Kommunikation, Dokumentation und Vernetzung in Echtzeit. Durch die Integration ins bestehende Krankenhausinformationssystem sowie in die radiologischen Bildgebungssysteme wurde eine durchgängige Interoperabilität geschaffen, die einen Informationsfluss ohne Medienbrüche ermöglicht. Funktionen wie Zeitstempel, Gruppenchats, Videokommunikation und Bildbetrachtung ermöglichten eine ortsunabhängige Zusammenarbeit [3]. In der Folge dieses Projektschrittes wurde die papierbasierte Dokumentation nahezu vollständig durch digitale Prozesse ersetzt. Dies führte zu einer erhöhten Dokumentationsrate, insbesondere bei Patient:innen mit Akuttherapien, und schuf eine gemeinsame, jederzeit verfügbare Datenbasis. Dennoch zeigte sich zunächst kein Effekt auf die Behandlungszeiten. Das deutet darauf hin, dass die angestrebte Prozessoptimierung nicht allein durch Technologie erreichbar ist [4].

### Vom Tool zum Team

Um eine Prozessoptimierung zu erzielen und die so wichtige Verkürzung der »Door-to-Needle-Zeit« zu erreichen, wurde die sogenannte »Single Call Activation« eingeführt. Ein einziger Anruf durch den/die neurologische:n Dienstärzt:in aktiviert das gesamte nachgeschaltete Behandlungsteam und übermittelt alle relevanten Informationen. Dies ermöglicht eine schnellere, koordinierte Vorbereitung der Versorgung und optimiert die Abläufe in der Akutsituation.

Ein funktionierendes Netzwerk basiert nicht nur auf Technik, sondern auf gemeinsamen Routinen, klaren Rollen und gegenseitigem Verständnis. Ein interdisziplinäres »Stroke-Team-Training«, in welchem digitale und organisatorische Abläufe gemeinsam trainiert werden, wurde geschaffen. Neurolog:innen, Radiolog:innen, Pflegekräfte und Rettungsdienstmitarbeitende trainieren hier möglichst realitätsnah das Szenario zur Schlaganfallakutversorgung [5].

### Messbare Wirkung: Wenn Vernetzung Zeit spart

Die Kombination aus digitaler Infrastruktur und Prozessoptimierung zeigte klare Effekte. Die mediane »Door-to-Needle-Zeit« wurde um 7,5 Minuten auf 19,5 Minuten reduziert. Diese Zeitersparnis ist klinisch hochrelevant und verbessert die Behandlungsergebnisse [6]. Gleichzeitig berichten Anwender:innen von Entlastung und besserer Teamabstimmung [7]. Der Leitsatz »Team is brain« ergänzt das Zeitparadigma entscheidend. Erst gute Zusammenarbeit ermöglicht Zeitgewinne und bestimmt den Behandlungserfolg.

Der Ansatz ist übertragbar auf andere zeitkritische Notfälle und hat Modellcharakter für die Akutmedizin.

Literatur siehe Link im Impressum

PD DR. HANS WORTHMANN, TOM N. NOLDEN, DR. ANNA-LENA BOECK,  
DR. JOHANNA ERNST, Medizinischen Hochschule Hannover,  
Carl-Neuberg-Straße 1, 30623 Hannover,  
E-Mail: worthmann.hans@mh-hannover.de

MAREIKE SCHULZE, PETER L. REICHERTZ,  
Institut für Medizinische Informatik,  
Technische Universität Braunschweig und  
Medizinische Hochschule Hannover



ELISA BEHRENS

## Präventionsketten im Landkreis Peine gewinnen Deutschen Kitapreis 2025

Im Landkreis Peine wurden die Präventionsketten nach Auslaufen des ersten Förderprogramms »Präventionsketten Niedersachsen« (2016–2024) verstetigt und institutionell im Fachdienst Jugendamt verankert. Seit April 2026 nimmt der Landkreis nun als Ausbaukommune an dem neuen vom GKV-Bündnis für Gesundheit in Niedersachsen und der Auridis Stiftung finanzierten Förderprogramm »Präventionsketten Niedersachsen. Gesund aufwachsen für alle Kinder« (2025–2029) teil.

### Inhaltliche Schwerpunkte

Die Präventionsketten im Landkreise Peine verstehen sich als ein Bündnis unterschiedlicher Akteur:innen, die dezernats- und rechtskreisübergreifend an dem Ziel arbeiten, dass »sich alle Kinder im Landkreis Peine sozial, emotional und körperlich gesund entwickeln«. Im Rahmen von unterschiedlichen Netzwerken, Runden Tischen und Arbeitsgruppen arbeiten die Präventionsketten daran:

- » Bildungsgerechtigkeit und soziale Teilhabe für Kinder insbesondere aus einkommensschwachen Familien zu fördern,
- » Leistungen und Angebote für Familien aufeinander abzustimmen und zu vernetzen,
- » Zugangsbarrieren zu (Unterstützungs-)Angeboten abzubauen und
- » Krippen, Kitas und Grundschulen bei der Übergangsgestaltung zu unterstützen.

Themen, die die Bereiche Krippe, Kita und die Übergangsgestaltung betreffen, werden in enger Kooperation mit der Kitafachberatung des Landkreises Peine, Christine Peukert, erarbeitet, ebenso wie die Planung von Fachtagen und Fortbildungen. Die Stadt Peine als Träger städtischer Kitas und Grundschulen ist von Beginn an wichtige und engagierte Kooperationspartnerin der Präventionsketten.

### Strukturen für die Zusammenarbeit

Die Gestaltung gelingender Übergänge innerhalb der Bildungsbiografie steht im Fokus der 2022 gegründeten Arbeitsgruppe »Schnittstellen gestalten«. Hier arbeiten Institutionen wie städtische und kirchliche Kitas und Familienzentren, Frühförderung, Regionales Beratungs- und Unterstützungszentrum für inklusive Schule, Grundschulen, Praxisberatung der Stadt und Kitafachberatung des Landkreises Peine, Erziehungsberatungsstelle und Kinder- und jugendärztlicher Dienst des Landkreises rechtskreisübergreifend zusammen,

- » um Übergänge an den Bedarfen von Kindern und ihren Familien orientiert zu gestalten,
- » die institutionsübergreifende Zusammenarbeit zu fördern und
- » Kindern die bestmöglichen Teilhabe- und Entwicklungschancen zu ermöglichen.

Die Arbeitsgruppe zeichnet sich durch eine stabile Zusammenarbeit aus: »Alle Mitglieder sind seit 2022 durchgehend dabei, gleichzeitig ist es gelungen, den Kreis der Mitwirkenden zu erweitern. Diese Stabilität und die positiven Rückmeldungen der Beteiligten beweisen, wie wichtig eine kontinuierliche und multiprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist!«, beschreibt Koordinatorin Elisa Behrens die Zusammenarbeit in der Arbeitsgruppe.

Innerhalb der Arbeitsgruppe wurden zum Beispiel in den vergangenen Jahren eine Broschüre zum letzten Jahr vor der Schule, ein Plakat zur Schuleingangsuntersuchung und das »Willkommensbuch Schule« erarbeitet.

### Ergebnisse aus der Zusammenarbeit

Sämtliche Materialien und Angebote aus der Arbeitsgruppe stehen allen Gemeinden des Landkreises zur Verfügung und können flexibel an den eigenen Bedarf angepasst werden. »Wir bieten eine große Vielfalt an Angeboten und Ideen. Jeder kann sich an seinen Bedarfen und Möglichkeiten orientiert etwas davon nehmen und für seinen Bereich weiterentwickeln«, so Kitafachberaterin Christine Peukert. Ebenso stehen Informations- und Fortbildungsformate, wie zum Beispiel »Forum gut ankommen in der Schule« und die Fachtage zu unterschiedlichen Themen allen Einrichtungen im Landkreis offen. Diese Zusammenarbeit in der Arbeitsgruppe und die entwickelten Angebote haben das gegenseitige Verständnis für das jeweilige Berufsfeld gestärkt und die Kooperation zwischen den einzelnen Fachbereichen und Institutionen langfristig gefördert.

Umso größer war die Freude, als die Präventionsketten im Jahr 2025 für ihre gute und lange Arbeit den ersten Platz des Deutschen Kitapreises in der Kategorie »Bündnisse« gewonnen haben. Der Preis ist mit 25.000 Euro dotiert. Für welche inhaltliche Weiterarbeiten an den Präventionsketten das Preisgeld genutzt wird, entscheiden die Bündnisakteur:innen im Prozess gemeinsam. Klar ist schon jetzt: Mit einem Teil des Geldes sollen bewährte Angebote weitergeführt werden, die »Willkommensbücher Schule« gehen somit in eine neue Runde.



Literatur bei der Verfasserin  
 ELISA BEHRENS, Landkreis Peine,  
 Fachdienst Jugendamt,  
 Koordinatorin Präventionsketten,  
 Burgstraße 1, 31224 Peine,  
 E-Mail: e.behrens@landkreis-peine.de

CHRISTINE MENKER

## Kooperative Projekte in der Verwaltung Erkenntnisse aus der Begleitung von zehn Jugendämtern und ihren Partnern

In der Kommunalverwaltung sind Projekte eine bewährte Problemlösestrategie und Arbeitsform, um neue Aufgaben zu implementieren und Strukturen weiterzuentwickeln. Anstoß können unter anderem gesetzliche Novellierungen oder die Umsetzung strategischer Ziele sein. Die Bearbeitung der damit verbundenen komplexen Fragestellungen erfordert oftmals interdisziplinäres Handeln. Von 2019 bis 2024 begleitete die Servicestelle »Gelingendes Aufwachsen – Netzwerke für Kinder« des LWL-Landesjugendamts Westfalen mit finanzieller Unterstützung der Auridis Stiftung zehn Jugendämter aus Westfalen-Lippe bei der Konzipierung und Umsetzung eines kooperativen Projekts an der Schnittstelle zu einem anderen Handlungsfeld. Obwohl die Partner wie Gesundheitsamt oder Jobcenter teils derselben Verwaltung angehören, gilt ihre Zusammenarbeit hier als Kooperation, da sie durch eigene Ziele und Strukturen wie eigenständige Partner agieren. Entlang der Projektphasen werden ausgewählte Erkenntnisse aus der Projektumsetzung vorgestellt.

### Initiierungsphase

In der Initiierungsphase kooperativer Projekte wird die Ressourcenplanung um die Auswahl des Kooperationspartners ergänzt. Neben der Frage, wer bereits im selben Themenfeld aktiv ist, waren Motive wie bewährte Kooperationen, Erschließung neuer Kooperationspartner, Einbindung spezieller Expertise oder der Dialoggruppenzugang leitend.

### Analysephase

Häufig beginnt ein Projekt mit einer differenzierten Erfassung der Ausgangssituation wie durch Auswertung von Sozialdaten oder Literaturrecherche – teils ergänzt durch partizipative Ansätze. Zwei Aspekte haben sich dabei als besonders hilfreich erwiesen – die Formulierung einer leitenden Fragestellung sowie eine frühzeitige Verständigung darüber, welche Daten zur Beschreibung der Ausgangssituation herangezogen werden sollen. Der Aushandlungsprozess erwies sich als spannungsreich, da die Projektpartner eine anschlussfähige Sprache und ein gemeinsames Verständnis vom Projektauftrag entwickeln mussten. Gerade die fachlichen Unterschiede der Projektpartner bargen das Potential für Innovationen.

### Planungsphase

Zur Bündelung der bisherigen Erkenntnisse entwickelten die beteiligten Kommunen Umsetzungskonzepte, die Ausgangslage, Ziele und geplanten Aktivitäten beschreiben. Zusätzlich visualisierten einzelne Kommunen den Projektaufbau – eine Methode, die Komplexität reduziert und Abhängigkeiten sowohl zeitlicher als auch inhaltlicher Art verdeutlicht. Mit der Konzepterstellung fand der Aushandlungsprozess zwischen den beteiligten Institutionen einen (vorläufigen) Abschluss. Einige Projektkommunen nutzten bestehende Netzwerke als Reflexionsplattform, um weitere Anregungen zu erhalten und fachliche Fragen zu diskutieren. Dadurch konnten die Projektideen weiter reifen, bevor die Beschlüsse in den zuständigen Ausschüssen herbeigeführt wurden.

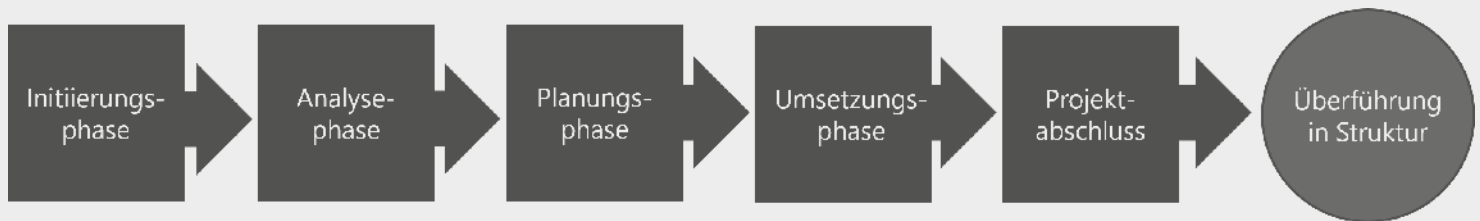


Abbildung 1: Phasenmodell des LWL-Förderprojekts  
(eigene Darstellung nach Timinger 2017, S. 32 f.)

### Umsetzungsphase

Die Projektteams hatten bei der Umsetzung ihrer Vorhaben mit Widerständen aus dem projektnahen Umfeld gerechnet. Überraschend war für einige Beteiligte, dass diese teilweise aus den eigenen Reihen oder aus unmittelbar organisationsinternen Zusammenhängen kamen. Die projektbezogene Steuerungsgruppe der beteiligten Akteure sowie die externen Beraterinnen der LWL-Servicestelle erwiesen sich als zentrale Ressourcen. Sie unterstützten die Projektteams dabei, soziale Dynamiken innerhalb der Gruppe oder in den Organisationen besser zu verstehen und geeignete Handlungsansätze zu entwickeln, um den Widerständen konstruktiv zu begegnen.

### Projektabschluss

Dem offiziellen Projektende geht eine konzeptionelle Planung voraus. So mussten die Kooperationspartner klären, wer die administrativen Aufgaben – wie die Erstellung des Abschlussberichts – übernimmt und wie der Ergebnistransfer – etwa in Form einer Fachtagung – erfolgt. Oft wird der Abschiedsprozess der Projektgruppe unterschätzt. Die Erfahrung aus der Projektbegleitung zeigt, dass die letzte Steuerungsgruppensitzung einen geeigneten Rahmen bietet, um Erfolge und Herausforderungen zu reflektieren sowie Perspektiven für eine Fortsetzung der Kooperation zu besprechen.

Literatur bei der Verfasserin

CHRISTINE MENKER, Fachberaterin »Prävention und kommunale Netzwerkarbeit«, LWL-Landesjugendamt Westfalen, Wareндorfer Straße 25, 48133 Münster, E-Mail: christine.menker@lwl.org, www.netzwerke-fuer-kinder.lwl.org

## MO URBAN, INARI PRIESS

### Umsetzung der Studie zur barrierefreien gynäkologischen Versorgung im Land Bremen

Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet sich Deutschland, eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu sichern. Artikel 25 garantiert eine geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung, die in Umfang, Qualität und Standard derjenigen anderer Menschen entspricht.

Die ambulante gynäkologische Versorgung von Frauen: mit Mobilitätsbehinderungen ist dafür zentral. Inwiefern sie gleichberechtigt gewährleistet ist, war bislang kaum untersucht. Hinweise auf bauliche, strukturelle und kommunikative Barrieren deuteten auf erheblichen Handlungsbedarf hin. Vor diesem Hintergrund wurde für das Land Bremen eine Studie durchgeführt und 2025 veröffentlicht.

**Befragt wurden Frauen:** mit Mobilitätseinschränkungen (Merkzeichen aG für außergewöhnliche Gehbehinderung im Schwerbehindertenausweis), alle niedergelassenen Gynäkolog:innen sowie Fachkräfte der Eingliederungshilfe. Ergänzende Interviews mit Personen aus diesen drei Gruppen und Initiatorinnen eines Spezialangebots lieferten vertiefte Einblicke in Erfahrungen und strukturelle Herausforderungen. Dadurch zeigte sich ein differenziertes Bild der Versorgungslage.

**Die Ergebnisse machen deutlich:** Die gynäkologische Versorgung ist im Land Bremen bislang nicht ausreichend barrierefrei. Bauliche Hindernisse, fehlende Praxisausstattung sowie organisatorische Hürden erschweren den Zugang, besonders für Rollstuhlnutzerinnen. Viele Frauen: berichten zudem von psychischer Belastung, hohem organisatorischem Aufwand und teils respektlosem oder entmündigendem Verhalten. Entsprechend nehmen sie Untersuchungen seltener wahr – mit möglichen gesundheitlichen Folgen.

Auch Gynäkolog:innen bestätigen die Defizite. Viele Praxen sind nur eingeschränkt zugänglich; Umbauten scheitern häufig an finanziellen Hürden. Erhöhter Zeitbedarf und körperliche Belastung bei fehlender Praxisausstattung (zum Beispiel Personenliften) stehen einer unzureichenden Vergütung gegenüber. Zudem fehlen spezifische Fortbildungen. Fachkräfte der Eingliederungshilfe bemängeln fehlende Informationen in Leichter Sprache, mangelnde Transparenz über Barrieren und Defizite in der Kommunikation.

Eine besondere Rolle spielt das barrierefreie gynäkologische Spezialangebot am Klinikum Bremen-Mitte. Es wird für fachliche Kompetenz, großzügige Zeitfenster und den einzigen Personenliften im Land gelobt. Zugleich bestehen strukturelle Probleme: unzureichende Vergütung, lange Wartezeiten und keine freie Ärzt:innenwahl. Zudem kennen drei Viertel der befragten Frauen dieses Angebot nicht.

**Die Studie macht deutlich:** Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in der gynäkologischen Versorgung stellt das Land vor eine konkrete gesundheitspolitische Aufgabe. Es geht um Selbstbestimmung, Würde und gleichberechtigten Zugang zu Prävention und Behandlung.

Ein Jahr nach der Veröffentlichung blicken wir bereits auf eine bessere Bezahlung der Ärzt:innen im Spezialangebot. Auf Bundesebene drängt ein Antrag auf mehr Mittel für eine Finanzierung von Umbauten zu mehr Barrierefreiheit. Seit Jahresbeginn gibt es zudem ein vorbereitendes Angebot für Frauen: mit Lernschwierigkeiten für den Besuch bei der Gynäkolog:in eine Sexualpädagogin klärt über die Abläufe in den Praxen auf, erklärt wie man Grenzen setzen und Fragen stellen kann. Eine Broschüre in Leichter Sprache flankiert die Gespräche. Der Landesverband der Frauenärzt:innen hat zudem eine Fort-

bildung für Ärzt:innen angeboten, und für Gesundheitsfachkräfte fand eine Veranstaltung zu Behinderung und Sexualität im bremer forum frauen\*gesundheit statt.

Aber manche Hürden sind noch zu nehmen. So gibt es aktuell noch kein barrierefreies Angebot in Bremerhaven und im Bremer Westen, auch die Informationen im Netz über die Barrieren in Praxen sind dürftig. Außerdem haben Ärzt:innen in ihren Praxen bislang keine kostendeckende Finanzierung – auch wenn letzteres ein Antrag bei der Gleichstellungsminister:innenkonferenz 2025 angeschoben hat. Für das Land Bremen bietet sich aktuell die Chance, eine Vorreiterrolle einzunehmen und zu zeigen, wie intersektionale geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention konkret und wirksam gestaltet werden kann. Wir stehen am Anfang dieses Prozesses.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. DR. MO URBAN, Zentralstelle der Landesfrauenbeauftragten, Referentin für Gesundheit und Wissenschaft, Faulenstraße 14–18, 28195 Bremen,  
E-Mail: monika.urban@frauen.bremen.de  
INARI PRIESS, Anschrift siehe Impressum

KERSTIN KOWALEWSKI, SIMONE BERWANGER,  
MAREN BREDEHORST, BIRGIT WOLLENBERG

## Netzwerke(n) im ländlichen Raum – ein Versprechen für mehr Wirksamkeit? Erfahrungen aus der kommunalen Präventionsberatung am Beispiel Rauschenberg

Kommunale Präventionsnetzwerke gelten als zentrales Instrument, um Prävention und Gesundheitsförderung wirksamer, bedarfsgerechter und nachhaltiger zu gestalten. Besonders in ländlich geprägten Kommunen stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen Netzwerke tatsächlich Wirkung entfalten. Der Beitrag greift diese Frage anhand der Erfahrungen aus der dezentralen Präventionsberatung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (gefördert über das GKV-Bündnis für Gesundheit in Hessen) auf und beleuchtet exemplarisch den Aufbau eines kommunalen Netzwerks in Rauschenberg.

### Ausgangslage: Prävention ohne Struktur

Rauschenberg ist eine kleinstädtisch-ländlich geprägte Kommune mit rund 4.600 Einwohner:innen. Vor Beginn der Präventionsberatung bestanden im Handlungsfeld »Gesund aufwachsen« weder etablierte Austausch- oder Koordinationsstrukturen noch eine strategische Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung. Der Einstieg erfolgte, indem der damalige Bürgermeister die Leitung des Familienzentrums als kommunale Ankerperson benannte.

### Ankerperson und Netzwerkaufbau

Die Familienzentrumsleitung übernahm eine zentrale Rolle: Sie fungierte als kontinuierliche Kontaktperson, unterstützte die Identifikation relevanter Akteur:innen und stellte die Anbindung an Politik und Verwaltung sicher. Ergänzend wurde

eine Steuerungsgruppe aus Bürgermeister, Gesundheitsamt und Familienzentrumsleitung eingerichtet, die strategische Entscheidungen absicherte. Als zentrales Format wurde ein »Runder Tisch Kinder- und Jugendgesundheit« etabliert, an dem Kindertagesstätten, Grundschulen, Stadtjugendpflege, Kirchengemeinden, freie Träger und Elternvertretungen beteiligt waren. Neben Analyse und Austausch sollten zeitnah sichtbare Ergebnisse entstehen. Diese Orientierung an kurzfristig umsetzbaren Maßnahmen prägte den weiteren Prozess.

### Von Bedarfen zu Maßnahmen

Die Bedarfsanalyse erfolgte im Rahmen des Runden Tisches, unter anderem anhand einer Betrachtung bestehender Angebote entlang der Altersphasen. Zentrale Bedarfe wurden in den Bereichen Erziehungskompetenz von Eltern, Medienkonsum und psychischer Gesundheit identifiziert. Darauf aufbauend wurden konkrete Maßnahmen umgesetzt: Elternkurs zur Stärkung der Erziehungskompetenz, Resilienz- und Zahngesundheitsangebote, Medienkompetenzprogramme sowie der regelmäßige Einsatz eines Bewegungsmobils. Ergänzend erfolgten Qualifizierungen für Multiplikator:innen, darunter eine psychomotorische Fortbildung für Lehrkräfte und eine Ausbildung der Familienzentrumsleitung im Bereich Bindungstraining für Alleinerziehende. Kennzeichnend war die gemeinsame Planung, Umsetzung und Bewerbung durch die Netzwerkpartner:innen, wodurch eine hohe Akzeptanz erreicht wurde.

### Entwicklung sichtbar machen: das Fortschrittsdiagramm

Zur Selbstevaluation wurde der Analysebogen des Fortschrittsdiagramms für Präventionsketten adaptiert, pilotiert und Ende 2024 sowie 2025 eingesetzt. Die Adaption erfolgte partizipativ mit beteiligten Kommunen in einem Workshop unter Begleitung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V., um Items und Indikatoren an den Kontext der Präventionsberatung anzupassen. Die Ergebnisse aus den Selbstevaluationen zeigten, wo strukturelle Grundlagen fehlten. Bei der Selbstevaluation in Rauschenberg wurde erkennbar, dass eine politische und konzeptionelle Verankerung nicht ausreichend gegeben war. Daraufhin wurde ein kommunales Präventionskonzept erarbeitet, Ende 2024 beschlossen und mit einem eigenen Haushaltsbudget hinterlegt.

### Fazit und Ausblick

Die Erfahrungen zeigen, dass Prävention auch im ländlichen Raum wirksam gestaltet werden kann – vorausgesetzt, sie ist strukturiert, koordiniert und politisch rückgebunden. Netzwerke entfalten ihre Wirkung durch kontinuierliche Begleitung, klare Zuständigkeiten und gemeinsame Reflexion. Die dezentrale Präventionsberatung erweist sich als zentraler Hebel kommunaler Kapazitätsentwicklung. Die gewonnenen Erkenntnisse fließen in einen Handlungsleitfaden zur kommunalen Präventionsberatung ein, der bis Ende 2026 veröffentlicht wird.

Literatur bei der Verfasserin

KERSTIN KOWALEWSKI, Geschäftsstelle »Gesundheit fördern – Versorgung stärken«, Präventionskoordination, Landkreis Marburg-Biedenkopf, Fachbereich Gesundheitsamt, Schwanallee 23, 35037 Marburg,  
E-Mail: KowalewskiK@marburg-biedenkopf.de



SÖREN HOYER, MORITZ MÜLLER

## BRISE – Bremer Initiative zur Stärkung frühkindlicher Bildung

BRISE ist eine ressortübergreifende Initiative der Stadt Bremen unter Beteiligung der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, des Senators für Kinder und Bildung sowie der Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration und eines Forschungsverbundes (unter anderem PN, BiB, DIPF, DIW, LiFbi, Universität Bamberg, Universität Bremen, Universität Heidelberg), gefördert vom BMBFSFJ. Eine Langzeitstudie untersucht dabei das Zusammenspiel von vier präventiven Hausbesuchsprogrammen und der Kita auf ihre Wirksamkeit. Im Fokus steht die Ausbildung sprachlicher und sozialer Kompetenzen bei Kindern bis zum Ende der Grundschulzeit.

Das BRISE-Vorhaben verknüpft bereits etablierte Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen, der Familienbildung und der Kita zu einer durchgängigen Förderkette. Familien erhalten von der Schwangerschaft bis zum Schuleintritt Begleitung durch Hebammen (Pro Kind), (Kinder-)Krankenpflegerinnen (TippTapp) und Elternunterstützungsprogramme (e:du und HIPPY). Eine von der Jacobs Foundation finanzierte Koordinierungsstelle bei der Jugendsenatorin stärkt die Zusammenarbeit der Ressorts sowie zwischen Politik, Verwaltung, Praxis und Wissenschaft.

### Ressortübergreifende Arbeitsteilung

Im Jahr 2017 gestartet, konnte die Angebotsstruktur der an BRISE beteiligten Programme ausgebaut und verstetigt werden. Der Aufbau einer Förderkette wurde und wird durch ressortübergreifende Arbeitsstrukturen begleitet, die die Versäulung entlang von Zuständigkeitsgrenzen aufbrechen. Zuständigkeiten bleiben zwar bestehen, hinzu kommt jedoch eine gemeinsame Verantwortung. Diese gemeinsamen Arbeitsstrukturen haben die Zusammenarbeit der drei zentralen Ressorts im Bereich Frühe Kindheit deutlich und nachhaltig gestärkt, sowohl auf Fachebene als auch auf Leitungsebene. Auf programmatischer Ebene werden aktuell zum Beispiel die beiden Präventionsprogramme e:du und HIPPY, die auch Teil der BRISE-Förderkette sind, als Gruppenangebote an Kitas weiterentwickelt.

### Wissenschaftliche Langzeitstudie

Da BRISE als Langzeitstudie konzipiert ist, liegen noch keine endgültigen Nachweise bezüglich der Wirksamkeit der Förderkette vor – viele Kinder sind gerade erst in der Schule angekommen. Die Forschung erhebt begleitend kognitive, soziale, emotionale und neurophysiologische Parameter über EEG, Eye-Tracking und Befragungen. Im Fokus stehen etwa Sprachentwicklung, Selbstregulation und schulische Vorläuferfähigkeiten und wie sich die Förderkette auf diese Kompetenzen bis zur Grundschule auswirkt.

Auch hier haben sich Arbeitsstrukturen entwickelt, die die Zusammenarbeit und den Austausch zwischen den beteiligten Verwaltungsressorts und dem Forschungsverbund regelfähig sicherstellen. Der Wissenschafts-Praxis-Transfer findet in gemeinsam durchgeführten Fachtagen statt. Erste Erkenntnisse aus Teilstudien konnten bereits in die Verwaltungspraxis einfließen. Ein Beispiel dafür ist der Aufbau eines Sprechstundenangebots von niedrigschwelligen sozialräumlichen Unterstützungsangeboten an einer Kinderarztpraxis. Ausgangspunkt war die wissenschaftliche Erkenntnis, dass Mütter in ihrem Hilfesuchverhalten dem Gesundheitssektor vertrauen, da es positiv konnotiert ist, sich um die Gesundheit des Kindes zu kümmern. Im Gegensatz dazu steht die negative Konnotation, sich Hilfe im Bereich Erziehung zu holen, da dieses mit einem persönlichen Scheitern verbunden wird.

### Ausblick

Die Erfahrungen haben auch über das BRISE-Vorhaben hinaus einen nachhaltigen Wert. Das zeigt sich aktuell in der Entwicklung einer Präventionskette in einem Bremer Modellstadtteil. Als Strukturansatz wird die Vernetzung auf lokaler sowie steuernder Ebene über Ressortgrenzen hinweg vorangetrieben sowie die Vernetzung zwischen diesen Ebenen etabliert. So konnten bisher beispielsweise das Familienberatungsangebot in der Kinderarztpraxis sowie Elternkalender in mehreren Kindergärten umgesetzt werden.

Zuvor versäultes Verwaltungshandeln geht über in eine gemeinsame Verantwortung für ein »Aufwachsen in Wohlergehen«. Das ist die logische Weiterentwicklung der Strukturen aus dem BRISE-Vorhaben. Der Präventionskettenansatz soll daher in den kommenden Jahren auf weitere Stadtteile ausgeweitet werden.

Literatur bei den Verfassern

SÖREN HOYER, MORITZ MÜLLER: Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend

und Integration, Referat 21, Bahnhofplatz 29, 28195 Bremen,

E-Mail: soeren.hoyer@soziales.bremen.de,

E-Mail: moritz.mueller@soziales.bremen.de,

Internet: [www.soziales.bremen.de/jugend-familie/ansprechpersonen-referat-21-70745](http://www.soziales.bremen.de/jugend-familie/ansprechpersonen-referat-21-70745)

## impulse bestellen

Wenn Sie die impulse regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie die Zeitschrift bitte unter Angabe der Bezugsart (per E-Mail als PDF oder per Post als Druckexemplar) unter folgender E-Mail-Adresse: [impulse@gesundheit-nds-hb.de](mailto:impulse@gesundheit-nds-hb.de). Siehe auch »In eigener Sache« auf Seite 13.

# Bücher, Medien

## Teilhabe von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte

Das Buch greift die hochaktuelle Thematik der Integration von im Ausland angeworbenen Arbeitskräften für den Pflegesektor auf. Es basiert auf den Ergebnissen der Studie »Gesundheit! Teilhabe im Pflegesektor« des Zentrums für Menschenrecht an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Die Ergebnisse aus empirischen Erhebungen zeigen, dass neben einem wertschätzenden und diskriminierungsfreien Arbeitsumfeld und dem Aufzeigen von Weiterentwicklungsmöglichkeiten insbesondere dem Lebensalltag abseits des Arbeitsplatzes konsequent Bedeutung geschenkt werden muss. Aus den Befunden wurden partizipativ Handlungsempfehlungen erarbeitet. Das Buch ist praxisnah und eignet sich gut, um sich über Herausforderungen und Erfolgsfaktoren der Integration von internationalen Pflegefachkräften zu informieren. (mw)

WEIDINGER, PETRA BENDEL, STEFAN KORDEL, YASEMIN BEKYOL, THERESA WAGNER: Teilhabe von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte. Erlanger Migrations- und Integrationsstudien 12. FAU University Press, Erlangen, 2025, 226 Seiten, ISBN 978-3-96147-858-3, 23,50 Euro

## Komplexe Hilfebedarfe in der kommunalen Praxis

Das Buch beleuchtet anhand von Fallbeispielen die Herausforderungen der kommunalen Daseinsvorsorge für schwer erreichbare Menschen. Die Autor:innen zeigen, wie Kontaktaufnahme und langfristige Begleitung in der sozialpsychiatrischen Arbeit gelingen können, oft über Jahre hinweg und im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge. Deutlich wird, wie vielschichtig die Arbeit ist und wie wichtig es ist, Licht in diese mehrdimensionale Praxis zu bringen. Die Beispiele machen klar, dass es nicht den einen Weg gibt. Entscheidend sind Kontinuität, Geduld, Haltung und flexible Zugänge, um Vertrauen aufzubauen. (se)

KLAUS OBERT, KERSTIN FOLGNER, CLAUDIA REINHARDT: Sozialpsychiatrische Begleitung von Menschen in prekären Lebenslagen. Psychiatrie-Verlag, Köln 2025, 160 Seiten, ISBN 978-3-96605-313-6, 22,00 Euro

## Einführung in die Positive Psychologie

Den Autor:innen dieses Fachbuchs gelingt ein Spagat zwischen einer umfassenden, theoretischen Fundierung des Fachgebiets der Positiven Psychologie und praktischen Handlungsanleitungen zur Stärkung des Wohlbefindens. Die Entstehungsgeschichte der Positiven Psychologie sowie die Hintergründe der Modelle, zum Beispiel des PERMA-Modells, werden angereichert mit persönlichen Erfahrungen des Hauptautors und dem bewussten Einbezug von kritischen Fragen. Zusätzlich liefern vielfältige Kapitel Anregungen zur Rolle der Positiven Psychologie in Kindererziehung, Altern, Führung, Kommunikation, Coaching und Psychotherapie. Das Buch richtet sich an Personen, die tiefer in die Positive Psychologie einsteigen möchten und über psychologische Vorkenntnisse verfügen. (sp)

PHILIP STREIT, GABRIELE SAUBERER, MARTIN WAMMERL: Einführung in die Positive Psychologie. facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2025, 450 Seiten, ISBN 978-3-99111-851-0, 36,99 Euro

## Dein Zyklus. Dein Wissen. Deine Regel(n) verstehen Selbstfürsorge lernen

Zwei Physiotherapeutinnen nehmen ihre Leser:innen mit auf eine fundierte Reise durch den Menstruationszyklus: von Anatomie über Hormone bis hin zu Schlaf, Ernährung und Sexualität. Das Buch vermittelt evidenzbasiertes Grundlagenwissen in einem verständlichen Schreibstil, der weder belehrt noch überfordert. Praxisnahe Beispiele machen die komplexen Zusammenhänge für die Leser:innen greifbar. Besonders gelungen sind die gezeichneten Darstellungen weiblicher Anatomie, die sachlich und gleichzeitig anschaulich sind. Ein Ratgeber für Fachkräfte, die ihren Patient:innen niedrigschwellige Lektüre zur Körperwahrnehmung empfehlen möchten. (Fil)

LEONI JANOWICZ, DONATA NEHM: Dein Zyklus Dein Wissen. Deine Regel(n) verstehen – Selbstfürsorge lernen. tredition, Ahrensburg, 2025, 160 Seiten, ISBN 978-3-384-70132-9, 24,00 Euro

## Selbstfürsorge in psychosozialen Berufen

Die Autor:innen widmen sich einem im Berufsalltag sozialer und therapeutischer Fachkräfte oft vernachlässigtem Thema: Selbstfürsorge. In ihrem Buch verbinden sie fachliche Grundlagen mit praxisnahen Impulsen, fördern Selbstreflexion und stellen sowohl individuelle Strategien als auch team- und organisationsbezogene Ansätze vor, etwa Supervision. Selbstfürsorge wird dabei nicht einfach als »private« Zusatzaufgabe verstanden, sondern als fester Teil des eigenen professionellen Handelns. Nicht zuletzt die fundierte Argumentation, der realistische Blick auf berufliche Belastungen und die handlungsorientierte Herangehensweise machen das Buch zu einer überzeugenden Lektüre. Es bietet Orientierung und ist für Studium wie Praxis gleichermaßen gewinnbringend. (mha)

GUNTER GROEN, KATJA WEIDTMANN, SUSANNE VAUDT, HARALD ANSEN: Selbstfürsorge in psychosozialen Berufen. Psychiatrie Verlag, Köln, 2024, 248 Seiten, eISBN 978-3-8385-6221-6, 34,99 Euro

## Ideen brauchen Tatkraft. Kolumnen mit Perspektiven für die Gesundheitswirtschaft

In 24 eigenständigen Kolumnen beleuchtet dieses Werk die Gesundheitswirtschaft aus unterschiedlichen Blickwinkeln und setzt dabei viele verschiedene thematische Schwerpunkte: von das »Geld muss den Patient:innen folgen« bis zu »Keine Reform ist besser als eine falsche Reform«. Komplexe Sachverhalte werden pointiert und verständlich aufbereitet, sodass Leser:innen ohne spezifischen Hintergrund in der Gesundheitswirtschaft abgeholt werden. Gerade durch die Kürze der einzelnen Kolumnen entfaltet das Buch seinen besonderen Charme und lädt dazu ein, einzelne Texte gezielt auszuwählen oder das Werk in Etappen zu lesen. (mhe)

HEINZ LOHMANN: Ideen brauchen Tatkraft. Kolumnen mit Perspektiven für die Gesundheitswirtschaft. Medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg, 2025, 72 Seiten, ISBN 978-3-98800-099-6, 28,00 Euro

## Health for All Policies. The Co-Benefits of Intersectoral Action

Das Buch untersucht, wie gesundheitspolitische Ziele durch sektorübergreifende Zusammenarbeit (zum Beispiel mit Umwelt-, Verkehrs- oder Sozialpolitik) effektiver erreicht werden können. Die Autor:innen analysieren dabei die sogenannten »Co-Benefits«: Synergien, die entstehen, wenn Maßnahmen nicht nur der Gesundheit dienen, sondern auch anderen Politikbereichen nutzen. Inhaltliche Schwerpunkte sind theoretische Grundlagen, internationale Fallbeispiele und praktische Handlungsempfehlungen. Die Autor:innen verbinden theoretische Konzepte (zum Beispiel Governance-Modelle) mit empirischen Analysen und Fallstudien, etwa zu Tabakkontrolle oder Stadtplanung. Das Buch richtet sich vor allem an Fachkräfte aus Public Health, Politik und Verwaltung. (dig)

SCOTT L. GREER, MICHELLE FALKENBACH, JOSEP FIGUERAS, MATTHIAS WISMAR (HRSG.): Health for All Policies. The Co-Benefits of Intersectoral Action. Cambridge University Press. Cambridge, 2024, 318, ISBN 978-1-009-46773-5, Paperback, 40,85 Euro

## Zur Entwicklung von geteilten Wahrnehmungen psychologischer Sicherheit

Psychologische Sicherheit beschreibt die Überzeugung eines Menschen, dass es sicher ist, zwischenmenschliche Risiken – wie das Teilen von Fragen, Fehlern oder Ideen – einzugehen. Doch wie kommt man in einem Team zu einer geteilten Wahrnehmung einer solchen psychologischen Sicherheit? Um sich der Beantwortung dieser Frage zu nähern, gibt der Autor einen umfassenden Überblick über die theoretischen Hintergründe und leistet mit einer empirischen Untersuchung einen Beitrag zur Schließung von Forschungslücken. Zudem geben die Ergebnisse erste wissenschaftsbasierte Anhaltspunkte, wie Führungspersonen in ad-hoc-Teams eine geteilte Wahrnehmung psychologischer Sicherheit fördern können. (irl)

TIM KRETER: Zur Entwicklung von geteilten Wahrnehmungen psychologischer Sicherheit. Eine Mixed-Methods-Untersuchung in ad-hoc-Trainingsteams. Carl-Auer Systeme, Heidelberg, 2025, 160 Seiten, ISBN 978-3-8497-9095-0, 20,99 Euro

## Digitale Gewalt und ihre Auswirkung auf die psychische Gesundheit von Kindern & Jugendlichen

Der Themenschwerpunkt widmet sich einer enormen Herausforderung moderner Kindheit. Das Heft liefert eine fundierte Begriffsklärung sowie aktuelle Daten zu Gewalterfahrungen Jugendlicher im Netz. Besonders wertvoll: der Perspektivwechsel. Neben Risiken werden auch Schutzfaktoren und Stärken junger Menschen im digitalen Raum beleuchtet. Psychotherapeut:innen werden aufgerufen, digitale Lebenswelten nicht als Paralleldimension zu betrachten, denn sie sind Teil kindlicher Realität. Die Ausgabe bietet konkrete Handlungsoptionen für die therapeutische Praxis und macht deutlich, dass eine altersgerechte, angeleitete Auseinandersetzung mit digitaler Gewalt eine professionelle Notwendigkeit ist. (elg)

MICHELLE ZENTNER, BERRIN ÖZLEM OTYAKMAZ, UTE SONNTAG (HRSG.): Verhaltenstherapie mit Kindern & Jugendlichen. Schwerpunkt Digitale Gewalt und ihre Auswirkung auf die psychische Gesundheit von Kindern & Jugendlichen. DGVT-Verlag, Tübingen, 2025, 76 Seiten, ISSN 1861-1923, 6,00 Euro

## Wen therapieren wir und warum?

Das Fachbuch beleuchtet die psychotherapeutische Indikationsstellung und geht der zentralen Frage nach: Wen therapieren wir und warum? Vor dem Hintergrund steigender Zahlen psychischer Störungen bei gleichzeitig begrenzten Ressourcen im Versorgungssystem, gewinnt diese Frage an Bedeutung. Im Fokus stehen formalrechtliche und medizinische Aspekte im Indikationsstellungsprozess, Kontraindikationen und die Bedeutung alternativer Unterstützungsangebote. Stilistisch verbindet das Buch theoretische Grundlagen mit praxisnahen Überlegungen und greift aktuelle gesundheitspolitische Diskurse auf. Es richtet sich an Psychotherapeut:innen in Ausbildung und Praxis sowie weitere Fachpersonen. (md)

AHMEND EL-KORDI: Wen therapieren wir und warum? Ethische, therapeutische und sozialrechtliche Aspekte der psychotherapeutischen Indikationsstellung. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2025, 196 Seiten, ISBN 978-3-8379-6298-7, 32,99 Euro

## Nimm mich ernst!

Das Buch widmet sich dem Thema Adultismus und beleuchtet Machtverhältnisse zwischen Erwachsenen und Kindern im (pädagogischen) Alltag. Anhand von neun praxisnahen Beispielsituationen werden unterschiedliche Perspektiven gegenübergestellt und so neue Zugänge zum Verstehen kindlicher Erfahrungen eröffnet. Ergänzt durch Reflexionsfragen und konkrete Methoden, unterstützt das Buch Fachkräfte dabei, die eigene Haltung zu hinterfragen und weiterzuentwickeln. Die verständliche Sprache und der enge Bezug zur Kita-Praxis machen es zu einer gut zugänglichen Orientierungshilfe für eine partizipative und respektvolle Beziehungsgestaltung. (ts)

SANDRA RICHTER: Nimm mich ernst! Adultismus erkennen und abbauen. Verlag Klett Kita, Stuttgart, 2026, 144 Seiten, ISBN 978-3-96046-422-8, 18,95 Euro

## Social Prescribing Policy, Research and Practice. Transforming Systems and Communities for Improved Health and Wellbeing

Bei diesem Sammelband handelt es sich um den ersten international vergleichenden Überblick zu »social prescribing« bzw. dem sozialen Rezept. Einleitend werden eine Arbeitsdefinition und der Forschungsstand erläutert. Anschließend werden Umsetzungsmodelle und Erfahrungen aus sieben Ländern vorgestellt, u.a. auch aus Deutschland. »Social prescribing« wird hier zwar noch nicht umgesetzt, aber das Kapitel beschreibt präzise, welche Hürden dabei bestehen und welche Modelle trotzdem möglich wären. Insgesamt bietet das Buch einen einmaligen Überblick zum Thema und ist für alle empfehlenswert, die sich grundlegend einarbeiten möchten. Allerdings sind Vorkenntnisse in Gesundheitsförderung und gute Englischkenntnisse beim Lesen hilfreich. (mvg)

MARCELLO BERTOTTI (HRSG.): Social Prescribing Policy, Research and Practice. Springer Nature, Cham, 2024, 144 Seiten, ISBN 978-3-031-52105-8, 69,54 Euro

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

### Gesund aufwachsen in Kita, Schule und Quartier – Mentale Gesundheit im Fokus

02. September 2026, Bremen

Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten spielen bei der Entwicklung von Resilienz und der Förderung der mentalen Gesundheit eine zentrale Rolle und können das Risiko für psychische Belastungen negativ beeinflussen. Die Settings Kita, Schule und Quartier, in welchen Kinder und Jugendliche aufwachsen, spielen dabei eine wichtige Rolle. Die Fachtagung widmet sich mit Impulsvorträgen und Workshops der mentalen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Fachkräften in diesen Settings. Der Fachtag wird als Kooperationsveranstaltung des Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) sowie der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bremen umgesetzt.

### Zwischen Mensch und Maschine – Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen

02., 09. und 16. September 2026, digital

Im Talk-Show-Format wird der Einsatz Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet: von der Praxis in der Altenpflege über administrative Prozesse in Kliniken und bei Krankenkassen bis hin zur Gesundheitskompetenz von Patient:innen im digitalen Informationsraum. Die Veranstaltungsreihe findet gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse (Landesvertretung Niedersachsen) und der Evangelischen Erwachsenenbildung Niedersachsen statt.

### 30. Robert-Koch-Tagung

10.–11. September 2026, Hannover

Relevante Themenbereiche für die Gesundheitsämter, wie Kinder- und Jugendgesundheit, Psychiatrie, Infektionsschutz und Umweltmedizin werden in Vorträgen sowie in Workshops und Vertiefungsvorträgen bearbeitet. Die Fachtagung ist eine Kooperationsveranstaltung mit dem Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt sowie dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

### Niedersachsen-Forum Alter und Zukunft 2026

29. September 2026, Oldenburg

Das Niedersachsen-Forum Alter und Zukunft wird seit 1992 im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung jährlich in Kooperation mit einer niedersächsischen Kommune durchgeführt. 2026 widmen wir uns gemeinsam mit der Stadt Oldenburg dem Thema »Neue Zeit, neue Ziele? Übergänge in den Ruhestand – Chancen, Risiken und Ungleichheiten«. Expert:innen, Praktiker:innen und interessierte Bürger:innen kommen zusammen, um das vielschichtige Übergangsgeschehen zwischen Erwerbsleben und Ruhestand aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten. Es werden Strategien und Handlungsoptionen entwickelt, um den Übergang in den Ruhestand individuell und fair zu gestalten.

### Praxisdialog: Gut begleitet durch die Hitze – Schutz von Schwangeren und Kleinkindern

30. September 2026, Bremen

Wie können Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder gut vor Hitze und UV-Strahlung geschützt werden? Mit dieser Frage lädt das Projekt »Klimagesund rund um die Geburt & frühe Kindheit« zu einem Praxisdialog ein. Nach einem fachlichen Impulsvortrag steht der Austausch im Mittelpunkt: Fachkräfte aus Geburtshilfe, Gynäkologie und Pädiatrie, Familienbegleitung, der Sozialen Arbeit in Einrichtungen und Quartieren sowie weitere Interessierte kommen zusammen, um Erfahrungen, gute Ansätze und Bedarfe zum Hitze- und UV-Schutz zu teilen. Die Veranstaltung bietet Raum für Vernetzung und gemeinsame Weiterentwicklung von Unterstützungsstrukturen.

### Klimakrise & psychische Gesundheit für Psychotherapeut:innen

In der dreitägigen Fortbildung werden den Teilnehmenden unter anderem die direkten und indirekten Auswirkungen der Klimakrise auf die Psyche vermittelt. Zudem geht es um die speziellen Herausforderungen, die sich dabei für Kinder und Jugendliche ergeben und welche spezifischen Unterstützungsmöglichkeiten die Psychotherapie für sie bieten kann. Die Teilnehmenden erlangen Kenntnisse in der diagnostischen Einschätzung und Behandlung psychischer Belastungen im Zusammenhang mit der Klimakrise sowie zur notfallpsychotherapeutischen Versorgung nach Extremwetterereignissen. Darüber hinaus reflektieren die Teilnehmenden ihre eigenen Coping- und Vermeidungsstrategien im Umgang mit der Klimakrise und lernen Möglichkeiten einer nachhaltigen und klimafreundlichen psychotherapeutischen Berufsausübung kennen.

**Modul 1: Grundlagen der Klimakrise**

**Modul 2: Berufsrechtliche und -ethische Aspekte im Kontext der Klimakrise**

**Modul 3: Auswirkungen der Klimakrise auf die psychische Gesundheit**

15. September 2026, digital

**Modul 4: Handlungsfelder für Psychotherapeut\*innen im Rahmen der Klimakrise**

23. und 24. September, digital

### Digitalisierung und ihre Anwendungen in der Psychotherapie

Welche Auswirkungen hat die Digitalisierung für die psychotherapeutische Versorgung sowie die Erwartungen von Patient:innen? Wie können digitale Anwendungen in der psychotherapeutischen Behandlung sinnvoll eingesetzt werden? Und welche rechtlichen Rahmenbedingungen sind dabei zu beachten? In dieser mehrteiligen Fortbildungsreihe erhalten psychologische Psychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen Grundlagenwissen zu aktuellen Entwicklungen der Digitalisierung, ihren Chancen, Risiken und den Möglichkeiten ihrer Anwendungen in der Psychotherapie.

**Modul 1: Einsatz digitaler Anwendungen**

18.–19. September 2026, digital

**Modul 2: Ethik und Digitalisierung**

10. November 2026, digital

**Modul 3: Telematikinfrastruktur**

25. November 2026, digital

**Modul 4: Datensicherheit und Datenschutz**

03. Dezember 2026, digital

## FORTBILDUNGSPROGRAMME

# FOKUS

GESUNDHEIT

Digitale Akademie

Die Digitale Akademie »Fokus Gesundheit« ist eine zentrale Plattform für praxisnahe und wissenschaftlich fundierte Online-Fortbildungen und Vorträge im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Sie richtet sich an Fachkräfte, Multiplikator:innen sowie weitere Interessierte, die ihr Wissen vertiefen und neue, direkt anwendbare Impulse für ihre Praxis gewinnen möchten.

**Ruhe im Sturm – Gesund beraten in der VUKA-Arbeitswelt**  
19. August 2026, digital

**Neurodivergenz im Beratungsalltag begegnen – Schwerpunkt ADHS**  
27. August 2026, digital

**Queer-sensibel beraten – trans\*, inter\* und nicht-binäre Menschen (TIN) mitdenken**  
03. September 2026, digital

**Gesundheit und Wohlbefinden – (k)ein Thema für »echte« Männer?**  
17. September 2026, digital

**Zwischen Nähe und Täuschung:  
Love Scamming erkennen und Prävention stärken**  
22. September 2026, digital

**Zwischen Babyboomern und Gen Z:  
Generationen verstehen und wirksam zusammenarbeiten**  
24. September 2026, digital

**Im Fragen liegt die Antwort –  
Systemische Fragetechniken für die Beratung**  
27. Oktober 2026, digital

Weitere Informationen unter:  
[www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/fokus-gesundheit/](http://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/fokus-gesundheit/)



Fortbildung für Beschäftigte sowie Führungskräfte aus der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, Betreuung und Beratung

**Selbstfürsorge in der Pflege und Betreuung**  
01. September 2026, digital

**IT-Sicherheit in der Pflege als strategischer Erfolgsfaktor: Risiken, Compliance und Handlungssicherheit**  
08. September 2026, digital

**Rechtssicher in der Praxisanleitung**  
14. September 2026, digital

**Beratungswissen in der Pflege – 2-tägige Grundlagen**  
15. und 16. September 2026, Hannover

**Gesundheitliche Versorgung von trans\*, inter\* und nicht-binären Personen**  
22. September 2026, digital

**Keine Angst vor dem Medizinischen Dienst –  
Das Pflegefachgespräch**  
24. September 2026, Hannover

**Bevor es zu Gewalt wird – Gewaltprävention und Deeskalation**  
02. Oktober 2026, digital

**Betreuung 2.0 – Zukunft der Betreuungsarbeit  
in Zeiten der Digitalisierung**  
05. Oktober 2026, digital

**Schnittstellen im Expertenstandard  
Ernährungsmanagement stärken**  
07. Oktober, digital

**Demenz erleben, verstehen und annehmen –  
Das Demenz Balance-Modell©**  
06. Oktober 2026, Hannover

**Junge pflegebedürftige Menschen pflegen und betreuen**  
27. Oktober 2026, digital

Weitere Veranstaltungstermine und Details können Sie unter folgendem Link einsehen:  
[www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/carealisieren/](http://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/carealisieren/)

## VORSCHAU (OKTOBER BIS DEZEMBER 2026)

**Psychische Gesundheit von Jugendlichen**  
17. November 2026, Bremerhaven

**Preisverleihung Niedersächsischer Gesundheitspreis**  
23. November 2026, Hannover

**36. Niedersächsische Suchtkonferenz**  
02. November 2026, Hannover

**Ausstellung zum Thema  
»Strukturelle Armutsprävention von Kindern in Niedersachsen«**  
13.–27. November 2026, Hannover

**SOPHIA-Fachtagung**  
25. November 2026, Hannover

## TERMINE NIEDERSACHSEN, BREMEN

- » **08.09.2026: 20 Jahre Kriseninterventions- team Stalking**, Bremen, Kontakt: PsychKon e. V., E-Mail: [info@psychkon.org](mailto:info@psychkon.org), Internet: [www.psychkon.org](http://www.psychkon.org)
- » **10.09.2026: Pflage tag Niedersachsen 2026**, Hannover, Kontakt: DBfk, Tel.: (05 11) 69 68 440, E-Mail: [nordwest@dbfk.de](mailto:nordwest@dbfk.de), Internet: <https://www.dbfk.de/de/bildungsangebot/>
- » **21.09.2026: Niedersächsischer Fachtag Kinderschutz-Konzepte**, Hannover, Kontakt: Kinderschutz-Akademie in Niedersachsen, Tel.: (05 11) 44 40 75, E-Mail: [info@kinderschutz-akademie.de](mailto:info@kinderschutz-akademie.de), Internet: [www.kinderschutz-akademie.de](http://www.kinderschutz-akademie.de)
- » **23.09.2026: Reproduktive Gesundheit und (unerfüllter) Kinderwunsch bei Männern**, Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik, Tel.: (05 11) 12 41 496, E-Mail: [zfg@evlka.de](mailto:zfg@evlka.de), Internet: [www.zfg-hannover.de](http://www.zfg-hannover.de)
- » **30.09.–02.10.2026: Gemeinsamer Jahreskongress der Fachgesellschaften DEGAM | DGSM | DGMS | EbM-Netzwerk »Gesundheit gestalten – Gemeinsam gesellschaftlichen Herausforderungen begegnen«**, Göttingen, Kontakt: Intercom Dresden GmbH, Tel.: (03 51) 32 01 73 70, E-Mail: [Kongress-Gesundheit2026@intercom-kongresse.de](mailto:Kongress-Gesundheit2026@intercom-kongresse.de), Internet: [www.kongress-gesundheit-gestalten.de](http://www.kongress-gesundheit-gestalten.de)
- » **06.10.2026: Einsam, aber nicht allein? Jugendliche, KI und das Bedürfnis nach Nähe**, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Tel.: (05 11) 85 87 88, E-Mail: [info@jugendschutz-niedersachsen.de](mailto:info@jugendschutz-niedersachsen.de), Internet: [www.jugendschutz-niedersachsen.de](http://www.jugendschutz-niedersachsen.de)

## TERMINE BUNDESWEIT

- » **06.–07.07.2026: Inklusionstage 2026 des BMAS**, Berlin, Kontakt: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), E-Mail: [inklusionstage@bmas.bund.de](mailto:inklusionstage@bmas.bund.de), Internet: [www.gemeinsam-einfach-machen.de](http://www.gemeinsam-einfach-machen.de)
- » **09.07.2026: Schwangere begleiten – Fachtag zu den neuen Handlungsempfehlungen Schwangerschaft**, Berlin, Kontakt: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung, Tel.: (02 28) 68 45 0, E-Mail: [info@ble.de](mailto:info@ble.de), Internet: [www.gesund-ins-leben.de](http://www.gesund-ins-leben.de)
- » **10.–11.07.2026: 6. Tagung der Bundesinitiative Sturzprävention**, Kassel, Kontakt: Bundesinitiative Sturzprävention, Tel.: (05 61) 804 53 98, E-Mail: [bis-tagung-2026@uni-kassel.de](mailto:bis-tagung-2026@uni-kassel.de), Internet: [www.svlfg.de](http://www.svlfg.de)
- » **03.–04.09.2026: International NAKO Conference 2026**, München, Kontakt: NAKO e. V., E-Mail: [conference@nako.de](mailto:conference@nako.de), Internet: [www.nako.de/conference2026/](http://www.nako.de/conference2026/)
- » **10.–11.09.2026: 4. Kongress der Teilhabeforschung**, Siegen, Kontakt: Aktionsbündnis Teilhabeforschung, E-Mail: [aktionsbueundnis@teilhabeforschung.org](mailto:aktionsbueundnis@teilhabeforschung.org), Internet: [www.zpe.uni-siegen.de](http://www.zpe.uni-siegen.de)
- » **14.–16.09.2026: 19. Bundeskongress Nationale Stadtentwicklungspolitik**, Köln, Kontakt: Nationale Stadtentwicklungspolitik, E-Mail: [info@nsp-kongress.de](mailto:info@nsp-kongress.de), Internet: [www.nsp-kongress.de](http://www.nsp-kongress.de)
- » **17.09.2026: 3. Deutsche Social Prescribing Konferenz**, Berlin, Kontakt: Charité Universitätsmedizin Berlin, Tel.: (0 30) 45 05 14 114, Internet: <https://allgemeinmedizin.charite.de>
- » **22.–25.09.2026: 21. Jahrestagung der DG Epi**, Ulm, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie, Tel.: (07 31) 50 31 076, E-Mail: [geschaeftsstelle@dgepi.de](mailto:geschaeftsstelle@dgepi.de), Internet: [www.dgepi.de](http://www.dgepi.de)
- » **15.–16.10.2026: 13. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. – Demenz: Zusammen Zukunft gestalten**, Magdeburg, Kontakt: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Tel.: (0 30) 25 93 79 50, E-Mail: [info@deutsche-alzheimer.de](mailto:info@deutsche-alzheimer.de), Internet: [www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)

- » **15.–16.10.2026: DVSG-Bundeskongress 2026**, Düsseldorf, Kontakt: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DSVG), Tel.: (0 67 71) 93 44 083, E-Mail: [bundeskongress@dsvsg.org](mailto:bundeskongress@dsvsg.org), Internet: [www.dsvsg.org](http://www.dsvsg.org)
- » **27.–28.10.2026: 65. Fachkonferenz Sucht: Öffentlicher Raum und verborgene Welten**, Essen, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Tel.: (0 23 81) 90 150, E-Mail: [info@dhs.de](mailto:info@dhs.de), Internet: <https://www.dhs.de/unsere-arbeit/fachkonferenz/>

## TERMINE INTERNATIONAL

- » **24.–27.08.2026: Navigating Risks Tomorrow's Workplaces EPICOH26**, Stockholm, Kontakt: Akademikferens, E-Mail: [epicoh2026@akademikferens.se](mailto:epicoh2026@akademikferens.se), Internet: [www.epicoh2026.com](http://www.epicoh2026.com)
- » **06.–09.09.2026: 18<sup>th</sup> World Congress on Public Health**, Kapstadt, Kontakt: the World Federation of Public Health Associations, E-Mail: [secretariat@wfpha.org](mailto:secretariat@wfpha.org), Internet: [www.wfpha.org](http://www.wfpha.org)
- » **15.09.2026: Gesunde Teams – Wie Zusammenarbeit gelingt**, Bern, Kontakt: Gesundheitsförderung Schweiz, E-Mail: [office.bern@promotionsante.ch](mailto:office.bern@promotionsante.ch), Internet: [www.bgm-tagung.ch](http://www.bgm-tagung.ch)
- » **16.–18.09.2026: ÖPGH Jahrestagung 2026**, Graz, Kontakt: Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖPGH), E-Mail: [office@oeph.at](mailto:office@oeph.at), Internet: [www.oeph.at](http://www.oeph.at)