

96 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

Was hindert uns
an der Herstellung
gesundheitsfördernder
Verhältnisse?

EDITORIAL »Give Health a Chance« ist die Überschrift eines der Artikel dieses Heftes, der in seinem Fazit Besinnungszeit für das Offensichtliche fordert. Beides könnte auch das Motto für das ganze Heft sein. In Zeiten, in denen sogenannte Dieselgipfel sich nicht mit der Gesundheit der Bevölkerung, sondern mit möglichen Kosten für die Autoindustrie beschäftigen oder Deutschland neben Bulgarien das letzte EU-Mitgliedsland bleibt, das Außenwerbung für Tabak erlaubt, kann Besinnungszeit für das Offensichtliche nicht schaden – genauso wenig wie ein neuer Stellenwert von Gesundheit in der Abwägung politischer Prioritäten. »Give Health a Chance« ist durchaus ernst gemeint. Die volkswirtschaftlichen Kosten, sich nicht mit Gesundheit beispielsweise in der Wirtschafts- oder Verkehrspolitik zu beschäftigen, sind offensichtlich. Was hindert uns also an der Herstellung gesundheitsfördernder Verhältnisse?

Fast alle Beiträge des Schwerpunktteils zeigen, dass wir kein Erkenntnis-, sondern ein Politikdefizit in diesem Bereich haben. Public Health wird in Deutschland allzu schnell anderen politischen Prioritäten untergeordnet. Der zweite Artikel des Heftes fordert daher Health-Literacy-Programme für Entscheidungsträger*innen, um gesunde Verhältnisse effektiver herstellen zu können. Angesichts des aktuellen Health-Literacy-Hypes, der gesundheitliche Volksbelehrung nur neu verpackt, könnte das ein Erfolg versprechender Ansatz sein. Wir zeigen in diesem Heft für verschiedene Handlungsfelder – von der Stadtplanung bis hin zur Lebensmittelbesteuerung – Handlungsoptionen auf, die Verhältnisse so umgestalten, dass Gesundheit endlich einen höheren Stellenwert hat und die gesündere Wahl zur leichteren wird.

In den Extraseiten veröffentlichen wir ein Positionspapier des wissenschaftlichen Beirates der LVG & AFS, das mehr Mut zur Problemanalyse fordert, vor präventivem Aktionismus warnt und Wege aufzeigt, die über nachhaltige Ansätze mehr Gesundheit herstellen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Bildung und Gesundheit« (Redaktionsschluss 06.10.2017) und »Liebe, Sex und Zärtlichkeit« (Redaktionsschluss 12.01.2018). Wir freuen uns über Ihr Feedback zu dieser Ausgabe genauso wie über Anregungen und Beiträge für die kommenden Impulse-Hefte!

Mit herzlichen Grüßen!



Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Die Schaffung gesundheitsfördernder Verhältnisse	02
Was hindert UNS an der Herstellung gesunder Verhältnisse?	03
Give Health a Chance	05
Datenlage zur Entwicklung von Gesundheit	06
Lebensmittelbesteuerung zur Prävention von Adipositas?	07
Augen auf bei der Wohnungssuche	08
Verhältnisprävention durch Stadtplanung	09
Von der Herausforderung, an Geld zu kommen	11
Wer? Und wie? Akteure und Strategien	12
Gute Qualität in der Schulverpflegung	13
Gesunde Arbeitsbedingungen: Hindernisse und Möglichkeiten ...	14
Impressum	15
Extra: Mehr Mut zu genauer Problemanalyse	16
Interview: 10 Jahre Naschgarten	18
Bericht über die Jahrestagung der LVG & AFS	19
Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in KITAS	20
Praktikabilität auf Kosten der Wirksamkeit?	21
Gesundheitsförderung in der Kommune durch Kooperation!?	22
Partizipation in der Gesundheitsberichterstattung	22
Nachhaltige Hochschule sorgt für Wohlergehen	23
PORT – Patientenorientierte Zentren	24
Das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO)	25
Bücher, Medien	26
Termine LVG & AFS	33
Termine	36



LOTHAR H. WIELER

Die Schaffung gesundheitsfördernder Verhältnisse: ein zentrales Ziel von Public Health

Public Health umfasst alle Bemühungen einer Gesellschaft, die Gesundheit aller zu erhalten und zu verbessern. Ein wichtiger, wenn nicht sogar der wichtigste, Schwerpunkt dabei ist die gesundheitliche Chancengleichheit. Diese realisiert sich nicht so sehr über Individualprävention, sondern weitaus wirkungsvoller über Verhältnisprävention, deren wesentliches Element die Schaffung gesundheitsfördernder Verhältnisse ist. Um nun allerdings wirksame Maßnahmen für die Umsetzung dieses zentralen Anliegens einzuleiten, müssen verschiedene Fragen beantwortet und ganz unterschiedliche Hürden genommen werden.

Ausrichtung der Public-Health-Forschung

Was sind gesundheitsfördernde Verhältnisse? Welche Maßnahmen tragen dazu bei, diese zu schaffen? Das sind Fragen an die Public-Health-Forschung, die nicht nur die Zusammenführung theoretischer und empirischer Erkenntnisse beinhalten, sondern auch in besonderem Maße die Evaluation der Praxiswirksamkeit von Maßnahmen. Hier muss sich Public Health in Deutschland der Herausforderung stellen, sich nicht durch die Atomisierung von singulären Forschungsgegenständen zu »verzetteln«, sondern sich gemeinsam (bei Beibehaltung des Wettbewerbs um bestmögliche Qualität der wissenschaftlichen Ergebnisse) auf relevante und umsetzungsorientierte Schwerpunkte zu einigen. Dies war übrigens auch Ergebnis einer von der Nationalen Akademie »Leopoldina« vorgelegten Analyse der Public-Health-Forschung in Deutschland.

Unterstützung durch die Politik

Wenn die Public-Health-Forschung Vorschläge unterbreitet, die auf evaluierten Ergebnissen bezüglich der Maßnahmen zur Schaffung gesundheitsfördernder Verhältnisse beruhen,

so braucht es die Unterstützung durch die Politik. Die Maßnahmen zur Verhältnisprävention, die von der Politik eingeleitet werden können, wie beispielsweise Gesetze zum Schutz vor zu viel Zucker in Lebensmitteln, dem Rauchen oder Umweltgiften wie Stickoxiden und Feinstaub, stehen vor der Herausforderung, dass sie im Konflikt mit anderen Interessen stehen. Häufig sind das wirtschaftliche Interessen, hinter denen wiederum starke Lobbygruppen stehen. Doch welche politisch starken Lobbygruppen vertreten die Interessen der Bevölkerung? Politik ist nicht homogen, Politik ist heterogen und identifiziert sich auf unterschiedliche Weise mit den Zielen von Verhältnisprävention. Eine Finanzierung und langfristige Strategie zur Schaffung gesundheitsfördernder Verhältnisse kann im gesamtgesellschaftlichen Kontext nur über die Politik erfolgen. Wie der Anspruch »Health in all Policies« umzusetzen ist, bleibt eine spannende Frage.

Wirksamkeit von Maßnahmen in der Praxis

Es bedarf großer Anstrengungen, Forschungsergebnisse und politische Strategien zusammenzubringen. Wenn dies gelungen ist, steht und fällt die Wirksamkeit der entsprechenden Maßnahmen aber natürlich mit den Aktivitäten vor Ort, in der Praxis. Nur mit der ständigen Sorge um die Schaffung und Aufrechterhaltung gesundheitsfördernder Verhältnisse kann Verhältnisprävention gelingen. Da vor Ort die akute Notwendigkeit der Schaffung gesundheitsfördernder Verhältnisse am deutlichsten wird, ist hier auch die Ungeduld am größten. Der Wunsch aktiv zu werden, darf nicht durch unzureichende Unterstützung durch Wissenschaft und Politik zu Aktionismus führen und wegen fehlender Kontinuität letztendlich in Frustration und Resignation enden. Und der Wunsch nach Aktivität darf keinesfalls zu Aktionismus in Form des Einsatzes nicht evaluerter Maßnahmen führen.

Zukunftsforum Public Health

Aus dem erforderlichen Triumvirat von Forschung, Politik und Praxis wird deutlich, wie nötig eine Vernetzung aller Ebenen und Akteure miteinander ist. Diese Vernetzung der Public-Health-Akteure ist in Deutschland noch sehr ausbaufähig. Der oftmals noch fehlende Schulterschluss von Theorie und Praxis auf der einen Seite erschwert auch die wirkungsvolle Einbeziehung der Politik auf der anderen Seite. Das führt letztendlich nur zu einer Schwächung von Public Health in Deutschland. Diese Erkenntnis und die Überzeugung von der Notwendigkeit gemeinsamer Bemühungen um die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit war Anlass für eine Gruppe von Public-Health-Akteuren, ein »White Paper« zu verfassen und zu veröffentlichen. Dieses Grundsatzpapier bildete den Ausgangspunkt für die Veranstaltung des »Zukunftsforums Public Health« in Berlin im November des vergangenen Jahres. Ziel des Symposiums war es, all die oben genannten Akteure zusammenzubringen, miteinander ins Gespräch zu kommen und Pläne für das weitere Vorgehen zu schmieden. Dieses Zukunftsforum mündete in verschiedene Vernetzungsaktivitäten. Zur Schaffung einer gemeinsamen Plattform für den Informationsaustausch und Kommunikation wurde durch das Robert Koch-Institut eine Anschubfinanzierung für eine Geschäftsstelle »Zukunftsforum Public Health« bereitgestellt. So konnte die Website unter www.zukunftsforum-public-health.de erstellt werden, unter der weitere Informationen zu finden sind. In regelmäßigen Abständen wird ein Newsletter ver-

schickt, den alle Interessierten beziehen können. Es wurde und wird ein enger Kontakt gesucht mit der Politik. In einem Positionspapier »Durch Stärkung der öffentlichen Gesundheit (Public Health) zur verbesserten Bevölkerungsgesundheit und einer gerechteren Gesellschaft« werden Forderungen gestellt, die im Wesentlichen zum Ziel haben, Wissenschaft, Politik und Praxis zusammenzubringen. Die Gesundheit der Bevölkerung muss ein wichtiges Ziel von Politik sein. Politik soll die Auswirkungen von politischen Entscheidungen auf die Gesundheit der Bevölkerung systematisch berücksichtigen (»Health in all Policies«). Die Schaffung gesundheitsfördernder Verhältnisse muss dazu beitragen, die Gesundheit sozial Benachteiligter zu verbessern und ihre Teilhabe an der Gesellschaft zu fördern. Um diese Differenzierung deutlich zu machen, wurden durch eine Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health sogenannte »Wahlprüfsteine« formuliert und an alle politischen Parteien verschickt. Die Antworten der Politik auf die gestellten Fragen werden in einem nächsten Symposium des Zukunftsforums Public Health im Dezember dieses Jahres diskutiert werden und sicherlich gut verdeutlichen, auf welchem Gebiet welche Bündnispartner*innen zur Herstellung gesundheitsfördernder Verhältnisse zu finden sind.

Ausblick

Fakt ist, dass Verhältnisprävention einen langen Atem braucht. Die entsprechenden Maßnahmen erzielen nicht sofort eine Wirkung, sondern wirken erst langfristig. Welche Mechanismen dabei hinderlich oder förderlich sind, wie ähnlich diese auf der Bundesländer- und kommunalen Ebene aber auch im Betrieb und in anderen Settings wirken, wird Gegenstand dieses Heftes sein. Dabei ist eines von besonderer Wichtigkeit: Evaluation statt Ideologie und Nachhaltigkeit statt Aktionismus. Die Mechanismen transparent zu machen, Lobbygruppen und Bündnispartner*innen zu identifizieren, in einem offenen konstruktiven Diskurs gemeinsame Schlussfolgerungen ziehen, das sind wichtige Schritte auf dem Wege zur Schaffung gesundheitsfördernder Verhältnisse. Diese Aspekte sollten wir stets vor Augen haben, wenn wir uns als Public-Health-Forscher*innen verstehen, und in diesem Sinne unterstütze ich das »Zukunftsforum Public Health«.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. LOTHAR H. WIELER, Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin,
E-Mail: president@rki.de

BETTINA SCHMIDT

Was hindert UNS an der Herstellung gesunder Verhältnisse?

Die Herstellung gesunder Verhältnisse stellt bekanntlich eine komplexe Herausforderung dar und entsprechend anspruchsvoll ist ihre Umsetzung. Doch nicht nur der komplizierte Umsetzungsprozess behindert die Etablierung gesunder Verhältnisse, sondern auch die Tatsache, dass jene Akteure, die maßgeblich zuständig sind für die Herstellung gesunder Verhältnisse, nur mäßig interessiert sind an der Herstellung gesunder Verhältnisse.



Wer ist »uns«?

Auch in einer demokratischen Gesellschaft haben nicht alle Menschen die gleichen Chancen, bei gesamtgesellschaftlichen Entscheidungen mitzureden. Die Möglichkeiten, relevante Themen voranzutreiben und umzusetzen, sind sozial ungleich verteilt. Je höher das Vermögen an entscheidenden Ressourcen – zum Beispiel an Bildung und Kommunikationskompetenzen, an Sozialprestige und Zugang zu Entscheidungsgremien – desto größer sind die Chancen, eigene Themen zu setzen. Die Entscheidungsträger*innen einer Gesellschaft rekrutieren sich in der Regel aus den gehobenen Soziallagen und spiegeln auch in Deutschland nicht den Bevölkerungsdurchschnitt wider. Sie sind, so der Elite-Forscher Michael Hartmann: »überdurchschnittlich alt, überdurchschnittlich männlich und in der alten Bundesrepublik geboren. Jüngere Jahrgänge im berufsfähigen Alter, Frauen, Ausländer*innen und DDR-Bürger*innen sind gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil stark unterrepräsentiert«. Über die Herstellung gesunder Verhältnisse entscheiden also vornehmlich westdeutsche Männer höherer Altersgruppen. Mit diesem Wissen wird verständlicher, warum Diabetiker*innen lebenslang und krankenkassenfinanziert Insulin bekommen, Heroinabhängige jedoch nur in seltensten Ausnahmen Heroin und nur unter strikten Kontrollbedingungen Methadon, obwohl bei allen Substanzen der Nutzen gut belegt ist.

Entscheidungsträger*innen haben wie alle Menschen spezifische Vorstellungen über das, was richtig und wichtig ist, und sie gehen irrtümlicherweise davon aus, dass ihre selektive Sicht die allgemeingültige Sicht ist. Machtvoll treten sie für ihre subjektive Sicht ein, oftmals ohne überhaupt zu merken, wie stark diese durch persönliche Erfahrung geprägt ist. Und bedauerlicherweise gelingt es Entscheidungsträger*innen nicht besser als allen anderen, sich vom eigenen Standpunkt zu lösen. Auch ihnen fällt es schwer, das wusste schon Pierre Bourdieu, »die Grenzen ihres Hirns zu überschreiten«.

Hier soll nicht der verschwörungstheoretischen Idee geheimer Machtzirkel – »Die da oben machen was sie wollen« – das Wort geredet werden. Entscheidungsmacht hängt weniger an mächtigen Personen, sondern an ungleich verteilten Machtstrukturen und Machtprozeduren, die es vor allem sozial privilegierten Personengruppen erlauben, ihre selektiven als gesamtgesellschaftliche Interessen umzusetzen. Dies lässt sich – laut Lea Elsässer und Kolleg*innen – für zahlreiche Politikfelder belegen: »Was Bürger*innen mit geringem Einkommen in besonders großer Zahl wollen, hatte in den Jahren von 1998 bis 2013 eine besonders niedrige Wahrscheinlichkeit, umgesetzt zu werden«.

Was hindert Entscheidungsträger*innen an der Herstellung gesunder Verhältnisse?

Die Herstellung gesunder Verhältnisse liegt nicht im vordringlichen Interesse der Entscheidungsträger*innen.

» Für Entscheidungsträger*innen ist Gesundheitsverhalten ein relevantes Statussymbol

Emsiges Gesundheitsverhalten ist en vogue. In der individualisierten Leistungsgesellschaft ist normativ erwünscht, dass jeder Mensch sein Leben und seine Gesundheit in Eigenregie meistert. Das Idealbild des unternehmerischen Selbst ist Bestandteil der neoliberalen Gesellschaftsidee, der zufolge die Gesellschaft am besten funktioniert, wenn individuelle Fähigkeiten und Zuständigkeiten auf ein Maximum gedehnt und staatliche Zuständigkeiten auf ein Minimum beschränkt sind. Gute Gesundheit ist wichtig für den Selbstunternehmer in der Wettbewerbsgesellschaft, sie ist sein Potenzial, die nicht nur pluripotente Leistungsfähigkeit gewährt, sondern auch selbstdisziplinierte Leistungs- und Leidensbereitschaft demonstriert. Das Gesundheitsverhalten ist die TÜV-Plakette, die beglaubigt, dass man ein vernunftgesteuertes und effizienzgeleitetes Leben führt. Besonders in den hohen Soziallagen ist eine überzeugende Gesundheitsperformance Teil des Selbstbrandings: Ich und mein Powerfrühstück, Pausen-Yoga, Feierabend-Workout. Dass der jährliche Gesundheits-Check-up, der regelmäßige Marathon und die Better-Sleep-App wirklich die Gesundheit verbessern, ist zu bezweifeln. Doch das ist zweitrangig, solange die gesundheitliche Inszenierung gelingt. Der Klassenmann, die Klassefrau materialisieren sich nicht mehr als dicke Dichter und Denker, sondern als drahtige Triathleten, die zeigen, dass sie in Bestform sind, nicht nur gesundheitlich, sondern auch ästhetisch und moralisch. Das ist nicht neu – Michel Foucault zeigt in seiner Studie »Die Sorge um sich«, dass sich die Eliten schon in der Antike um Selbstverfeinerung bemühten: »Es ist das Kostbarste, sich um sich selbst zu kümmern, nicht um die Reichtümer, nicht um die Ehre, sondern um das Selbst und seine Seele«. Gesundheitliche Selbstsorge als selbstherrliche Tat: Alles dreht sich nur um mich. Weil der Weg disziplinierten Gesundheitsverhaltens kein leichter ist, wird sich souveränes Selbstmanagement – hier zitiert Foucault Platon – nur »bei einer geringen Zahl von Leuten finden, denen nämlich, die mit der schönsten Anlage die beste Erziehung verbinden«. Bourdieu hat Recht: Leicht reimt sich auf leicht, das gilt zumindest im Kreis der Eliten. Sie bevorzugen das – distinktiv aussagekräftige – anstrengungsreiche Selbstmanagement vor dem anstrengungsärmeren Fremdmanagement. Man will rauchen dürfen, um dann darauf zu verzichten.

» Für Entscheidungsträger*innen sind gesunde Verhältnisse überflüssige Einmischung

Dass sich das Ideal vom individuellen Gesundheitssouverän hat durchsetzen können, liegt nicht an seiner fachlichen Plausibilität, sondern daran, dass Entscheidungsträger*innen es für plausibel halten. Ihr eifriges Eintreten für das freiwillige, freiheitliche Gesundheitsverhalten verkennt, dass Freiheit Vermögen voraussetzt. Gesundheitliche Freiheit nützt vor allem den Vermögenden, deren günstige Lebensbedingungen es ausreichend erscheinen lassen, sich bloß für Gesundheitsverhalten zu engagieren. Public Health Expert*innen, die für gesunde Verhältnisse eintreten, wird Puritanismus oder Paternalismus vorgeworfen, sie gelten als übergriffige Einmischer*innen



innen oder unsouveräne Loser*innen, die nicht können was sie wollen (sollen). Ihnen wird unterstellt, dass sie den Trottel zum Leitbild erheben, der gesunde Verhältnisse braucht, weil ihm zum Gesundheitsverhalten die Mündigkeit fehlt. Dass zwischen Trotteligkeit und Mündigkeit der durchschnittliche Normalmensch steht, wird ignoriert. Doch nicht nur Trottel profitieren von gesunden Verhältnissen. Zweckmäßigerweise haben Rasenmäher und Wasserkocher Schutzvorrichtungen, die Menschen aus Fleisch und Blut davor bewahren, sich den Finger abzuschneiden oder die Wohnung in Brand zu setzen. Ich halte Menschen nicht für Trottel, dennoch finde ich Gesetze sinnvoll, die für schimmelfreie Brötchen und schneefreie Bürgersteige sorgen. Ich bin auch kein Mann, aber hege den nicht unbegründeten Verdacht, dass Männer – also viele Entscheidungsträger – mehr Angst als Frauen davor haben, für hilfsbedürftige Trottel gehalten zu werden, wenn sie für gesunde Verhältnisse eintreten. Zumindest stehen Männer gesundheitlichen Verhältnisregularien skeptischer gegenüber, zum Beispiel befürworten sie seltener den Veggie-Day, die Masernimpfpflicht, das Rauchverbot. Der Genderunterschied liegt ggf. darin begründet, dass das Ideal des nichttrotteligen souveränen Subjekts, das sein Leben allein geregelt bekommt, eher dem männlichen als dem weiblichen Charakterideal entspricht. Viele Frauen – und natürlich auch zahlreiche Männer – halten das Menschenbild des total autonomen Subjekts jedoch weder für ideal noch für real, sondern für tendenziell totalitär. Menschen aus Fleisch und Blut sind gleichsam autonom und heteronom, kommen oft gut allein klar, profitieren aber oft auch von gesunden Verhältnissen, zum Beispiel von Anschnallgurten und Fahrbahnschwellen.

»Wir« treten weiter ein für gesunde Verhältnisse

Wir dürfen die Deutungshoheit darüber, was gesundheitlich nützlich ist, nicht den Entscheidungsträger*innen überlassen. Da gut gebildete Menschen überdurchschnittlich gut profitieren von Gesundheitskompetenzprogrammen, ist davon auszugehen, dass auch Entscheidungsträger*innen von zielgruppenspezifischen Programmen gut profitieren. Health-Literacy-Programme für Entscheidungsträger*innen müssen einerseits Wissen vermitteln darüber, dass ihre Sicht auf die Wirklichkeit lediglich eine selektive Sicht ist. Andererseits müssen die Programme Kompetenzen vermitteln, wie Entscheidungsträger*innen gesunde Verhältnisse effektiver herstellen können, damit künftig alle Menschen ihre Gesundheitspotenziale auf der Grundlage gesicherter gesunder Verhältnisse realisieren können.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. BETTINA SCHMIDT, Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Diakonie, Immanuel-Kant-Straße 18–20, 44803 Bochum, E-Mail: bettina.schmidt@evh-bochum.de

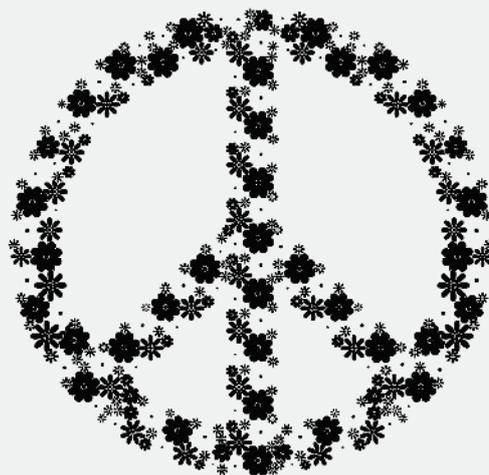
GUNTER DUECK

Give Health a Chance

»All we are saying is, give peace a chance!«, höre ich noch lange nach John Lennons Tod öfter im Ohr. Wir haben derzeit keinen Frieden. Wir könnten ihn uns vorstellen, aber wir leiden unter Syrien, Trump, Brexit und der Ukraine. In unserem Arbeitsalltag herrscht Arbeitsplatzangst, Quartalsdruck und Arbeitsverdichtung. Wir stehen wegen der Digitalisierung vor einem ungekannten großen Umbruch der Arbeitswelt. Früher starben Bergbau und Landwirtschaft auch, aber alle Betroffenen konnten zur Autoproduktion, zum Tourismus oder zum Bau von Häusern und Straßen umgeschult werden. Heute aber werden viele Berufe teilautomatisiert und in der Konsequenz schlecht bezahlt, während die gut bezahlten Berufe viel höhere Fähigkeiten erfordern als bisher. Apotheker*innen weichen den Automaten, Ärzt*innen beraten per Skype und das Wirtschaftsprüfen können Computer bald selbst. Selbstfahrende Autos kosten unendlich viele Jobs. Viele von uns geraten dadurch in prekäre Lagen. Zusätzlich drückt die Rentenangst vor der Altersarmut. Wir haben uns angewöhnt, von der sich öffnenden Schere zwischen Arm und Reich zu sprechen, aber es ist eine Schere der Überalterung, der Digitalisierung und Globalisierung. Diese politische und wirtschaftliche Lage erzeugt fast allgemein ein Klima von Unsicherheit, Stress, Unwohlsein bis hin zur Angst, was zu kurzfristigem Hand-in-den-Mund-Denken und -Handeln führt. Unter Stress vergessen wir die Zukunft und das Gemeinsame, wir schauen nicht mehr liebend auf den Nächsten und nicht mehr über das Quartal hinaus. Wir müssen jetzt funktionieren und einen guten Eindruck bei der Arbeit machen, und zwar einen besseren als der*die Kolleg*in nebenan. Man vergleicht uns ja vor dem Aussortieren. In einem Klima von Stress und Angst verschieben sich die Normen der Moral und der Sittlichkeit. Während früher die Moral gesund gutes Verhalten verlangte, ist sie unter Stress und Angst schon damit zufrieden, nicht gegen die Gesetze zu verstoßen oder – noch genügsamer – nicht erwischt zu werden. Wir protestieren zum Beispiel nur noch müde gegen die Diebstahlkriminalität oder die derzeit grassierende Potentatenwillkür. Ethisch harte Vorwürfe können heute (so laut der moralische Konsens) mit »Ist nicht strafbar!« vollkommen geheilt entkräftet werden. Das Ethische, eben das, was eigentlich sein soll, wird zur Luxusdebatte. Wir fühlen uns wie Gefangene im Stress – und da gelten andere Gesetze.

Unter Stress packen wir keine Probleme an

Stress und Angst lenken so von den wahren Werten ab. Wir müssen zum Beispiel kurzfristig nicht blühend gesund, nur eben arbeitsfähig sein. Glück durch Kerngesundheits? Ein Traum! Vorsorge? Keine Zeit. Digitale Höherbildung? Hilfe! Wer von außen auf uns schaut, hadert mit unserem Tunnelblick und will uns befreien. Ärzt*innen mahnen zur Vorsorge! Politiker*innen zeigen uns Leuchtturmprojekte. Unternehmen betrüffeln uns mit Wellness-Ideen und Work-Life-Balance. Das tun sie im Übrigen nicht nur in Fragen der Gesundheit. Sie mahnen genauso und mit denselben Methoden zu mehr Innovation, politischer Partizipation, Nachhaltigkeit, Ressourcenschonung, Achtsamkeit, solider Finanzierung und vor allem zu steter Bildungsanstrengung für das digitale Zeitalter. Hallo? Ist es nicht vollkommen klar, was zu tun wäre? Ich habe hier ein Buch liegen, dessen Titel schon trübsinnig machen kann:



»Strategy and the fat smoker – Doing what's obvious but not easy« vom verehrten David Maister. Der Inhalt: Der*die Übergewichtsraucher*in weiß, was das Problem ist, er*sie kennt die Lösung im Detail und hat sehr gut verstanden, dass das Überlebensproblem gelöst werden muss. »Give health a chance!« Aber er*sie tut nichts, er*sie isst und raucht. Das ist der Punkt. Wir tun nichts. Wir arbeiten. Die Schulden drücken, die Straßen haben Löcher, der Ausbau von Internet und Stromtrassen stockt, Depressionen und Burnouts nehmen zu – die Infrastrukturen und wir selbst werden marode. Aber ein immer größerer Teil unserer gestressten Welt scheint vom Fat Smoker Syndrome befallen. Man tut eigentlich nichts und wird gleichzeitig in empfunderer Ohnmächtigkeit böse wie die »angry white men«, die den neuen Präsidenten der USA wählten. Der Stress soll weg sein! Irgendwer soll das Problem lösen! Der Staat! Die Kirche! Die Industrie! Das bedingungslose Grundeinkommen!

Unter Drängerei ein gutwilliger erster Schritt – das reicht dann aber

Was zu tun ist, ist offensichtlich, aber schwer umzusetzen. Die Institutionen dieser Welt und die meisten Idealist*innen, die sich in der Verantwortung sehen, rufen uns allen fast verwundert immer nur das Offensichtliche zu: Bildung, Gesundheit, Nachhaltigkeit und seit Menschengedenken Frieden und Gemeinschaftlichkeit. Die Appelle prallen aber ab, weil eben das Offensichtliche nicht so einfach umzusetzen ist. Das Offensichtliche wird unter Arbeitsplatzangst und Arbeitsverdichtungsstress systematisch verdrängt, weil es zwar unbestritten wichtig ist, aber uns nicht dringlich im Körper bohrt. Das grundlegende Aufräumen hat jeden lieben langen Tag bis morgen Zeit. Heute ist erst einmal das Dringliche dran, was wie die Hydra unzählige nachwachsende Köpfe hat – es quillt immer neu. Das wichtige Offensichtliche muss stets warten. Wer Veränderungen will, muss sich klarmachen, dass das unermüdliche bloße Aufzeigen des Offensichtlichen nichts Grundlegendes bewirkt. Programme, Projekte und Leuchtturmblicken ändern regelmäßig wenig. Die Mahner*innen erscheinen zusätzlich oft nicht legitimiert, uns etwas sagen zu dürfen. Politiker*innen? Die sind doch selbst im Stress. Unternehmer*innen unter Quartalsdruck? Überstundenmüde. Ärzt*innen? Tun die denn selbst das Offensichtliche für sich selbst? Nein, oder?

Nehmen Sie es hin: Wir müssen alle diese Probleme im Ganzen lösen, nämlich gemeinsam den Stress und die Angst ächten und somit als wieder gute Menschen das normal Sittliche und Ethische in den Blick bekommen. Wir brauchen Besinnungszeit für das Offensichtliche. Tja. So ist das. Wenn Sie jetzt tief seufzen, dass das gar nicht so einfach ist, dann sehen Sie endlich das Problem in allem Ernst. Und ich fürchte, Sie werden es zur Selbstbetäubung, aus naivem Ideal-Optimismus oder weil Sie zu Aktionen in Ihrem kleinen Aktionsradius verpflichtet sind, doch wieder mit Programmen und Projekten versuchen, wo doch nur allgemeine freudige Aufbruchsstimmung hilft.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. GUNTER DUECK, Gaiberger Straße 29, 69151 Neckargemünd,
Tel.: (62 23) 7 27 95, E-Mail: dueck@omnisophie.com,
Internet: www.omnisophie.com, Twitter: Wilddueck @Twitter

KATHARINA RATHMANN

Datenlage zur Entwicklung von Gesundheit in Bezug zur sozialen Lage

Die wohlhabenden Staaten Europas und Nordamerikas stehen nach wie vor vor einem Paradox: Noch nie in der Geschichte waren die Menschen so gesund und wiesen eine so hohe Lebenserwartung auf, wie in den vergangenen Jahrzehnten. Allerdings ist die Gesundheit und Lebenserwartung nicht für alle Gesellschaftsmitglieder gleich gut bzw. gleich hoch. Trotz der positiven gesamtgesellschaftlichen Entwicklung weist dieser Trend eine ungleiche Verteilung in den Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken auf.

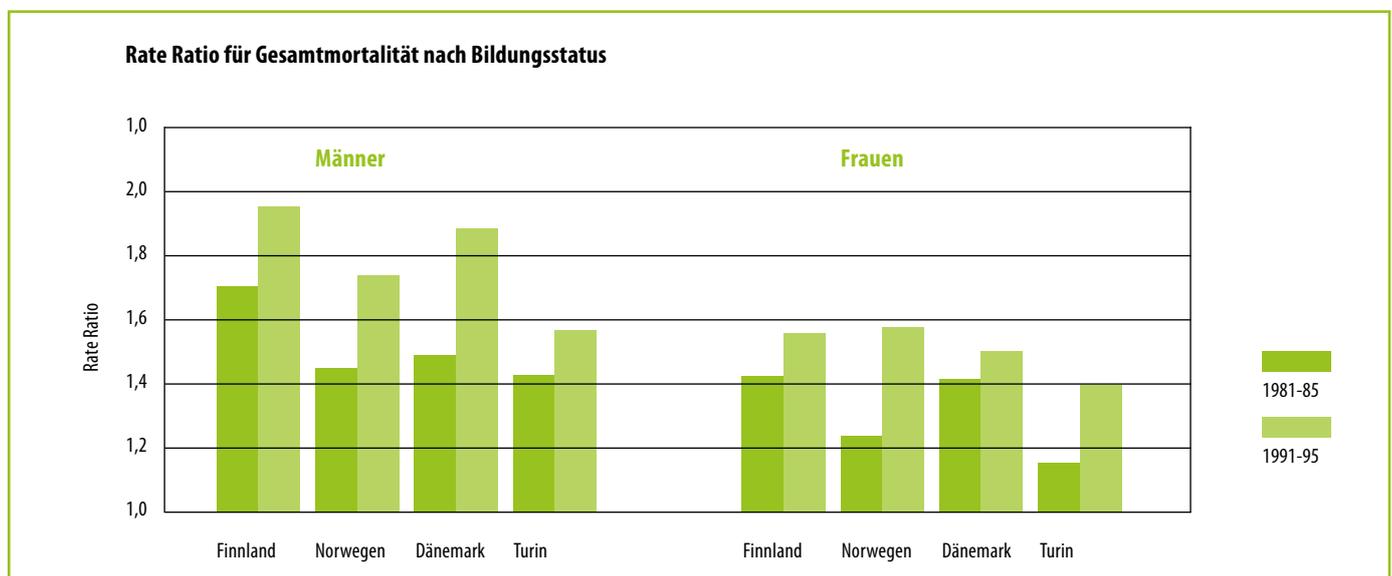
Meist werden gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Bevölkerungsgruppen nach sozialen Merkmalen wie Bildung, beruflichem Status und Einkommen erfasst, und stellen Ungleichheiten in der Gesundheit nach der »sozialen Schicht« bzw. dem »sozioökonomischen Status« dar. Neben diesen vertikalen Merkmalen sozialer Schichtung lassen sich auch weitere soziale Merkmale finden, nach denen sich die Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung ausdifferenziert, wie das Geschlecht, die Nationalität bzw. die ethnische Herkunft oder auch die Wohnregion.

Empirische Belege zur sozialen Ungleichheit in der Mortalität und Morbidität

In allen Ländern, aus denen Daten vorliegen, sind die frühzeitige Sterblichkeit und die Lebenserwartung sozial ungleich verteilt. Dieser enge Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit, insbesondere auch Armut, und Gesundheit zeigt sich unabhängig davon, welche Indikatoren sozialer Ungleichheit (Bildung, Berufsstatus oder Einkommen) oder der Gesundheit verwendet werden. Bemerkenswert ist dabei, dass diese Zusammenhänge in der Regel einem sozialen Gradienten folgen: Je ungünstiger der sozioökonomische Status (das heißt je niedriger Bildung, Berufsstatus oder Einkommen), desto höher die Sterblichkeit und die Häufigkeit von Erkrankungen. Auch wenn die Daten in der unten stehenden Abbildung mehr als 20 Jahre alt sind, so veranschaulicht sie exemplarisch ein nach wie vor aktuelles Muster der sozialen Ungleichverteilung in der Gesamtmortalität in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe (Rate Ratio) für den Zeitraum von 1981–85 bis 1991–95. Für jedes der untersuchten Länder zeigt sich der gleiche Zusammenhang: Personen mit niedriger Bildung weisen ein höheres Mortalitätsrisiko auf als Personen mit hoher Bildung. Ein weiteres bemerkenswertes Ergebnis ist, dass das Risiko frühzeitiger Sterblichkeit für Personen mit einem niedrigen Bildungsstatus in Europa – nach einer vergleichsweise stabilen Phase in den letzten 15 Jahren – unerwartet angestiegen ist. Die Vergrößerung einer sozial ungleichen Verteilung von Gesundheit im Erwachsenenalter weist damit auf die Dringlichkeit dieses Themas mit eindeutiger Relevanz für die Gesundheitspolitik, Gesundheitsförderung und Prävention hin.

Gesundheitliche Ungleichheiten in der Kindheit und Jugend

Die Forschung und Berichterstattung zur gesundheitlichen Ungleichheit hat sich lange Zeit überwiegend auf das Erwachsenenalter fokussiert. Erst jüngst wurden auch soziale Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen zunehmend in den Mittelpunkt gerückt. Die schultypspezifische Forschung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland brachte bislang recht konsistente Befunde hervor: Beispielsweise berichten Schülerinnen und Schüler, die eine andere Schulform als das Gymnasium besuchen, häufiger über



eine schlechtere Gesundheitseinschätzung, niedrigere Lebenszufriedenheit sowie häufigere psychosomatische Beschwerden im Vergleich zu Heranwachsenden, die in einem Gymnasium unterrichtet werden. Auch im internationalen Ländervergleich zeigt sich, dass Jugendliche mit niedrigem familiärem Wohlstand höhere Prävalenzen einer häufigen psychischen Beschwerdelast im Vergleich zu Heranwachsenden mit hohem familiärem Wohlstand berichten. Dieses Muster wird auch für Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen deutlich. Beispielsweise rauchen Jugendliche mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status häufiger als besser gestellte Gleichaltrige.

Konzepte und Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten

Sowohl auf internationaler Ebene als auch für Deutschland fehlen bislang nach wie vor umfassende Konzepte oder Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit. In Deutschland führte unter anderem das Engagement der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie die Initiative gesundheitliche-chancengleichheit.de erfreulicherweise zu einer erheblichen Intensivierung der Diskussion über sozial ungleiche Gesundheitschancen. Auf internationaler Ebene sind in den letzten Jahren einige Initiativen und Netzwerke entstanden, wie beispielsweise das europaweite Aktionsprogramm »Tackling health inequalities in Europe (EU-ROTHINE)« (2004-2007) oder auch das aktuelle »Health 2020« bzw. »Gesundheit 2020«-Konzept. Insgesamt 53 Mitgliedsstaaten haben 2012 diesem Rahmenkonzept »Gesundheit 2020« für eine umfassende Gesundheitspolitik in der Europäischen Union zugestimmt. Dieses soll Maßnahmen in allen Bereichen von Staat und Gesellschaft unterstützen, die zu einer messbaren Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung beitragen sowie insbesondere den Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich fördern. Erste Ansatzpunkte zur Umsetzung zeigen einzelne Länderbeispiele der »Gesundheit 2020«-Initiativen aus unter anderem Schweden, Polen und Slowenien. Die Maßnahmen zur Reduzierung sozialer Ungleichheiten in der Gesundheit setzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit an und umfassen insbesondere Initiativen auf der Gemeinde-Ebene sowie nationalstaatliche Politiken in den Bereichen des Bildungs- und Gesundheitssystems. Hierzu zählen, insbesondere in den osteuropäischen Ländern, beispielsweise gesundheitspolitische (Neu-) Regelungen zur Erfassung aller Bevölkerungsschichten in einem (staatlich organisierten) Krankenversicherungsschutz, die Erhöhung der staatlichen Ausgaben für das Gesundheitssystem und die Gesundheitsversorgung sowie der Ausbau der frühkindlichen Bildung. Die »Gesundheit 2020«-Initiative hebt damit die Bedeutung von Maßnahmen hervor, die auf allen staatlichen Ebenen ergriffen werden sollten, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren, indem sie die sozialen Determinanten der Gesundheit und damit die (strukturellen) Verhältnisse, in denen Menschen aufwachsen, leben und arbeiten, in den Blick nehmen.

Literatur bei der Verfasserin

VERTR.-PROF. DR. KATHARINA RATHMANN, Technische Universität Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften, Fachgebiet Rehabilitationssoziologie, Emil-Figge-Straße 50, 44227 Dortmund, E-Mail: katharina.rathmann@tu-dortmund.de

STEFAN K. LHACHIMI, THOMAS L. HEISE

Lebensmittelbesteuerung zur Prävention von Adipositas?

Zwischen staatlichem Eingriff, persönlicher Freiheit und industriellen Interessen

Es ist keine wirklich neue Erkenntnis, dass in Deutschland jeder zweite Erwachsene übergewichtig und fast jede vierte erwachsene Person von Adipositas betroffen ist. Es handelt sich hierbei um ein stetig zunehmendes Massenphänomen, verbunden mit großem individuellen Krankheitsleid und negativen gesamtgesellschaftlichen Folgen, welches sich in Teilen schon im Kindes- bzw. Jugendalter manifestiert. Gerade bei der Adipositas und ihren Folgeerkrankungen, insbesondere Diabetes Typ 2, sind die Zusammenhänge komplex und entziehen sich somit einfacher Erklärungsmodelle. Gleichzeitig entstehen hohe Gesundheitskosten: Die Gesamtkosten von Übergewicht und Adipositas beziffern sich in Deutschland zusammen auf 16,8 Mrd. Euro für das Jahr 2008. Im vereinfachten Zusammenspiel zwischen zu geringer körperlicher Aktivität und zu hoher Energiezufuhr einer Person sind kalorienreiche Lebensmittel, insbesondere fett- und zuckerhaltige Lebensmittel, nun in den Fokus der internationalen Diskussion hinsichtlich der Ursachenbekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten gerückt.

Süßgetränke als Ansatzpunkt?

Im Zuge dessen wurde 2016 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Empfehlung ausgegeben, die Besteuerung von Süßgetränken in Betracht zu ziehen – eine Produktgruppe, deren Geschmack, Verfügbarkeit, niedriger Preis und hohes Markenimage eine große Anziehungskraft bei Konsument*innen, insbesondere bei Kindern und Heranwachsenden, erzeugt. Im Jahr 2014 betrug der durchschnittliche Absatz dieser Produktgruppe etwa 296 ml pro Tag und Person in Deutschland. Dies entspricht fast dem Volumen einer klassischen Dose eines Süßgetränks (330 ml), die gemessen an verbreiteten Produkten bis zu 53 g Zucker enthält und hierbei circa einem Zehntel der empfohlenen täglichen Kalorienaufnahme (auf Basis von 2000 kcal als Rechengrundlage) entsprechen kann. Historische Beispiele zeigen, dass die zu Grunde liegende Idee einer Sondersteuer oder höheren Besteuerung auf einzelne Lebensmittel nicht neu ist. Jedoch waren frühere Steuerüberlegungen eher aus staatlichem Protektionismus oder aus der Einnahmengenerierung heraus begründet. Der Ansatz zum staatlichen Markteingriff bei einzelnen Lebensmittelgruppen aus gesundheitlichen Überlegungen ist jedoch eine relativ moderne Argumentation, die allerdings der Besteuerung anderer gesundheitsschädlicher Genussmittel folgt (zum Beispiel Tabak, Alkohol).

Angenommene Wirkungsweise

Kernstück einer solchen Besteuerung ist die erhoffte Erhöhung des Verkaufspreises von Süßgetränken, die Einfluss auf das Konsumverhalten von Personen nehmen und möglichst in einer Reduktion der Energiezufuhr münden soll. An diesem Punkt wird bereits deutlich, dass wahrscheinlich nur Preissteigerungen Verhaltensänderungen bewirken können, welche auch für die Konsument*innen spürbar sind (WHO Vorschlag: 20 %), insbesondere weil Lebensmittelkonzerne gegebenen-

falls die Steuererhöhung nicht oder nur teilweise an die Konsument*innen weiterreichen könnten. Die erhoffte Steuerungswirkung zur Förderung der Gesundheit könnte zusätzlich aus weiteren Gründen geringer ausfallen: eine Fortsetzung des Trends hinsichtlich der Abnahme körperlicher Aktivität in den kommenden Jahren und/oder die Substitution durch andere hochkalorische Lebensmittel sind möglich. Letzteres bedeutet, dass die Senkung der Nachfrage einer spezifischen kalorienhaltigen Produktgruppe nicht zwangsläufig in der Gesamtabnahme der Energiezufuhr resultieren muss. Steuerliche Überlegungen müssen sich zwangsläufig auch mit Einstellungen innerhalb der Bevölkerung und möglichen Verteilungseffekten auseinandersetzen. Wenn Lebensmittelsteuern negativ aufgefasst werden, können sie auch als eine unfaire Form staatlicher Bevormundung wahrgenommen werden, insbesondere für Einkommensschwache, da sie bei entsprechendem Konsum – relativ gesehen – größere Anteile ihres Einkommens zum Erwerb aufwenden müssen.

Internationale Beispiele und Evidenz

Estland, Frankreich, Großbritannien, Portugal, Spanien und Ungarn sind europäische Länder, in denen auf nationaler oder regionaler Ebene Süßgetränksteuern bereits beschlossen oder eingeführt wurden. Bisherige Studien auf Basis real existierender Fälle, beispielsweise Mexiko, Frankreich und kommunale Steuern in den USA, legen nahe, dass eine ausreichend hohe Besteuerung zu einer Konsumabnahme führt. Langfristige Gewöhnungseffekte und negative Substitutionseffekte der Konsument*innen können jedoch nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Das Beispiel Mexiko zeigt, dass in der Adipositas-Prävention nicht ausschließlich auf die Wirkung einzelner Lebensmittelsteuern gesetzt werden sollte: die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas hat trotz bestehender Süßgetränksteuer zuletzt wieder zugenommen. Allgemein lassen sich durch die existierenden Studien die isolierten Effekte von Lebensmittelsteuern nur sehr schwer abschätzen, denn klassische Studiendesigns zur Kausalitätsbestimmung einer Intervention, das heißt in der Regel randomisiert kontrollierte Designs, sind auf Bevölkerungsebene nur schwer umzusetzen.

Fazit

Auch wenn eine Süßgetränksteuer, als Form einer Lebensmittelsteuer, einen Beitrag zur Verlangsamung der Gewichtszunahme auf Bevölkerungsebene leisten kann, ist sie nur ein Element unter vielen in der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Bezogen auf Deutschland könnte die Anhebung des Mehrwertsteuersatzes oder spezielle Sondersteuern auf kalorienhaltige Lebensmittelproduktgruppen in Betracht gezogen werden. Folgende Fragen sind hierbei zu beachten: Soll eine Besteuerung von Fett-, Zucker- oder Kaloriengehalt abhängen? Ist der Warenwert oder die Menge entscheidendes Kriterium? Wie wird die Weitergabe von Steuern innerhalb eines Besteuerungskreislaufes an Endkonsument*innen sichergestellt und wie werden Preis- und Angebotspolitik von produzierendem Gewerbe und Handel beeinflusst?

Literatur bei den Verfassern

PROF. DR. STEFAN K. LHACHIMI, THOMAS L. HEISE, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung - IPP & Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS, Bremen, Internet: www.ebph.uni-bremen.de

SVEN SCHNEIDER, NINA OSENBRÜGGE

Augen auf bei der Wohnungssuche – Wie unsere Wohnumgebung unsere Gesundheit beeinflusst

Raum ist nicht lediglich ein Behälter, in dem sich Menschen befinden. Raum besteht aus den Rahmenbedingungen und den Interessen, Beziehungen und Handlungen der dort lebenden Individuen. Unsere Wohnumgebung ist der Raum, in dem wir einen erheblichen Teil unserer Lebenszeit verbringen. In den Gesundheitswissenschaften wird zunehmend erkannt, dass die unmittelbare Wohnumgebung einen eigenständigen Einfluss auf die Gesundheit der dort lebenden Individuen hat. Diese Erkenntnis wird disziplinübergreifend als »Spatial Turn« bezeichnet und ist Anlass für zahlreiche raumbezogene Forschungsaktivitäten der jüngeren Zeit.

Einflussfaktoren der Wohnumgebung auf die Gesundheit

In der Wohnumgebung beeinflussen physische, infrastrukturelle, ökonomische und soziokulturelle Eigenschaften die Gesundheit (siehe Abbildung S. 9).

» Physische Eigenschaften der Wohnumgebung

Die physische Wohnumgebung umfasst natürliche und bauliche Aspekte sowie physikalische und chemische Umweltbelastungen. Wohnumgebungen sind durch ihre natürliche oder kultivierte Vegetation und das daraus resultierende Mikroklima geprägt (Wälder, Parks, Flüsse und Seen ebenso wie Grünflächen und Stadtbau). Darüber hinaus beeinflussen Bebauung und Architektur eines Wohnviertels den Alltag und die Gesundheit der dort lebenden Menschen. So bestimmt auch die bauliche Wohnumgebung etwa das Mikroklima, die Beschattung, die regionale Topografie und den täglichen Nachbarschaftskontakt. Nicht zuletzt kann die physische Wohnumgebung auch hinsichtlich Feinstaub, Verkehrslärm, Radonbelastung und anderer Umweltbelastungen erhebliche kleinräumige Unterschiede aufweisen.

» Infrastrukturelle Eigenschaften der Wohnumgebung

Gesundheitliche Ungleichheiten können auch durch eine heterogene Verteilung gesundheitsrelevanter Versorgungsstrukturen und Gesundheitseinrichtungen und dem infrastrukturellen Zugang zu diesen Einrichtungen entstehen. Primär sei hier die Versorgung mit Ärzt*innen, Apotheken, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern genannt. Aber auch das Angebot von Lebens- und Suchtmitteln ist gesundheitsrelevant. So wurde im Rahmen mehrerer regionaler Studien in sozial benachteiligten Stadtteilen nicht nur ein dichteres Angebot an Fast Food, Tabak und Alkohol ermittelt, sondern auch eine überproportionale Dichte an Tabakwerbung und Verkaufsförderungsmaßnahmen etwa für Zigaretten beobachtet. Zur Beschreibung dieser Phänomene wurden in diesem Zusammenhang die Termini »Obesogenic Environments« (adipogene Umwelten) und »Addictive Environments« (suchtbegünstigende Umwelten) vorgeschlagen. Es ist bekannt, dass auch Sport- und Bewegungsmöglichkeiten (Spielplätze, Sporthallen, Skateparks, Bolz- und Basketballplätze) ungleich zwischen Nachbarschaften verteilt sein können. Und nicht zuletzt können sich Wohnumgebungen auch hinsichtlich ihrer Verkehrsinfrastruktur (etwa Tempo-30-Zonen, Überquerungshil-



Abbildung: Einflussfaktoren der Wohnumgebung auf die Gesundheit
Quelle: Eigener Entwurf

fen, Beleuchtung, ÖPNV-Anbindung) unterscheiden. In jüngster Zeit sind hierzu mit dem Walkability-, dem Bikeability-, dem Rollability- und dem Playability-Ansatz gesundheitswissenschaftliche Verfahren entwickelt worden, um etwa die Fußgänger-, die Fahrrad-, die Rollstuhl- beziehungsweise die kinderspezifische Bewegungsfreundlichkeit zu erfassen.

» Ökonomische Eigenschaften der Wohnumgebung

Ein weiterer räumlicher Einflussfaktor auf die Gesundheit ist die ökonomische Ressourcenlage. Das individuelle Einkommen der Bewohner*innen kumuliert zum ökonomischen Status der Wohnumgebung. So verfügen Nachbarschaften mit einem hohen Anteil an Geringverdiener*innen auch auf der aggregierten Ebene der Gemeinschaft über weniger finanzielle Ressourcen als reichere Nachbarschaften. Segregationsprozesse innerhalb einer Stadt führen (etwa über das kommunale Steueraufkommen) zu ungleich verteilten ökonomischen Ressourcen und zu ökonomisch deprivierten Stadtteilen und Quartieren. Gentrifizierung bezeichnet in diesem Zusammenhang die Abwanderung ärmerer und den Zuzug wohlhabender Bevölkerungsgruppen. Im Zuge dieser Entwicklung beeinflusst der aggregierte Status einer Wohnumgebung auch die Ansiedlung gesundheitsrelevanter Infrastruktur. Mehrere Studien legen nahe, dass Bewohner*innen von ökonomisch deprivierten Quartieren unabhängig vom eigenen Einkommen eher adipös sind und eine höhere Morbidität und Mortalität aufweisen.

» Soziokulturelle Eigenschaften der Wohnumgebung

Insbesondere in auf Dauer gestellten kleinräumigen Strukturen besteht eine gegenseitige soziale Beeinflussung bewusster und unbewusster Art. Das hat zur Folge, dass nicht nur die physische, die infrastrukturelle und die ökonomische Umgebung für die Gesundheit ihrer Bewohner*innen relevant sind, sondern auch Quantität und Qualität der sozialen Bezieh-

ungen zwischen ihnen. Dabei werden kohäsive (zusammenhängende) Nachbarschaften als Sozialkapital angesehen, das sich von ökonomischem Kapital und von durch Bildung erworbenem kulturellem Kapital unterscheidet. Der wesentliche Unterschied zu den beiden letzteren Kapitalformen besteht darin, dass sich Sozialkapital nicht im Besitz eines* Einzelnen befinden kann. Sozialkapital ist den Beziehungen zwischen Menschen immanent. Es lebt von und stirbt mit der Gemeinschaft. Darüber hinaus können auch Kriminalität und Sicherheitsempfinden gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheit beeinflussen und Wohnumgebungen können sich in beiden Dimensionen unterscheiden.

Ein Health Score für jede Adresse?

Kreditinstitute bewerten die Bonität ihrer Kunden*innen anhand eines adressbasierten Scores. Versandhändler*innen und Onlineshops knüpfen ihre Liefer- und Zahlungsbedingungen an adressbasierte Ratings von Wirtschaftsauskunfteien wie der Schufa AG oder der Creditreform KG. Marktforschungsunternehmen können einzelnen Wohnadressen kleinräumige Status- und Einkommensindikatoren zuordnen. Quartieren oder gar einzelnen Wohnadressen künftig auch so etwas wie einen »Health Score« zuzuweisen, erscheint vor diesem Hintergrund nur eine Frage der Zeit. Ausreichende Validität und Transparenz ebenso wie die Beachtung datenschutzrechtlicher wie ethischer Belange vorausgesetzt, würde ein solcher Score helfen, gesundheitliche Ungleichheiten auf lokaler und regionaler Ebene sichtbar zu machen und letztendlich mittels geeigneter Interventionen zu reduzieren. Aktuelle Arbeiten aus der Public-Health-Forschung, auch aus unserer Arbeitsgruppe, beschreiben, wie solche Interventionen auf Mikro-, Meso- und Makroebene aussehen könnten.

Literatur bei Verfasser*in

PROF. DR. SVEN SCHNEIDER, NINA OSENBRÜGGE, Universität Heidelberg, Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin, Ludolf-Krehl-Straße 7–11, 68167 Mannheim, Tel.: (06 21) 383 99 17, E-Mail: sven.schneider@medma.uni-heidelberg.de

HEIKE KÖCKLER

Verhältnisprävention durch Stadtplanung

Die Orte, an denen Menschen wohnen, arbeiten oder ihre Freizeit verbringen, haben einen Einfluss auf deren Gesundheit. Etliche Studien zeigen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und der baulichen, natürlichen sowie sozialen Umwelt. So gibt es Orte, die an stark befahrenen Straßen liegen und daher relativ stärker lärm- und luftbelastet sind. Unterschiede in der Umweltqualität und deren gesundheitliche Folgen werden als eine Ursache gesundheitsbezogener sozialer Ungleichheit angesehen, da sozial Benachteiligte häufiger in schlechter Umweltqualität leben als andere Mitmenschen ihrer Gemeinde. Dieser Zusammenhang wird auch als umweltbezogene Ungerechtigkeit bezeichnet.

Um die negativen gesundheitlichen Auswirkungen insbesondere von Verkehr, Industrie und Gewerbe, aber auch Kneipen und Sportplätzen generell zu begrenzen, gibt es in Deutschland ein umfangreiches Instrumentarium der Stadtplanung und des planerischen Umweltschutzes. Viele dieser Instru-

mente haben ihre gesetzliche Grundlage im Baugesetzbuch und im Bundesimmissionsschutzgesetz. In beiden Gesetzen wird im jeweiligen §1 Gesundheit oder die Vermeidung schädlicher Umwelteinwirkungen für den Menschen als ein Ziel des Gesetzes benannt. Einschlägige Instrumente sind hier die Bauungsplanung als integrierende Planung und eine Vielzahl von Fachplanungen wie die Luftreinhalte- und die Lärminderungsplanung. Diese Planungen zielen vor allem darauf ab, gesundheitliche Belastungen zu reduzieren, haben also in der Sprache der Gesundheitswissenschaften einen eher pathogenetischen Ansatz.

Ressourcenorientierte Stadtplanung

Stadtplanung ist ein Politikfeld, das über weitere formell geregelte Instrumente, wie das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt, und eine Vielzahl informeller, also gesetzlich nicht geregelter Instrumente, wie Masterpläne oder integrierte Stadtentwicklungsprogramme, verfügt. Mit diesen Instrumenten werden auch ressourcenorientierte Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention verfolgt. Einige Kommunen haben beispielsweise Masterpläne für Mobilität entwickelt, die gezielt Bewegung durch gut ausgebaute Rad- und Fußwege für die alltäglichen Wege zur Arbeit, zur Schule oder zu Freizeitaktivitäten fördern. Zudem bietet die Gestaltung von öffentlichen Grün- und Freiflächen vielfältige Möglichkeiten als Bewegungs-, Ruhe- und Begegnungsraum. Die Kühlungsfunktion von Grünflächen wirkt über die eigentliche Fläche hinaus – ein insbesondere im städtischen Sommer wertvoller Effekt. Auch die formellen Instrumente bieten vielfältige Möglichkeiten, über einen pathogenetischen Ansatz hinaus zu gehen, was derzeit jedoch noch nicht in vollem Maße ausgeschöpft wird. Hier können Akteure des Gesundheitswesens eine zentrale Rolle spielen.

Health in All Policies

Stadtplanung kann im Sinne des von der Weltgesundheitsorganisation verfolgten Ansatzes »Health in All Policies« als ein Policy-Bereich zur Gesundheitsförderung genutzt werden. Hierzu ist es wichtig, dass Gesundheitsförderung und Prävention systematisch in den Instrumentenkoffer der Stadtplanung integriert werden. Akteure des Gesundheitswesens, insbesondere des öffentlichen Gesundheitsdienstes, können bereits jetzt Stadtplanung mitgestalten. Denn alle Instrumente der räumlichen Planung laufen nach Verfahren ab, die die Beteiligung verschiedener Akteure vorsehen. Eine zentrale Rolle spielen hier die sogenannten Träger öffentlicher Belange, die als ein Teil der Öffentlichkeit in Planungsverfahren zu beteiligen sind. Da auch Gesundheit ein Belang in der Stadtplanung ist, sind auch die Gesundheitsämter ein Träger öffentlicher Belange. Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen (NRW) liefert mit seinem §8 eine Grundlage zur Mitwirkung an Planungen und macht diese Tätigkeiten somit zu Pflichtaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Das dementsprechende Niedersächsische Gesetz ist hier nicht so deutlich, liefert mit seinem §6 zum umweltbezogenen Gesundheitsschutz jedoch möglicherweise ebenfalls eine rechtliche Grundlage. Um Health in All Policies im Bereich der Stadtplanung mit Prävention und Gesundheitsförderung zu füllen, bedarf es jedoch nicht nur formeller Grundlagen, es müssen gesundheitsbezogene Inhalte und Anforderungen auch an die Stadtplanung benannt werden.



Fachplan Gesundheit: ein innovatives Instrument

In NRW ist mit dem Fachplan Gesundheit vom Landeszentrum Gesundheit (LZG) ein Instrument entwickelt worden, das als eine konsequente Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung gedacht ist. In einem Fachplan Gesundheit können raumbezogene Inhalte für eine Gemeinde oder einen Landkreis formuliert werden. So kann die Vulnerabilität von Bevölkerung oder Einrichtungen gegen Lärm herausgearbeitet und die Lärminderungsplanung angereichert werden. Es können zudem gezielt Bedarfe zur Bewegungsförderung Älterer in ihrer Gemeinde ermittelt und Ziele hierfür formuliert werden. Solche Inhalte können in laufende Planungen eingebracht werden oder auch neue Planungen initiieren. Ergänzend zu dem sektoralen Fachplan Gesundheit hat das LZG den Leitfaden Gesunde Stadt erarbeiten lassen. Dieser dient Akteuren des Gesundheitswesens als eine Arbeitshilfe, die Stellungnahmen in Planungsverfahren erleichtern soll.

Neue Möglichkeiten durch das Präventionsgesetz

Das Präventionsgesetz bietet mit der expliziten Nennung von Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kommune eine weitere Grundlage für Beiträge. Erste Beispiele vor Ort lassen auf Beiträge zu einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung hoffen. So hat die Techniker Krankenkasse das Programm Gesunde Kommune aufgesetzt. Andere Krankenkassen, wie die AOK, sind hier ebenfalls aktiv und fördern sozialraumorientierte Gesundheitsförderung vor Ort.

Die Ausführungen zeigen, dass Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsam von Stadtplanung und Public Health in den Gemeinden verfolgt werden kann und somit gesunde Verhältnisse vor Ort für ein gesundes Leben geschaffen werden können.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. HEIKE KÖCKLER, Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit, Bochum, E-Mail: heike.koeckler@hs-gesundheit.de

TORSTEN SCHMOTZ

Von der Herausforderung, an Geld zu kommen

30 Milliarden Euro. Diese Summe an Fördermitteln steht Schätzungen zufolge in Deutschland für gemeinnützige Aktivitäten zur Verfügung, und zwar jedes Jahr, Tendenz steigend. 30 Milliarden Euro, das entspricht dem Dreifachen des gesamten Betrages, den Gemeinnützige über Spenden und Sponsoring einnehmen. Organisationen, welche sich im Bereich der Gesundheitsförderung engagieren, nutzen dieses Finanzierungspotenzial jedoch unterschiedlich stark. Bei manchen werden Fördermittel eher nach dem Zufallsprinzip eingeworben, bei anderen gibt es eigene Stellen, die sich professionell um die Fördermittelakquise kümmern. Wenn ein Träger den Anteil der Fördermittel in seinem Finanzierungsmix dauerhaft erhöhen möchte, müssen einige organisatorische Herausforderungen gemeistert werden.

Erst die Investition, dann der Zuschuss

Je nach Zielgruppe und Vorhaben kommen verschiedene Förderquellen für die Finanzierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Frage. Eine lokale Stiftung bezuschusst zum Beispiel ein Projekt zur gesunden Ernährung im örtlichen Kindergarten mit 500 Euro. In ganz anderen Größenordnungen operiert dagegen der Europäische Sozialfonds, der beispielsweise ein spezielles Gesundheitsförderprogramm für Retungskräfte der Generation 40+ mit 350.000 Euro unterstützt. Als ersten Schritt zur Förderung muss zuerst einmal investiert werden: Jemand muss intern potentielle Fördervorhaben sichten, auswählen und beschreiben. Die passenden Förderinstitutionen müssen recherchiert und angesprochen werden. Häufig wird ein umfassender schriftlicher Förderantrag erwartet. Der Aufwand dafür variiert je nach Projekt von ein paar Stunden bis zu mehreren Monaten. Um aufs richtige Pferd setzen zu können, benötigt man einen guten Überblick über den Fördermarkt und seine aktuellen Entwicklungen. Neben dem »handwerklichen« Know-how beim Konzipieren und Formulieren von Anträgen braucht es eine gezielte und fortlaufende Netzwerk- und Lobbyarbeit – auch diese ist für die eigenen Förderchancen ganz entscheidend.

Bei all dem gibt es keine Garantie auf Förderung. Fördermittel werden freiwillig vergeben, das heißt, man hat keinen Rechtsanspruch darauf. Je nach Bewerbungslage sind die Förderaussichten sehr unterschiedlich. Einige Förderprogramme sind so begehrt, dass nur ein kleiner Bruchteil der Anträge berücksichtigt werden kann. Andere Förderstellen suchen händelnd nach Projekten, die zu ihren Zwecken und Kriterien passen.

Fokus auf die Zielgruppe

Nicht alle Projekte zum Thema Gesundheitsförderung haben gleich hohe Förderchancen. Viele Förderinstitutionen konzentrieren ihre Zuwendungen auf Projekte mit eingeschränkter Zielgruppe. Medienfonds wie »Ein Herz für Kinder«; »RTL-Stiftung« oder »Tribute to bambi Stiftung« fördern nur Projekte, bei denen junge Menschen im Fokus stehen. Bei der »Deutschen Fernsehlotterie« steht die ältere Generation im Fokus, bei »Aktion Mensch« Personen mit einer Behinderung oder Benachteiligung. Die Krankenkassen haben Fördermöglich-



+ 250
Förderquellen
online

90 Tage Zugang inklusive*



Förderlotse

Fördermittelführer 2017/2018

für gemeinnützige Projekte und Organisationen

350 Finanzierungsquellen für die Bereiche Bildung, Gesundheit, Soziales, Umwelt, Kultur, Ehrenamt, Entwicklungspartnerschaften und internationale Zusammenarbeit

Zusammengestellt von Dipl. Kfm. Torsten Schmotz

keiten für Selbsthilfegruppen zu bestimmten Krankheitsbildern. Innovative Ideen zur Gesundheitsförderung, welche im Interesse der gesetzlichen Regelfinanzierung stehen, können über die regelmäßigen Ausschreibungen des Gemeinsamen Bundesausschusses finanziert werden. Für unternehmens- und organisationsinterne Gesundheitsförderung ohne klaren Zielgruppenansatz ist es dagegen sehr schwierig, passende Förderprogramme zu finden. Bei der Recherche sollte man sich vor diesem Hintergrund nicht nur auf Förderungen beschränken, welche das Thema Gesundheit explizit benennen.

Mindestens sechs Monate Vorlauf

Aus der Erfahrung der Fördermittelberatung zeigt sich, dass der zeitliche Vorlauf bis zum Projektstart entscheidend ist: Zum einen braucht man für die Konzeption, Recherche und Antragstellung in der Regel mehrere Wochen. Zum anderen kann man bei vielen Förderinstitutionen nur zu bestimmten Terminen Anträge stellen, manchmal nur einmal im Jahr. Als Daumenregel sollte man mit einem Vorlauf von sechs Monaten rechnen, bei größeren Projekten aber auch deutlich mehr Zeit einplanen.

Einwerben von Mitteln gelingt nur im Team

Für die zentralen Aufgaben der Fördermittelakquise benötigt man vor allem Fachwissen und spezifische Erfahrungen. Die Recherche in Förderdatenbanken und die Ausformulierung von Anträgen sind spezialisierte Tätigkeiten. Was liegt also näher, als sich eine darauf spezialisierte Fachkraft einzukaufen, sei es auf dem Arbeitsmarkt als Mitarbeiter*in, sei es, indem man die Dienstleistung einer externen Beratung in Anspruch nimmt? Bei dieser Überlegung wird aber übersehen, dass Fördermittelgewinnung nicht nur solcher »handwerklichen« Fähigkeiten bedarf. Sie ist vielmehr eine komplexe Querschnittsaufgabe mit Berührungspunkten zu den Bereichen Programm- und Geschäftsfeldentwicklung, Buchhaltung / Con-

trolling, Öffentlichkeitsarbeit / Marketing / Fundraising und Unternehmensleitung. Erfahrene Fördermittelreferent*innen verfügen über gute Fähigkeiten, Konzeptideen in überzeugende Förderanträge zu übersetzen, die sich dann in »Fördergold« verwandeln. Ohne gute Konzeptideen und ohne tatkräftige Unterstützung aus den Fachbereichen fehlt ihnen aber die Grundlage für ihre Arbeit.

Führungskräfte müssen aktiv werden

Beim Thema Lobby- und Netzwerkarbeit entscheidet die Zusammenarbeit der Fördermittelexpert*innen mit den Führungskräften über Erfolg oder Misserfolg. Führungskräfte müssen ihre bestehenden Kontakte konkret nutzen, um Fördermöglichkeiten anzustoßen oder die Förderaussichten für die eigenen Anträge zu erhöhen. Dazu ist es notwendig, auch die politischen Aspekte von Entscheidungsmechanismen zu verstehen und zu berücksichtigen. Eine enge Abstimmung zwischen Fördermittelverantwortlichen und Führungskräften ist dabei essenziell.

Fazit

Auf dem Fördermarkt gibt es viele Möglichkeiten, finanzielle Unterstützung für die unterschiedlichen Aktivitäten in der Gesundheitsförderung einzuwerben. Die Zusammenarbeit mit Förderinstitutionen erfordert aber ausreichende Ressourcen. Mit zunehmender Erfahrung und mit cleverer Lobby- und Netzwerkarbeit lassen sich die Förderchancen deutlich erhöhen.

Literatur beim Verfasser

TORSTEN SCHMOTZ, Förderlotse – Fördermittel für gemeinnützige Organisationen, Buchenstraße 3, 91564 Neuendettelsau, Tel.: (0 98 74) 32 23 11, E-Mail: beratung@foerder-lotse.de, Internet: www.foerder-lotse.de

BIRGIT BÖHM

Wer? Und wie?

Akteure und Strategien zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse

Verhältnisbezogene Gesundheitsförderung will durch integrierte Strategien die Lebensbedingungen der Menschen verbessern. Dabei stellen sich folgende Fragen: Wer sind die dafür notwendigen Akteure? Und wie sollen sie strategisch vorgehen? Die Beantwortung dieser Fragen orientiert sich an der Ottawa-Charta. Ihr Paradigma ist auf präventives, kooperatives und partizipatives Handeln, das aktuell dominierende der deutschen Gesundheitspolitik aber auf kuratives, wettbewerbles und sektorales Handeln ausgerichtet. In der Praxis stehen die Akteure daher vor der Herausforderung, das präventive Paradigma innerhalb eines dominanten wettbewerblichen umzusetzen.

Notwendige Akteure

Wo die Chancen auf Gesundheit geringer sind, sollen die Lebensverhältnisse so verändert werden, dass sie sich erhöhen. Chancen auf Bildung und Einkommen, die Gesundheit und Lebenserwartung der Menschen besonders beeinflussen, aber auch andere Faktoren lassen sich nur durch eine Zusammenarbeit von Akteuren aus dem staatlichen, wirtschaftli-

chen und zivilgesellschaftlichen Sektor verbessern. Ein Beispiel dafür ist die Verbesserung der Gesundheitschancen von Kindern in einem sozial benachteiligten Quartier. Verhaltensprävention, die auf das individuelle Gesundheitsverhalten zum Beispiel der Eltern in Bezug auf Ernährung oder Hygiene für die Kinder abzielt, ist mit weniger Ressourcen und Akteuren kurzfristiger und damit leichter möglich. Dies verlagert aber die Verantwortung für die Gesundheit allein auf das Individuum, ohne seine Ausgangssituation zu verbessern. Verhältnisprävention will dagegen die Bedingungen in Settings, zum Beispiel in der Kita, positiv beeinflussen. Diese könnten zum Beispiel durch einen besseren Betreuungsschlüssel, mehr Lohn und Qualifizierungsangebote für Personal, erweiterte Öffnungszeiten zur Berücksichtigung von Schichtarbeitszeiten der Eltern, sozialpädagogische Unterstützung und arbeitsvermittelnde Angebote für die Eltern und eine frühe, bedarfsgerechte Förderung der Kinder verbessert werden. Daran müssen sich verschiedene Akteure unterschiedlicher Fachrichtungen beteiligen.

Nützliche Strategien

Die wichtigsten strategischen Schritte, die von den Akteuren gemeinsam durchgeführt werden sollten, lassen sich aus dem Public-Health-Action-Cycle der Ottawa-Charta ableiten: gesundheitliche Problemlagen anhand von Daten erfassen und analysieren, Maßnahmen entwickeln und umsetzen, Wirkungen evaluieren. In der Regel übernimmt ein*e Akteur*in der Kommune, häufig aus den Bereichen Gesundheit, Soziales oder Jugend, die Initiierung und Koordination. Im Sinne einer prozeduralen Steuerung vernetzt diese Stelle die verschiedenen relevanten Akteure. Länder, Krankenkassen und private Förderinstitutionen können dafür zum Beispiel gemeinsam Koordinierungsstellen finanzieren. Auch eine ressortübergreifende Koordination, zum Beispiel durch die für Prävention von Gesundheit und Armut zuständigen Ressorts, ist möglich. Fallstricke sind hier unter anderem eine fehlende politische Absicherung und unzureichende Kenntnisse über formale Erfordernisse. Ein Beschluss aus Politik und Verwaltung, der die Ziele und notwendigen Ressourcen der Koordination und Vernetzung befürwortet, ohne den Gestaltungsspielraum der Akteure zu sehr zu beschränken, ist von besonderer Bedeutung. Politik braucht für diesen Beschluss sachbezogene Argumente. Es muss deutlich werden, wie die Vernetzung von Strukturen und Angeboten unterschiedlicher Ressorts, Träger und Einrichtungen aus den Bereichen Gesundheit, Jugend, Soziales, Bildung und Stadtteilentwicklung die Lebensverhältnisse von Zielgruppen verbessern kann. Auch formale Anforderungen der ressortübergreifenden Vernetzung müssen berücksichtigt werden. Denn in der Praxis kann schon die gemeinsame Finanzierung einer Veranstaltung zum Beispiel daran scheitern, dass im Titel nicht alle relevanten ressortbezogenen Stichworte berücksichtigt wurden.

Eine weitere strategische Herausforderung besteht darin, vielfältige relevante Akteure außerhalb der Verwaltung einzubinden und ihnen den Nutzen ihrer Beteiligung deutlich zu machen. Kommunale Partnerprozesse und Netzwerke, Gesundheitsstrategien oder Präventionsketten versuchen Gesamtkonzepte zu entwickeln, um bestehende Maßnahmen besser zu integrieren und Ressourcen für notwendige neue Maßnahmen zu verbinden. Vernetzen, Vertrauen und Verbinden sind zentrale Aspekte der Kooperation. Ein kritischer Punkt ist dabei die Erwartung von Akteuren, dass die Verwaltung als Koor-

dination auch die meiste Verantwortung für Prozess und Ergebnis übernimmt. Nur eine verbindliche Vereinbarung von Zielen und Ressourceneinsatz zwischen allen Akteuren kann hier zu realistischen Erwartungen führen. Ein anderer kritischer Punkt ist die strategisch notwendige gemeinsame Bilanz über bestehende Strukturen und Angebote. Sie stellt Versorgungs- und Angebotsroutinen in Frage und kann bei Akteuren Angst vor Bedeutungs- oder Ressourcenverlust auslösen. Vertrauen wird unter anderem dadurch gefördert, dass man sich gemeinsam über das verständigt, was als Datenbasis für das Erfassen von Problemlagen und Angeboten herangezogen wird, und deutlich macht, dass durch das Erkennen von Doppelstrukturen und Anpassungsbedarf der Weg frei wird für neue bedarfsgerechte Angebote und notwendige Kooperationen. Strategisch bedeutsam sind insgesamt ein gemeinsames Verständnis der Ausgangssituation und der Bedarfe vor Ort, die Entwicklung konkreter Ziele und Maßnahmen, die Einigung über die Arbeitsweise und den Zeithorizont, die prozedurale Steuerung und Koordinierung des Prozesses sowie finanzielle und zeitliche Ressourcen. Alle Akteure sind möglichst frühzeitig in das Netzwerk einzubinden und sollten Ressourcen einbringen. Die gemeinsame Vorgehensweise sollte transparent und der Umgang miteinander vertrauensvoll und möglichst gleichberechtigt sein. Verhältnisse zu verändern braucht Zeit, daher sollte eine kontinuierliche und verbindliche Arbeit etabliert werden.

Literatur bei der Verfasserin

DR. BIRGIT BÖHM, nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung, Bereich Akademie für Partizipative Methoden, Otto-Suhr-Allee 59, 10585 Berlin, E-Mail: boehm@nexusinstitut.de

ULRIKE ARENS-AZEVEDO

Gute Qualität in der Schulverpflegung – eine Chance der Gesundheitsförderung!

Die Mittags- und Zwischenverpflegung in Schulen wird für Kinder und Jugendliche immer wichtiger. Schon heute haben 2,82 Millionen Schüler*innen die Möglichkeit, in den 17.718 Ganztagschulen ein Mittagessen zu verzehren. Wer sich ganztägig in einer Einrichtung aufhält, muss die Möglichkeit haben, sich dort ausgewogen ernähren zu können, ungeachtet des jeweiligen sozialen Status. Auf diese Weise kann – von früh an – ein gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten eingeübt und Ernährungskultur erlernt werden. Dies gelingt umso besser, je passgenauer die Verpflegung in ein pädagogisches Konzept eingebunden ist. Hierbei sollte die Partizipation der Schüler*innen im Vordergrund stehen, indem sie zum Beispiel an der Gestaltung des Verpflegungsangebots oder der Schulmensa beteiligt werden. Auch einschlägige Themenwochen im Zusammenhang mit einem entsprechenden Unterricht oder die Gründung von Schülerfirmen wären hier möglich. Nicht nur Schüler*innen profitieren von einem qualitativ hochwertigen, ausgewogenen Verpflegungsangebot, gleiches gilt für die Lehr- und Verwaltungskräfte einer Schule.

Qualitätsstandards umsetzen

Der DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen gibt den Rahmen vor, wie ein entsprechend gesundheitsförderliches Angebot realisiert werden kann. Neben klaren Be-



schreibungen zur Qualität der Lebensmittel und den empfohlenen Häufigkeiten im Mittagessen finden sich hier auch Anforderungen an das Ambiente, die Hygiene, die Nachhaltigkeit oder die Qualität des Personals. Die 2014 durchgeführte bundesweite Studie zur Qualität der Schulverpflegung ergab, dass den verantwortlichen Entscheider*innen der DGE-Qualitätsstandard zum großen Teil bekannt ist, seine Umsetzung jedoch noch längst nicht flächendeckend erfolgt und eine Überprüfung seiner Einhaltung – selbst dann, wenn dies vertraglich gefordert wird – bislang nicht üblich ist (nur 27,7 Prozent der Schulträger gaben an, eine solche Qualitätskontrolle durchzuführen). Die Ergebnisse dieser Studie haben auf Bundesebene zur Gründung eines nationalen Qualitätszentrums (NQZ) für die Ernährung in Kita und Schule geführt, auf Ebene der Bundesländer zur Fortsetzung der Aktivitäten der Vernetzungsstellen. Einzelne Bundesländer setzen inzwischen auf die verbindliche Umsetzung des DGE-Qualitätsstandards, zum Teil erweitert durch Anforderungen an regionale oder biologisch erzeugte Lebensmittel. Nur das Land Berlin hat eine Kontrollstelle für die Schulverpflegung eingerichtet.

Auffällig ist, dass bundesweit in der Schulverpflegung die Warmverpflegung überwiegt. Sie ist für die Träger die preiswerteste Variante, da auf diese Weise vor Ort keine Küchen und kein Fachpersonal vorgehalten werden müssen. Riskiert wird bei diesem Verpflegungssystem, dass die Speisen schon einen langen Transportweg hinter sich haben, an Farbe und Konsistenz verlieren, der Geschmack leidet und thermolabile Inhaltsstoffe zerstört werden. Ohne Ergänzung durch frische Salate, Rohkost oder frisches Obst erfüllen die Speisen nur begrenzt die Anforderungen. Auch bei der Zwischenverpflegung in den Schulen gäbe es noch viel zu verbessern: so überwiegen Brötchen aus Auszugsmehlen mit Belag: meist Käse und Wurst häufig auch Mayonnaise, seltener sind frisches Obst, Salate oder Rohkost im Angebot. Durchgehend positiv gestaltet sich aktuell dagegen das Getränkeangebot: hier hat es sich durchgesetzt, in den Schulen Wasser zur freien Verfügung anzubieten, entweder in Karaffen direkt zum Mittagessen oder über Wasserspender in Mensen und Pausenhallen. Kritisch von Seiten der Schüler*innen wurden, ähnlich wie im Übrigen auch von Seiten der Schulleitungen, die Speisräume bewertet. Hier zeigt sich, dass das Bauen im Bestand nicht so einfach ist und Maßnahmen der Schalldämmung, Abtren-

nung von Bereichen für ältere Schüler*innen, Wanddekorationen oder ansprechende Möblierung, die für das Wohlempfinden wichtig wären, noch lange nicht selbstverständlich sind.

Eine warme gesunde Mahlzeit für alle

Die Preise für die Verpflegung sind im bundesdeutschen Durchschnitt niedrig, in der Regel decken sie nur einen Teil der realen Kosten. Die Schulträger stellen Räume und Ausstattung bereit, finanzieren die Betriebskosten wie Energie und Wasser oder die Reinigung, selten gibt es auch direkte Zuschüsse zum Essenspreis. Für Kinder aus Familien mit wenig Geld gibt es Zuschüsse im Rahmen des Bildungs- und Teilhabepakets. Dieser Anspruch wird aber häufig nicht wahrgenommen, da die Beantragung für die Eltern zum Teil aufwändig und kompliziert ist. So bleiben leider immer wieder Kinder von einem gesundheitsfördernden Angebot ausgeschlossen. Wäre die Schulverpflegung wie in den Nachbarländern Schweden und Finnland kostenfrei, würde sich diese Problematik erst gar nicht stellen und die Chancengleichheit auch beim Zugang zu einer warmen Mahlzeit gewahrt bleiben. Politik und Verantwortliche haben die Notwendigkeit erkannt, Gesundheitsförderung von klein an zu etablieren. Konsequenter umgesetzt, könnte auf diese Weise – in Verbindung mit einer handlungsorientierten Ernährungsbildung – ein substanzieller Beitrag zur Verbesserung der Ernährungssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland geleistet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass alle Verantwortlichen, angefangen von den Schulträgern über die Schulleitungen, aber auch Eltern und Lehrkräfte die Teilnahme von Schüler*innen am Mittagessen unterstützen und schmackhafte, ausgewogene Speisen in großer Vielfalt von Seiten der Verpflegungsanbieter produziert und ausgegeben werden.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. ULRIKE ARENS-AZEVEDO, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Ulmenliet 20, 21033 Hamburg, E-Mail: ulrike.arens-azevedo@haw-hamburg.de

MARTINA RUMMEL

Gesunde Arbeitsbedingungen: Hindernisse und Möglichkeiten

Angebote zur Verhaltensprävention – »einfach« für Geld zu haben

Angebote zum Thema »Gesundes Verhalten« sind relativ einfach zu organisieren – wenn der Betrieb es bezahlen will und kann. Gesundes Essen in der Kantine, Fitnessangebote, Rabatt für Yoga, Stressbewältigungskurse – solche Initiativen sind wunderbar und wertschätzend, doch werden sie oft nur von denen genutzt, die auch ohne betriebliche Angebote aktiv sind. Das ist kein Grund, es zu lassen – allerdings sollte man sich nicht zu viel davon versprechen. Rückenmassage direkt am Akkordarbeitsplatz mit einförmigen Bewegungen ist gut – besser noch wäre es, den Arbeitsplatz zu verändern. Das ist nicht so leicht zu haben.

Durchsetzung von Verhaltensregeln – schon schwieriger

Um »ungesundes« Verhalten umzustellen, reichen Angebote ohnehin nicht aus. Es braucht Leitplanken, die das ungünstige Verhalten quasi blockieren – Verhaltensvorschriften, die kon-



sequent durchgesetzt werden. Führungskräfte brauchen hierfür aber nicht nur persönliches Standing, sondern besonders eine klare Legitimation. Was berechtigt – wenn nicht verpflichtet – die Führungskraft, alkoholisierte Mitarbeiter*innen nach Hause zu befördern? Dass die Betroffenen vor Sucht geschützt werden müssten? Sicher nicht. Sondern die Verantwortung für Sicherheit und Qualität. Die Currywurst aus dem Essensangebot zu streichen, ist unpopulär, aber legitim. Man muss nichts Ungesundes anbieten. Führungskräfte scheuen Interventionen, zu denen sie sich nicht wirklich berechtigt fühlen. »Darf ich?«, »Was geht es mich an?«, »Mit welchem Recht?« sind oft gestellte Fragen in Führungstrainings. Geklärte Standards und auch die Rechtslage können hier hilfreich sein.

Verbesserung der Arbeitsbedingungen – wirklich herausfordernd

Die tatsächliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist vielfach nur durch Eingriffe in die Abläufe möglich – und aufwendig. So flüchtet man sich gern in teure Befragungen zum Status quo, um bekannte Belastungen erneut und allgemein festzustellen, womöglich unter Ausschluss der Führungskräfte. Anonyme Gefährdungsbeurteilungen dieser Art sind ein beliebtes Kampffeld – und haben nicht nur einen fraglichen Nutzen, sondern schaden sogar, wenn darin auch noch anonyme Kritik an Führungskräften verpackt ist, die am Ende aber alles umsetzen sollen. Das Procedere suggeriert zudem fatalerweise, dass es gefährlich sei, offen über Belastungen zu sprechen – ein klares, latent aggressives Misstrauensvotum und ein direkter Angriff auf die Qualität der Führungsbeziehung. Diese aber ist Stresspuffer Nummer 1.

Lösungsorientierung hilft

Wirklich »gesundes Arbeiten« folgt den Salutogenese-Kriterien: Sinn, Soziale Unterstützung in der Rolle, Handlungsspielraum und Dialog, Machbarkeit der Arbeit und Entwicklungsmöglichkeiten, »gesunde« Regeln und Standards, Verstärkung durch Orientierung und Transparenz. Arbeitsbedingungen nach diesen Kriterien gesünder zu gestalten, erfordert Ideen. Wo etwa Menschen wie Sardinen in Büros zusammen-

gequetscht werden, wo Zeitdruck, Lärm und Störungen die Arbeit »aus dem Takt bringen«, wo Abteilungen aus Rechtfertigungsdruck ihre Kolleg*innen mit sinnentleerten Anforderungen traktieren und das Betriebsklima im Keller ist, muss man couragiert denken, um wirkliche Innovation zu erzeugen. Führungsqualität, die auf Vertrauen und echte Partizipation setzt, ermöglicht diesen lösungsorientierten Blick über den Tellerrand. Der konstruktive Dialog über diese Themen – also ein wirklich guter Umgang miteinander – erleichtert die Lösungssuche. Doch genau diese allerwichtigste Arbeitsbedingung ist ein besonderes Kapitel: Betriebe bauen reihenweise »Kränkungsmaschinen« in Form von Mitarbeiteranking, anonymen Bewertungen und Personenevaluierung auf. Sie erzeugen damit Misstrauen, Konkurrenz, Unsicherheit und Angriffe auf den Selbstwert. Die permanente Kommunikation darüber, wie man einander »findet« und einschätzt, statt darüber, was man voneinander wirklich braucht, um etwas zu erreichen, darf getrost als gestört betrachtet werden.

Da jeder für jeden Anderen eine Arbeitsbedingung ist, bedarf diese Situation für die betriebliche Gesundheitsförderung der Aufmerksamkeit. Nichts ist belastender als Kränkung und Demütigung. Im Dialog lassen sich Lösungen erarbeiten – gleichzeitig kann ein konstruktives Miteinander sogar noch vieles abfedern, was nicht zu ändern ist. Wenn etwa in Stoßzeiten der Druck steigt, wenn kein zusätzliches Personal eingestellt werden kann, wenn reaktiv gearbeitet werden muss, bestimmte Handgriffe sein müssen, ist es enorm hilfreich, diese Belastungen ohne Wenn und Aber anzuerkennen und einen besseren Umgang damit zu besprechen. Hier sind die Ideen aller gefordert.

Aktive Bedarfsklärung

Die Methodik der aktiven Bedarfsklärung stellt die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Rahmen des gemeinsam zu Erreichenden. Es geht nicht um Privilegien, Wünsche oder Erwartungen, sondern um eine an den Salutogenese-Kriterien orientierte strukturierte Diskussion des Bedarfs: »Was brauchen wir voneinander, um zu ...?« Dies versachlicht das Gespräch und »entneurotisiert« die Kommunikation. Das Interesse der Führungskräfte an guten Arbeitsbedingungen wird dabei als Normalfall unterstellt. Sie werden ermutigt und befähigt, in Vorleistung zu gehen und offen mit ihren Mitarbeiter*innen zu klären, was diese (von ihnen) brauchen, um gesund zu bleiben, gut zusammen zu arbeiten und Probleme zu lösen. Dies ist realisierte soziale Unterstützung – und tiefe, gelebte Wertschätzung. Die Qualität der Führung als wichtigste Arbeitsbedingung wird nachweislich durch aktive Bedarfsklärung gefördert. Selbst die kleinsten Verbesserungen wirken auf Gesundheit ein, denn Mitarbeiter*innen erleben dadurch, dass sie tatsächlich Einfluss haben. Zugleich erleichtert der Dialog das gemeinsame Tragen von Unlösbarem. Am Ende geht es also um »Gesunde Zusammenarbeit« im besten Sinn. Wo es gelingt, Führungskräfte und Mitarbeiter*innen in ihrer gemeinsamen Verantwortung für das Gelingen und die gute Gemeinschaft anzusprechen und den lösungsorientierten Führungsdialo nachhaltig zu implementieren, hat eine Arbeitswelt, in der man gerne, gut und gesund zusammenarbeitet, eine Chance.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. MARTINA RUMMEL, DIALOG, Karl-Marx-Straße 162, 12043 Berlin,
E-Mail: mrummel@t-online.de



IMPRESSUM



» Herausgeberin: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskweg 2, 30165 Hannover

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

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» Folgen Sie uns auf Twitter: @LVGundAFS

» ISSN: 1438-6666

» V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

» Redaktion: Thomas Altgeld, Sandra Exner, Dr. Nina Fleischmann, Dr. Birte Gebhardt, Jan Kreie, Christina Kruse, Angelika Maasberg, Reza Mazhari, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Stephanie Schluck, Ilka Seyfahrt, Dr. Ute Sonntag, Janna Stern, Janine Sterner, Nicole Tempel, Sven Tirre, Kerstin Utermark, Veronika Warga, Berit Warrelmann

» Beiträge: Thomas Altgeld, Sascha Angermann, Prof. Ulrike Arens-Azevedo, Mario Bach, Birgit Böhm, Ulrich Böttinger, Sven Brandes, Prof. Dr. Gunter Dueck, Prof. Dr. Ulrich Ebner-Priemer, Dr. Nina Fleischmann, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Thomas L. Heise, Prof. Dr. Elke Hotze, Susanne Jordan, Prof. Dr. Petra Kolip, Prof. Dr. Frauke Koppelin, Prof. Dr. Heike Köckler, Kerstin Kräusche, Christina Kruse, Prof. Dr. Susanne Kümpers, Prof. Dr. Harald Künemund, Prof. Dr. Stefan K. Lhachimi, Matthias Limberger, Prof. Dr. Julika Loss, Angelika Maasberg, Prof. Dr. Paul Mecheril, Kerstin Meyer, Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl, Nina Osenbrügge, Tatjana Paeck, Sandra Pape, Prof. Dr. Peter Paulus, Vertr.-Prof. Dr. Katharina Rathmann, Prof. Dr. Monika Reichert, Patrizia Rothofer, Dr. Martina Rummel, Claudia Santos-Hövenner, Stephanie Schluck, Prof. em. Dr. Norbert Schmacke, Prof. Dr. Bettina Schmidt, Torsten Schmotz, Prof. Dr. Sven Schneider, Martin Schumacher, Alexandra Schüssler, Marie-Hélène Seidl, Janine Sterner, Prof. Dr. Heino Stöver, Kerstin Utermark, Theresa Vanheiden, Prof. Dr. Ulla Walter, Veronika Warga, Berit Warrelmann, Prof. Dr. Lothar H. Wieler, Birgit Wolff, Veronique Wolter

» Redaktionsschluss: Ausgabe Nr. 97: 06.10.2017

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» Auflage: 9.000

» Gestaltung: Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» Druck: Druckerei Hartmann GmbH & Co. KG

» Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

» Titelbild: © Fotolia.com: Fredex

» Fotos: © Fotolia.com: pure-life-pictures, CHW, Pavlo Vakhrushev, Gstudio Group, darknightsky, Wave-breakmediaMicro, fizkes, MH, Syda Productions, Cora Müller, JenkoAtaman, sebra, contrastwerkstatt, Antonio-guillem, Christian Schwier, LIGHTFIELD STUDIOS, famveldman, Hoda Bogdan, Viacheslav Jakobchuk, Artenex

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



Mehr Mut zu genauer Problemanalyse, Qualitätsentwicklung und prozessbegleitender Evaluation in Gesundheitsförderung und Prävention

Positionspapier des Wissenschaftlichen Beirats der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten sind in 2016, das heißt im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes, bemerkenswert gestiegen: von 75 auf 143 Millionen Euro (um 89 Prozent) für Maßnahmen in Betrieben und von 37 auf 125 Millionen Euro (um 240 Prozent) in nichtbetrieblichen Settings. Das Bundesministerium für Gesundheit erklärte diese Steigerung in einer Pressemitteilung vom 06. März 2017 zu einer »erfreulichen Entwicklung«, damit hätten die gesetzlichen Krankenkassen die vorgegebenen Richtwerte des Gesetzes bereits weitgehend erreicht. Garantiert das schnelle Geldausgeben und Einhalten von Richtwerten aber automatisch mehr Gesundheit? Und werden damit die »richtigen« Probleme in den Lebenswelten adressiert?

Bisher scheint es, als hätte das Mehr an Geld im System zu einem gewissen Aktionismus beim Start von neuen Programmen und Projekten beigetragen. Die gesetzlichen Vorgaben setzen die Krankenkassen unter Druck, ihre jährlich verfügbaren Mittel möglichst vollständig innerhalb eines Haushaltsjahres zu verausgaben. Hierbei scheinen bestimmte Settings – vielleicht auch unter Marketingaspekten – attraktiver zu sein als andere, insbesondere die traditionellen Bildungssettings. Der aktuelle Präventionsbericht der GKV für das Jahr 2016 zeigt, dass 29,3 Prozent aller Präventionsaktivitäten in Kindertagesstätten und weitere 45,4 Prozent in Schulen durchgeführt wurden. Andere vulnerable Gruppen (zum Beispiel Ältere, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen, Langzeitarbeitslose) und deren Lebenswelten werden dagegen bislang kaum adressiert.

Sind diese kurzfristig geplanten Interventionen das, was – um die Begrifflichkeiten des Präventionsgesetzes aufzugreifen – die Menschen in Lebenswelten wirklich brauchen? In der Logik der schnellen Übersetzung von Geldern in Interventionen kommt die Analyse von tatsächlichen Problemen und Bedarfen vor Ort meist zu kurz. Dazu liegen inzwischen vielfältige Erkenntnisse aus internationalen Studien vor, wie etwa das Memorandum »Forschungsförderung Prävention« der Kooperation für Nachhaltige Präventionsforschung verdeutlicht. Es wird anscheinend eher in öffentlichkeitswirksame Medien und Material als in eine zunächst benötigte Problemanalyse und settingspezifische Maßnahmen investiert. Die Maßnahmen werden dann zwar dokumentiert, aber in Bezug auf Nachhaltigkeit und ihren Gesundheitsnutzen kaum evaluiert.

Mehr Energie und Mittel für Qualitätsentwicklung und Prozessoptimierung

Der Wissenschaftliche Beirat der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. hat diese Entwicklungen in seiner Sitzung im Juli 2017 kritisch reflektiert und empfiehlt relevanten Akteur*innen, mehr Energie in die Problem- und Bedarfsanalyse, die Qualitätsentwicklung und die Verbesserung von Prozessen der gesundheitsförderlichen und präventiven Praxis zu investieren:

» 1. Das bedeutet zunächst einmal, die Probleme und die sie bedingenden Kontextfaktoren in Lebenswelten genauer zu analysieren und zu verstehen. Nur wenn die Bedarfe und Bedürfnisse derjenigen, die von Gesundheitsförderung profitieren sollen, sowie die komplexen Rahmenbedingungen innerhalb einer Lebenswelt hinreichend bekannt sind, können Ziele realistisch geplant und adäquate gesundheitsförderliche Strategien entwickelt werden. Eine umfassende Analyse von Problemen und Kontextbedingungen bildet die Grundlage für eine höhere Planungs- und Konzeptqualität.

» 2. Darüber hinaus bedarf es einer systematischen, prozessbegleitenden Analyse und Evaluation der Umsetzung von Interventionen. Evaluation erhebt und bewertet nicht nur Ergebnisse (summativ), sondern wird auch formativ als Instrument einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung eingesetzt. Eine begleitende Prozessevaluation betrachtet die Entwicklungen und das Zusammenspiel unterschiedlichster Faktoren im Umsetzungsprozess, reflektiert Stärken und Schwächen, Wirkungen wie Nebenwirkungen gesundheitsförderlicher Maßnahmen und kann Hinweise zur Optimierung direkt in die Umsetzung zurückspielen.

» 3. Während des ganzen Interventionsprozesses sollte Transparenz über die Ergebnisse der Problemanalysen, möglichst partizipativ entwickelte Zielsetzungen, den Rahmen und die Inhalte sowie den erwarteten Gesundheitsnutzen der Maßnahmen hergestellt werden. Idealerweise sollte eine Vernetzung ähnlich gelagerter Interventionen mit denselben Adressat*innengruppen stattfinden und auch Transparenz über Zwischenergebnisse hergestellt werden. Dazu gehören nicht nur ein Austausch über erfolgreiche Strategien, sondern auch über die heute eher nicht-kommunizierten Misserfolge und gescheiterten Ansätze.

» 4. Die Partizipation aller Beteiligten im gesamten Prozess ist im Regelfall ein wesentlicher Gelingensfaktor. Gesundheitsförderung und Prävention sollten nicht nur für, sondern auch mit den Gruppen, die davon profitieren sollen, gemeinsam geplant, umgesetzt und reflektiert werden. Das beginnt bei der Problem- und Bedarfsanalyse und schließt die gemeinsame Entwicklung von Zielen sowie die Verbesserung von Prozessen mit ein. Erfahrungen in Modellprojekten in und außerhalb Deutschlands zeigen, dass eine prozessbegleitende, partizipative Evaluation die Qualität, Akzeptanz und Nachhaltigkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen signifikant erhöhen kann.

» 5. Die Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen von Gesundheit sind äußerst komplex und lassen sich selten der Logik von kurzfristigen Projektzeiträumen unterwerfen, an deren Ende ein fertiges, quantifizierbares Projektergebnis mit X gesünderen Menschen steht. Gesundheitsförderung und Prävention sind dann wirksam und nachhaltig, wenn sie gemeinsam mit Beteiligten auf unterschiedlichen Handlungsebenen – von Individuen und Gruppen über Lebenswelten bis hin zur politischen und gesellschaftlichen Ebene – Bedingungen schaffen, die langfristig die Möglichkeit eines Lebens in Ge-

sundheit für alle Bevölkerungsgruppen ermöglichen. Dieses Ziel ist nicht nur in den nachhaltigen Entwicklungszielen der UN, sondern auch im Prinzip »Health in all Policies« (Gesundheit in allen Politikbereichen) als gesamtgesellschaftliche Aufgabe erkannt worden. Diese Politikstrategien der UN und der Weltgesundheitsorganisation bieten einen angemessenen Rahmen für mehr zielgerichtete Investitionen in Gesundheit – es gilt diesen zu nutzen.

Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt deshalb öffentlichen Fördermittelgebern auf allen staatlichen Ebenen sowie den Sozialversicherungen, insbesondere den gesetzlichen Krankenkassen, in ihren gesundheitsfördernden Verantwortungsbereichen mutiger zu sein. Sie sollten künftig eine ausführlichere Problemanalyse, die Berücksichtigung von Kontextfaktoren sowie eine prozessbegleitende Analyse und Evaluation als integrale Bestandteile der Gesundheitsförderung und Prävention systematisch mitdenken. Getrieben von Ausgabenrichtlinien, Marketinggedanken oder öffentlichen Skandalisierungen einzelner Gesundheitsprobleme besteht ansonsten die Gefahr, vorschnell Programme und Projekte an tatsächlichen Bedarfen vorbei umzusetzen. Gerade krankheitsbezogene Ansätze bisheriger Bauart sind alle nicht so erfolgversprechend, wie internationale Studien zeigen. In der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung sollten Grundfragen von sozialer Sicherung und Chancengerechtigkeit wieder mehr in den Vordergrund gestellt werden.

PROF. DR. ELKE HOTZE,
Hochschule Osnabrück

PROF. DR. PETRA KOLIP,
Universität Bielefeld

PROF. DR. FRAUKE KOPPELIN –
Vorsitzende des Beirates,
Jade Hochschule Wilhelmshaven / Oldenburg / Elsfleth

PROF. DR. SUSANNE KÜMPERS,
Hochschule Fulda

PROF. DR. HARALD KÜNEMUND,
Universität Vechta

PROF. DR. JULIKA LOSS,
Universität Regensburg

PROF. DR. PAUL MECHERIL,
Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg

PROF. DR. PETER PAULUS,
Leuphana Universität Lüneburg

PROF. EM. DR. NORBERT SCHMACKE,
Universität Bremen

PROF. DR. HEINO STÖVER,
Frankfurt University of Applied Sciences

PROF. DR. KARL ERNST VON MÜHLENDAHL,
Dokumentations- und Informationsstelle
für Umweltfragen der Kinderärzte

PROF. DR. ULLA WALTER,
Medizinische Hochschule Hannover



Interview: 10 Jahre Naschgarten

Frau K. Meyer ist Leiterin der städtischen Kindertagesstätte Neue Straße in Holzminden und Sprecherin der Planungsgruppe »Naschgarten-Plenum«. Sie ist mit ihrer Einrichtung seit Anfang an im Naschgarten dabei. In dem folgenden Gespräch mit einer Mitarbeiterin der LVG & AFS wirft sie einen Blick zurück auf die erfolgreiche 10-jährige Naschgarten-Geschichte.

impulse: Frau Meyer, Sie feiern dieses Jahr das 10-jährige Bestehen des Naschgartens.

Ganz kurz erklärt: Was ist der Naschgarten?

» K. Meyer: Der Naschgarten ist ein Ort in Holzminden, der gemeinsam mit den Kindern gestaltet wurde. Aus einer kurzgemähten Rasenfläche wurde ein Paradies für Kinder geschaffen, wo sie Obst und Gemüse anpflanzen können. Eine bereits vorhandene Streuobstwiese ist erweitert worden, Weiden-Tipis wurden gebaut, sodass die Kinder sich dort verstecken und spielen können. Viele Kinder wissen gar nicht mehr, wo das einheimische Obst und Gemüse herkommt. So ist der Naschgarten entstanden: als Ort für Kinder, für Bewegung und gesunde Ernährung.

impulse: Was bedeutet der Naschgarten für Sie und Ihren Kindergarten?

» K. Meyer: Unser Kindergarten liegt mitten im Stadtgebiet. Wir hatten früher immer die Möglichkeit, nebenan in den Stadtpark zum Spielplatz zu gehen, aber da haben die Kinder nicht so viel Naturerfahrung. Wir haben oft Fahrten in den Wald organisiert, aber die Busse fahren nicht so weit und Eltern-Fahrgemeinschaften zu bilden, ist auch nicht ganz leicht. Als es dann hieß, angrenzend an die Innenstadt entsteht ein Naschgarten, fanden wir das spannend. Ich bin sehr froh, dass wir von Anfang an dabei waren. Unsere Kinder sind auch sehr glücklich, wenn es heißt: Naschgarten!

impulse: Was hat Sie überzeugt, sich an dem Projekt zu beteiligen?

» K. Meyer: Wir haben von Kerstin Utermark von der LVG & AFS und der Hochschule Fulda davon erfahren. Wir konnten uns am Anfang nicht so viel vorstellen, waren dem Ganzen aber sehr aufgeschlossen gegenüber. Die Organisation war gut, die Kinder wurden eingebunden und gefragt, was sie sich denn wünschen würden und davon wurde auch sehr viel umgesetzt. Ganz viele von unseren Kindern haben gar keinen Garten.

impulse: Was waren für Sie persönlich Highlights?

» K. Meyer: Wir führen jedes Jahr im Mai einen Kinderlauf, unseren sogenannten Naschgarten-Marathon, für die Kindergärten und Grundschulen durch. Ursprünglich war das 2010 als Spendenaktion gedacht. Das heißt die Kinder liefen zusammengerechnet die Marathondistanz, um dafür von Sponsoren eine Spende zu bekommen. Inzwischen haben wir ein anderes Sponsoring-Konzept und die Kinder laufen einfach aus reiner Freude und um zu schauen, wie viele Runden sie um den Naschgarten herum schaffen. Das war damals ein Highlight und ist es jetzt immer noch. Die Kinder laufen, die Mitarbeiter*innen und die Eltern auch. Das ist eine schöne Gemeinschaftsaktion. Und wir haben 2012 den Kinder-Haben-Rechte-Preis gewonnen. Das war auch was ganz Besonderes für die Kinder: mit dem Bus nach Hannover zur Preisverleihung fahren und den Preis entgegennehmen. Seit letztem Jahr haben wir angefangen, ein Herbstfest im Naschgarten zu veranstalten. Da wird dann eine Hexensuppe gekocht mit Dingen, die im Naschgarten wachsen. Wir pressen frischen Apfelsaft und bauen unseren Niedrigseilgarten auf.

INFO zum Projekt

Konzept: Ein Gemeinschaftsgarten zum Naschen von frischem Obst und Gemüse im öffentlichen Raum, entwickelt und errichtet mit Beteiligung der Kinder vor Ort. Der Naschgarten soll als Erlebnisspielraum nie fertig sein. So werden auch neue Generationen von Kindern ermutigt, das Gelände zu »ihrem Naschgarten« zu machen. Der Garten ist frei zugänglich. Die Kinder und Familien können das Gelände sowohl über die beteiligten Einrichtungen (Kita, Schule, Jugendzentrum) nutzen, wie auch selbständig in ihrer Freizeit.

Gelände: 8.000 qm städtisches Grundstück

Projektverantwortung: Zunächst als Kooperationsverbund zwischen dem Holzmindener Unternehmen Symrise, der Stadt und dem Landkreis Holzminden, der Hochschule Fulda und der Hochschule Holzminden (HAWK) sowie der LVG & AFS als Projektträgerin. Seit Juli 2014 in alleiniger städtischer Hand mit unbegrenzter Laufzeit. Organisatorisch federführend ist das Naschgarten-Plenum, eine Arbeitsgruppe aus beteiligten Einrichtungen, Kindergärten, Institutionen und Ehrenamtlichen.

impulse: Gab es auch Rückschläge?

» **K. Meyer:** Nein, nicht wirklich. Eine Veränderung in der Organisation war, dass bis 2014 unser Landschaftsgärtner durch die Projektförderung der Firma Symrise bezahlt wurde. Er war immer da und hat uns unterstützt, wenn wir Fragen hatten, wie man irgendwas anpflanzen muss oder wie man etwas pflegen muss. Als dann diese Förderung ausgefallen ist, mussten wir uns umorganisieren. Das war eine Umstellung, aber ich würde es nicht unbedingt als Rückschlag bezeichnen, sondern als eine Veränderung. Im ersten Naschgartenjahr ist es mit der Ernte auch mal ein bisschen unglücklich gelaufen: wir haben etwas angepflanzt und die Holzmindener haben es geerntet. Aber inzwischen hat sich rumgesprochen, dass das, was wir anpflanzen, für die Kindergärten ist – und dann können wir es auch ernten.

impulse: Warum hat das Konzept des Naschgartens funktioniert?

» **K. Meyer:** Ich glaube, das Geheimnis des Naschgartens ist, dass ein paar Leute dahinter stehen, denen das ans Herz gewachsen ist und die das Konzept unterstützen. Wir gehen wirklich regelmäßig in den Naschgarten und wenn es mal nicht möglich ist, weil wegen Krankheit oder Urlaub Personal-mangel herrscht, dann fordern die Kinder das auch wieder ein. Ich glaube, das liegt daran, weil es so wunderschön geworden ist. Es war vorher eine Wiese und ein Bolzplatz mit zwei Toren, mehr war da nicht. Jetzt sind da ganz viele grüne Weidentunnel und -häuser und Sitzgelegenheiten. Es ist ein kleines Paradies geworden. Im Herbst ist es einfach toll. Man kann immer Himbeeren essen. Die wachsen dort im Überfluss. Auch die Holzmindener können mit naschen. So war ja auch der Grundgedanke des Projekts: Ein Gemeinschaftsgarten zum Naschen von leckerem Obst und Gemüse. Es ist einfach ein Ort zum Wohlfühlen. Ich glaube, das ist das Geheimnis: alles einfach gut gewählt, mit Leuten, die das nötige Engagement hatten.

impulse: Frau Meyer, ganz herzlichen Dank.

Interviewerin: DR. NINA FLEISCHMANN, Kontakt siehe Impressum
KERSTIN MEYER, Kindertagesstätte Neue Straße, Neue Straße 5a,
37603 Holzminden, E-Mail: kita-neuestr@holzminden.de

THOMAS ALTGELD, JANINE STERNER**Wird mehr Gesundheit ermöglicht?
Umsetzung und Herausforderungen des
Präventionsgesetzes in Niedersachsen**

Fast exakt zwei Jahre nach der Verabschiedung des Präventionsgesetzes durch den Deutschen Bundestag bot die diesjährige Jahrestagung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen am 13. Juni 2017 Gelegenheit, eine vorläufige Bilanz zu ziehen. Wie sieht die Umsetzung des Gesetzes bisher in der Praxis aus?

Lob und Kritik

In seinem Eröffnungsvortrag begrüßte Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal, ausdrücklich die mit dem Gesetz erweiterten Handlungsoptionen und erstmals in der

deutschen Gesetzgebung erfolgten Legaldefinitionen für Gesundheitsförderung und primäre Prävention. Er kritisierte allerdings die fortbestehenden Wettbewerbselemente sowie die unklare Rolle von öffentlicher Hand sowie weiteren Akteur*innen. Außerdem existiere in Deutschland bislang weder eine »Healthy Public Policy«, noch eine wirklich nachhaltige Initiative zur Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit. Er befürchtet zudem eine Vermischung von primärer und sekundärer Prävention in der Konzeption der Gesundheitsuntersuchungen für alle Altersgruppen.

Die finanziellen Vorgaben hinsichtlich der Ausgaben wurden bereits im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes erreicht, erklärte Jörg Niemann vom Verband der Ersatzkassen in Niedersachsen bei der Tagung. Allein für den Bereich der Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten sind die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bundesweit von 37 Millionen Euro in 2015 um 240 Prozent auf 125 Millionen Euro in 2016 gestiegen. Ob die gesetzliche Verpflichtung, innerhalb kurzer Zeit schnell viel mehr Geld auszugeben, wirklich zielführend sei, daran ließ er allerdings auch vorsichtige Zweifel erkennen. Das Gesetz habe jedoch zu einer stärkeren bedarfsbezogenen Abstimmung, Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen geführt. Dies zeige etwa die neu eingerichtete »Gemeinsame Stelle der GKV« in Niedersachsen, über die ab Herbst 2017 kassenübergreifend Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention für vulnerable Gruppen finanziell unterstützt werden sollen. Auch seien neue Strukturen zum Austausch mit anderen Akteur*innen geschaffen worden – ein Verweis auf das Dialogforum, zu dem die Unterzeichner*innen der niedersächsischen Landesrahmenvereinbarung mindestens einmal im Jahr zusammen kommen.

Schlüsselstrategie: kommunal integrierte Konzepte

Als Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände und Geschäftsführer des Niedersächsischen Landkreistages begrüßte Prof. Dr. Hubert Meyer zwar die Chancen, die das Präventionsgesetz biete, warf aber die Frage auf, ob die verfügbaren Mittel anstatt in eine Vielzahl neuer, zeitlich begrenzter Einzelprojekte nicht besser in die Stärkung von kommunalen Strukturen fließen sollten, um nachhaltige Effekte zu erzielen. Prof. Dr. Julika Loss erklärte in ihrem Vortrag »Gesundheit wird vor Ort hergestellt«, dass kommunal integrierte Konzepte die Schlüsselstrategie für Gesundheitsförderung sind. Wer sich auf »einfacher« erreichbare Lebenswelten wie Kindergärten, Schulen und Betriebe beschränke, schaffe »Gesundheitsförderungs-Verlierer«. Kommunen seien die Lebenswelten, in denen vulnerable Gruppen wie Ältere, Familien oder Arbeitslose erreicht werden könnten. Wie das funktionieren kann, veranschaulichten unter anderem die Workshops am Nachmittag zu Präventionsketten und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Zwischenbilanz und Ausblick

Die Teilnehmenden der abschließenden Podiumsdiskussion zeigten sich insgesamt optimistisch: Niedersachsen sei in der Umsetzung des Präventionsgesetzes auf einem guten Weg. Das Land verfüge bereits über gut etablierte Strukturen, etwa die Gesundheitsregionen und die LVG & AFS als landesweite Koordinierungs- und Beratungsstelle für eine lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention. Die Landes-



rahmenvereinbarung ist getragen von einer breiten Basis und der Rahmen für mehr Austausch und Zusammenarbeit ist geschaffen. Der Erfolg der vielfältigen Aktivitäten wird sich allerdings daran messen lassen müssen, wie viel mehr Gesundheit tatsächlich vor Ort hergestellt werden kann, in der Kommune, im Quartier, in Kitas und Schulen sowie in den Betrieben. Auch im nächsten Jahr soll die Jahrestagung der Landesvereinigung allen Akteur*innen und Interessierten wieder eine Plattform bieten, um über bestehende Aktivitäten, Weiterentwicklungsbedarfe und Perspektiven zur Umsetzung des Präventionsgesetzes in den Austausch zu treten.

Kontakt siehe Impressum

ANGELIKA MAASBERG

Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas Der Grundstein ist gelegt

»Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.« (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986). Unter diesem Leitbild greift die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. seit mehr als 20 Jahren aktuelle Themen für Erzieher*innen, Eltern und andere Akteur*innen zum Schwerpunkt »Gesundheit im Elementarbereich« auf. Durch Projekte, Fachtagungen, Seminare, Beratung und Workshops erhalten pädagogische Fachkräfte und Multiplikator*innen Ideen und Anregungen in Theorie und Praxis für ihren beruflichen und Lebens-Alltag. Diese langjährigen Erfahrungen nutzt das »Kompetenzzentrum« mit der Absicht, Gesundheitsförderung im Kita-Sektor zu stärken und gesundheitsbezogene Qualitätsentwicklung in niedersächsischen Kindertagesstätten (Kitas) gezielt und nachhaltig zu fördern. Grundlage für diese Arbeit bietet die Kooperation zwischen der Barmer und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.. Kern des zunächst dreijährigen Kooperationspro-

jektes ist die Konzeption, der Aufbau, der Betrieb und die bedarfsorientierte Weiterentwicklung eines Kompetenzzentrums für Gesundheitsförderung in Kitas in Niedersachsen. Die weiteren richtungsweisenden Inhalte und Fragestellungen zur Ausrichtung des Kompetenzzentrums in Niedersachsen entstanden in den ersten Fokusgruppen-Gesprächen im August und September 2017.

Ziele und Aufgaben

Entsprechend diesen Vorgesprächen soll das »Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas« eine zentrale Informations-, Beratungs- und Qualifizierungsstelle für niedersächsische Kitas sowie Interessierte darstellen. Darüber hinaus kann es Fachwissen zu guter Praxis und geeignete Instrumente der Gesundheitsförderung in Kitas bündeln sowie zugänglich machen und damit Transparenz über qualitätsgesicherte Angebote schaffen. Dabei ist es wichtig, Einrichtungen darin zu unterstützen, Gesundheitsförderung als ganzheitliches Konzept zu verankern. Die Rahmenbedingungen der Lebenswelt Kita sollen gesundheitsförderlich gestaltet und die individuellen Gesundheitsressourcen derjenigen, die dort aufwachsen, spielen, lernen und arbeiten, gestärkt und gefördert werden. Zu den Gestaltenden gehören Mädchen und Jungen, Erzieher*innen, weiteres pädagogischen und nicht-pädagogisches Personal, Eltern, Fachberatungen, Träger und das soziale Umfeld. In diesem Rahmen kann das Kompetenzzentrum pädagogische Fachkräfte in dem Anliegen, Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement in ihrer Einrichtung umzusetzen, unterstützen. Hilfreich wäre hier zum Beispiel die Beratung und Vermittlung von Kooperationen zur verhältnispräventiven Gestaltung der Lebenswelt Kita, zur Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen und zum Aufbau von kommunalen Kooperationsstrukturen.

Partizipativer Ansatz als Grundhaltung

Der Arbeit und Gestaltung des »Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas« liegt ein partizipativer Ansatz zugrunde. Das bedeutet auch, die zu Beginn beschriebenen Vorstellungen und Ziele regelmäßig auf den Prüfstand zu stellen. Also auch zu fragen: Was brauchen zum Beispiel Kitas, Leitungen und ihre pädagogischen Fachkräfte, um die Rahmenbedingungen der Lebenswelt Kita gesundheitsförderlich zu gestalten? Eine Auseinandersetzung mit diesen und ähnlichen Fragen – durch Vernetzungs-, Arbeitstreffen und Befragungen – trägt dazu bei, die Inhalte und Strukturen des Kompetenzzentrums zu durchleuchten, weiterzuentwickeln und damit zu einer tragfähigen Säule in der Gesundheitsförderung für Kitas werden zu lassen. Eine Ende September 2017 gestartete Online-Befragung im Elementarbereich wird ein weiterer Meilenstein auf dem Weg hierzu sein.

Fazit

Das Kompetenzzentrum bietet Raum, sich mit Fragen zur Gesundheitsförderung im Elementarbereich auseinanderzusetzen. Dazu gehört auch, Kooperationen einzugehen, Vernetzung zu fördern, neue Forschungsergebnisse zu nutzen, Handlungsmöglichkeiten kennenzulernen und im Rahmen des »Setting Kita« einzusetzen und auszuprobieren.

Literatur bei der Verfasserin
Kontakt siehe Impressum



MARIE-HÉLÈNE SEIDL, MATTHIAS LIMBERGER,
ULRICH EBNER-PRIERER

Praktikabilität auf Kosten der Wirksamkeit? Wie lang darf ein Stressbewältigungstraining für Studierende sein?

Der Bedarf an Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe der Studierenden liegt auf der Hand: Deutschlands Studierende sind gestresst. Deutschlandweit werden derzeit über 2,7 Millionen Studierende an Hochschulen ausgebildet. Laut einer Forsa-Umfrage der Techniker Krankenkasse (TK) 2015 gibt fast ein Viertel der angehenden Akademiker*innen an, unter Stressbelastungen zu leiden. Dies bestätigen auch die Daten aus dem TK-Gesundheitsreport 2015. Demnach erhielt im Jahr 2013 gut ein Fünftel der bei der TK versicherten Studierenden die Diagnose einer psychischen Störung.

Passgenaue Angebote sind gefragt

Bei der Entwicklung von erfolgreichen präventiven Maßnahmen steht nicht nur die inhaltliche Schwerpunktsetzung, sondern auch der Einsatz eines praktikablen Trainingsformats im Vordergrund. Stressbewältigungsmaßnahmen werden in der Regel über einen Zeitraum von mehreren Wochen angeboten, um den persönlichen Reflexionsprozess zwischen den meist wöchentlich stattfindenden Trainingssitzungen zu fördern. Dabei wird angenommen, dass Programme mit einer längeren Laufzeit weitaus erfolgreicher sein dürften als zeitlich komprimierte Interventionen, da mehrwöchige Maßnahmen den Transfer des Gelernten in routiniertes Alltagsverhalten begünstigen. Mit dieser Thematik beschäftigte sich das Karlsruher Institut für Technologie (KIT) / House of Competence (HoC). In einem Kooperationsprojekt mit der TK wurden zwischen 2010 und 2016 zwei inhaltlich übereinstimmende, jedoch im Format voneinander abweichende Programme zur Stress- und Belastungsreaktion von Bachelor- und Masterstudierenden entwickelt und mit Hilfe derselben Fragebogenbatterie evaluiert.

Die Besonderheiten der siebenwöchigen Originalversion und der daraus abgeleiteten dreiwöchigen Kompaktversion liegen in der maßgeschneiderten Konzeption der Maßnahme an die Lern- und Arbeitswelt der Studierenden. Sie bieten den Teilnehmer*innen eine abwechslungsreiche Mischung aus theoretischem Inputs zu Themen des instrumentellen, kognitiven und palliativ-regenerativen Stressmanagements, aus Selbstreflexion, Gruppenübungen und dem Erlernen einer Entspannungstechnik. Neben einer Auseinandersetzung mit den persönlichen Stressfaktoren lernen die Teilnehmer*innen ein breites Angebot an Bewältigungsmöglichkeiten wie die Neubewertung stressverursachender Gedanken, Techniken des Zeit- und Lernmanagements, den Umgang mit Prüfungsängsten und Methoden für eine effektive Prüfungsvorbereitung kennen.

Siebenwöchiges Originaltraining oder dreiwöchige Kompaktversion?

Die dreiwöchige Kompaktversion wurde im Sinne eines »Crash-Kurses« als geblockte dreitägige Maßnahme konzipiert, die den Studierenden im wöchentlichen Abstand in den Semesterferien angeboten wurde. Diese Umkonzipierung sollte die Nachfrage nach flexibel einsetzbaren Programmen erfüllen. Um den Transfer der erlernten Techniken in den Studienalltag zu unterstützen, wurde die komprimierte Maßnahme durch elektronische Tagebücher ergänzt – eine innovative Technik zur Erfassung von Stressprozessen in Echtzeit. Eine speziell für das Training entwickelte App bot den Studierenden zwischen den drei geblockten Präsenzterminen ausreichend Übungsgelegenheit und diente als Instrument zur Reflexion individueller Stressprozesse.

Die beiden Stressbewältigungsprogramme wurden anhand von randomisierten Wartelisten-Kontrollgruppendesigns auf deren Wirksamkeit überprüft. Eine Gegenüberstellung der Ergebnisse bestätigt dabei die Überlegenheit des zeitlich gestreckten Kurses. Das siebenwöchige Originaltraining zeigte beeindruckende signifikante Verbesserungen in allen erfassten Parametern mit mittleren bis starken Effektstärken. Der Kompaktkurs wies trotz zusätzlicher elektronischer Interventionen, mit Ausnahme eines Ausreißers (Reduzierung des Perfektionsstrebens), keinerlei signifikante Verbesserungen auf. Durchschnittlich konnten nur 30 Prozent der in der siebenwöchigen Originalversion erzielten Effektstärken erreicht werden, etwa bei der Reduzierung der subjektiven Stressbelastung, der Abnahme der psychosomatischen Beschwerden, der Verminderung der Prüfungsangst, der Verbesserung des Selbstwertes und der Selbstmanagementfähigkeiten.

Fazit

Die Kompaktversion des Stressbewältigungstrainings besticht durch eine kurze Dauer und vermeintlich höhere Praktikabilität im Hochschulalltag. Jedoch ist ein Transfer des Gelernten in den Alltag der Studierenden bei einem Kompakttraining kaum gegeben. Wer also nachhaltig die eigenen Kompetenzen zur Stressbewältigung ausbauen will, sollte dafür Zeit einplanen und der erfolgreichen siebenwöchigen Originalversion eindeutig den Vorzug geben.

Literatur bei den Verfasser*innen
Kontakt: PROF. DR. ULRICH W. EBNER-PRIERER, Lehrstuhl für Angewandte Psychologie, Karlsruher Institut für Technologie,
E-Mail: ulrich.ebner-priemer@kit.edu



MONIKA REICHERT, VERONIQUE WOLTER

Gesundheitsförderung in der Kommune durch Kooperation!? Das Modellprojekt »Sport für Menschen mit Demenz«

Körperliche Inaktivität gilt als viertwichtigster Risikofaktor globaler Mortalität. Auch die deutsche Bevölkerung bewegt sich insgesamt zu wenig, obwohl viele Studien positive Effekte auf das physische und psychische Wohlbefinden belegen. Auch bezogen auf Menschen mit Demenz (MmD) gibt es zahlreiche Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Aufrechterhaltung kognitiver Funktionen, Verminderung des Demenzrisikos und / oder Verbesserung der Lebensqualität durch körperliche Aktivität. Allerdings erreichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung (zum Beispiel durch körperliche Aktivität) vulnerable Gruppen wie MmD seltener und dies, obwohl gerade sie von den Folgen gesundheitlicher Ungleichheit besonders betroffen sind. Gründe sind hierfür unter anderem eine mangelnde Orientierung an den Lebensrealitäten dieser Gruppen sowie eine inadäquate Ansprache. Mit besserer Vernetzung der Akteure in den Kommunen können schwer erreichbare Zielgruppen leichter für die Inanspruchnahme bedarfsgerechter Maßnahmen motiviert werden. Den Sportvereinen kommt hier eine besondere Bedeutung zu: Sie sind flächendeckend vertreten, den Anwohner*innen gut bekannt und können als gesunder Lebensort die Entwicklung physischer und psychosozialer Ressourcen aller Alters- und Zielgruppen unterstützen.

Das Projekt

Im nordrhein-westfälischen Modellprojekt »Sport für Menschen mit Demenz« (2014–2016) boten 73 lokale Tandems, bestehend aus einem Sportverein und einem Partner aus dem Bereich Demenzbetreuung/-pflege/-beratung im Setting Kommune gemeinsam ein inklusives oder homogenes Bewegungsangebot für MmD an, das an die jeweils lokalen Bedingungen angepasst war. In der wissenschaftlichen Begleitung

des Projektes analysierte die TU Dortmund die fördernden und hemmenden Rahmenbedingungen für die lokale Umsetzung der Angebote unter Einbezug aller beteiligten Perspektiven.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein nachhaltiges Bewegungsangebot für MmD durch eine Kooperation von Sportvereinen und Akteuren aus der Demenzbetreuung/-pflege/-beratung sehr gut gelingen kann. Wichtige Voraussetzungen sind neben einer Identifikation mit den Leitvorstellungen des Projektes auf allen Hierarchieebenen ein regelmäßiger Austausch auf Augenhöhe sowie die möglichst gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen (zum Beispiel räumliche und personelle Infrastruktur). Es ist unumgänglich, die Zielgruppe in die Planungen mit einzubeziehen.

MmD und ihre Angehörigen berichteten, dass die persönliche Ansprache durch Bekannte oder vertraute Institutionen (Pflegedienst, Sportverein) zu einer ersten Teilnahme am Bewegungsangebot führte. Sie genossen die ungezwungene Art der Begegnung innerhalb der Sportgruppe, in der Bewegung und Spaß im Vordergrund standen, und individuell gefördert und gefordert zu werden. Pflegende Angehörige profitierten von zusätzlichen Angeboten, wie zum Beispiel monatlicher Pflegeberatung, einem für sie parallel stattfindenden exklusiven Bewegungsangebot oder dem persönlichen Austausch mit anderen Angehörigen. Für alle Beteiligten war zudem äußerst bedeutsam: Integration des Bewegungsangebots in den Alltag, keine zusätzlichen (finanziellen) Belastungen, das Gefühl, mit Bedarfen und Sorgen ernst genommen zu werden, eine gute und vorbehaltlose Willkommenskultur sowie bei gemeinsamer körperlicher Aktivität den oftmals belastenden Alltag vergessen zu dürfen.

Zentral ist, dass sich Sportvereine als wichtige Akteure der Gesundheitsförderung in der Kommune ihrer Rolle als lebenslange Begleiter von (demenzkranken) Quartiersbewohner*innen bewusst werden. Institutionen im Bereich Demenzbetreuung/-pflege/-beratung hingegen sollten die Bedeutung von körperlicher Aktivität für MmD und für ihre Angehörigen erkennen.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. MONIKA REICHERT, VERONIQUE WOLTER, TU Dortmund, Fakultät 12, Emil-Figge-Straße 50, 44227 Dortmund, E-Mail: veronique.wolter@tu-dortmund.de, Internet: www.fk12.tu-dortmund.de

MARIO BACH, CLAUDIA SANTOS-HÖVENER, SUSANNE JORDAN

Partizipation in der Gesundheitsberichterstattung Ein Workshop im Robert Koch-Institut

Die Gesundheitsberichterstattung informiert über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung. Neben der Datensammlung, Analyse und Ergebniskommunikation verweist sie auf Handlungsbedarfe und Handlungsempfehlungen, die den politischen Entscheidungsträger*innen, der Public Health Praxis sowie allen Interessierten zur Verfügung gestellt werden. In den Kommunen wird der Zusammenhang zwischen »berichten« und »handeln« besonders greifbar. Zum Beispiel dann, wenn die Gesundheitsberichterstattung einen Beitrag zur kommunalen Gesundheitsförderung leisten soll. Dazu

sind tragfähige Kooperationen zwischen den relevanten Stakeholdern hilfreich, zu denen im Idealfall auch Vertreter*innen aus vulnerablen Bevölkerungsgruppen gehören. Im Workshop wurde ein Ansatz zur Förderung solcher Kooperationen vorgestellt und diskutiert.

Gesundheitsberichterstattung und Partizipation

Zum Aufbau kommunaler Kooperationen kann auf den Forschungsansatz der partizipativen Gesundheitsforschung zurückgegriffen werden, bei dem Public-Health-Fachkräfte und Vertreter*innen aus verschiedenen Bevölkerungsgruppen an der Durchführung epidemiologischer Studien oder an der Erstellung von Gesundheitsberichten beteiligt werden. In der partizipativen Gesundheitsforschung wird über Beteiligung verschiedener Akteure und über die daraus resultierenden wechselseitigen Lernprozesse praxisrelevantes Wissen geschaffen, das zur Entwicklung passgenauer Maßnahmen beitragen kann. Um diesen Ansatz in der Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung systematisch nutzen zu können, haben das Robert Koch-Institut und die Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin im vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten »PartKommPlus-Forschungsverbund für gesunde Kommunen« einen ersten Konzeptentwurf über die Kriterien einer sogenannten partizipativen Epidemiologie vorgelegt. Zur Überprüfung der Anwendbarkeit dieses Konzeptes im Kontext der (kommunalen) Gesundheitsberichterstattung wurden Fachkräfte aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst der Kommunen und Länder im Mai 2017 ins Robert Koch-Institut eingeladen.

Ergebnisse des Workshops

Insgesamt gaben die Teilnehmer*innen eine positive Rückmeldung zur Verwendung partizipativer Ansätze in der Gesundheitsberichterstattung. An den Beispielen einer Stadtteilanalyse und eines Schulprojektes konnte gezeigt werden, dass mit partizipativen Ansätzen ergänzende Informationen, Daten und lokale Wissensbestände erhoben werden können, auf deren Grundlagen sowohl Planungen als auch (bauliche) Maßnahmen und gemeinschaftliche Aktionen zur Schaffung gesundheitsfördernder Verhältnisse möglich werden. Zudem wurden partizipative Ansätze für den Zugang und die Erschließung der lebensweltlichen Kontexte von besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen als hilfreich bewertet. Als Herausforderungen wurden der hohe Ressourcenaufwand (Personalstunden) und die vergleichsweise längere Dauer partizipativer Prozesse hervorgehoben. Eine realistische Entwicklungsperspektive für partizipative Ansätze wurde in der Vernetzung verwaltungsinterner und -externer Akteure gesehen. Dabei wurde auch die ressortübergreifende kommunale Berichterstattung angesprochen, die jedoch nur auf der Basis administrativen und kommunalpolitischen Rückhalts erreicht werden kann. Die Teilnehmenden merkten zudem an, dass die konkrete Ausgestaltung partizipativer Ansätze stark von den kommunalen Gegebenheiten abhängt und der Ansatz daher lokal angepasst werden sollte.

Literatur bei den Verfasser*innen

MARIO BACH, DR. CLAUDIA SANTOS-HÖVENER, SUSANNE JORDAN, Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, General-Pape-Straße 62–66, 12101 Berlin, E-Mail: partkommplus@rki.de, Internet: www.rki.de



KERSTIN KRÄUSCHE

Nachhaltige Hochschule sorgt für Wohlergehen

Die Hochschule für nachhaltige Entwicklung Eberswalde (HNE Eberswalde) versteht nachhaltige Entwicklung als integratives Konzept. Unter dem Motto »Mit der Natur für den Menschen« möchte die HNE Eberswalde ökologische, ökonomische und soziale Nachhaltigkeit gestalten – als »nachhaltige Hochschule« und als »Hochschule für nachhaltige Entwicklung«. Dafür sieht sie sich gegenüber den Studierenden, ihren Beschäftigten, Kooperationspartner*innen sowie der Gesellschaft und der Natur in der Verantwortung. Konkrete Konzepte für nachhaltiges Handeln zu lehren und auch selbst umzusetzen, ist Aufgabe und Herausforderung zugleich. Organisationspezifische Rahmenbedingungen sollen dazu beitragen, dass sich die Angehörigen der Hochschule an ihrem Lern- und Arbeitsort wohlfühlen. Die Hochschule hat in einem Bottom-up Prozess am Runden Tisch zur nachhaltigen HNE-Entwicklung Nachhaltigkeitsgrundsätze für die eigene Organisation entwickelt, die vom Senat der Hochschule beschlossen wurden. Die Grundsätze beschreiben das anzustrebende Handeln aller Angehörigen der Hochschule im Umgang miteinander und in Zusammenarbeit mit Partner*innen.

Dazu gehören:

- » langfristiges Denken und Handeln als Maßstab aller Tätigkeiten der Hochschule,
- » achtsam und sparsam mit natürlichen Ressourcen umzugehen,
- » einen mitfühlenden Umgang miteinander zu pflegen sowie Gerechtigkeit und Fairness als Handlungsprinzipien umzusetzen,
- » über die eigene nachhaltige Entwicklung prozessbegleitend zu informieren, zu kommunizieren und zu reflektieren.

Nachhaltigkeit im sozialen und beruflichen Kontext

An der HNE Eberswalde soll jede Person unabhängig von biografischen oder kulturellen Hintergründen, möglichen fami-

liären Verpflichtungen, körperlichen Einschränkungen, psychologischer Belastbarkeit, religiöser Zugehörigkeit, sexueller Ausrichtung, Alter und Geschlecht erfolgreich studieren und arbeiten können. Damit sich Studierende sowie Beschäftigte an der Hochschule wohlfühlen, sollen sie Studium, Arbeits- und Privatleben miteinander in Einklang bringen können. Die Hochschulangehörigen erbringen die Leistung der Hochschule und sind damit die wichtigste Ressource, die unter anderem durch Einführung eines Konzeptes für eine strukturierte und kontinuierliche Personalentwicklung wertgeschätzt wird. In den Nachhaltigkeitsgrundsätzen wird der achtsame Umgang miteinander als Ziel formuliert. Das beinhaltet konkrete Angebote zur Qualifizierung, zum Beispiel zu gewaltfreier Kommunikation. Erbrachte Leistungen und Engagement erfahren durch Preisehrungen und Beschreibung im Nachhaltigkeitsbericht Anerkennung.

Gesunde Hochschule

Gesundheitsförderung wird an der HNE Eberswalde als Querschnittsaufgabe und ganzheitlicher Prozess verstanden, der Bestandteil der nachhaltigen Entwicklung der Organisation ist und sich an den Nachhaltigkeitsgrundsätzen orientiert. Seit 2011 gibt es die »aktive Pause«, die auf Initiative des Runden Tisches von der Koordinatorin für die familienfreundliche Hochschule organisiert wird. Unter physiotherapeutischer Anleitung können sich die vorrangig sitzend arbeitenden Hochschulangehörigen dehnen und stärken. Um gesundheitsfördernde Bedingungen zu initiieren und gesundheitsförderndes Verhalten zu unterstützen, hat sich die AG Gesunde Hochschule gegründet und die Koordinatorin für Gesundheitsmanagement etabliert. Auch in diesem Jahr findet wieder ein Gesundheitstag statt, der unter dem Motto »Stress lass nach« steht. Wohlfühlen als nachhaltige Lebensqualität auch an der Hochschule ist das Ziel der Angebote: Entspannungstechniken, Umgang mit Prüfungsstress, Faszientraining, ein Waldspaziergang, ergonomische Beratungen und Workshops zu Karriereentscheidungen und mehr. Die Zukunftsfähigkeit jeglichen Tuns ist Grundlage nachhaltiger Entwicklung. Gut leben (können) als Prinzip für unsere und nachfolgende Generationen schließt Gerechtigkeit, Achtung füreinander und Wertschätzung ein. An der HNE Eberswalde wird für eine nachhaltige Entwicklung gelehrt und geforscht, aber es ist auch das Handlungsprinzip der Hochschule.

Literatur bei der Verfasserin

KERSTIN KRÄUSCHE, Hochschule für nachhaltige Entwicklung Eberswalde, Schicklerstraße 5, 16225 Eberswalde, E-Mail: kkraeusche@hnee.de

NINA FLEISCHMANN

PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland unterliegt mehr denn je großen Veränderungen. Anhaltender Kostendruck, Folgen des demografischen und epidemiologischen Wandels, der Fachkräftemangel, aber auch der technische Fortschritt, die veränderte Rolle der Patient*innen und ihre Erwartungen lassen den Reformdruck steigen.

Lokale Gesundheitszentren

Die Robert Bosch Stiftung fördert mit ihrem Programm »PORT-Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung« die Entwicklung und Implementierung von lokalen Gesundheitszentren in Deutschland. Nach dem Vorbild von internationalen Community Health Centers, wie beispielsweise in Schweden oder Kanada, streben die PORT-Zentren an, eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche, gesundheitsfördernde Versorgung »aus einer Hand« anzubieten. PORT-Zentren verfolgen innovative Ansätze der berufsgruppenübergreifenden Kooperation, um bislang ungenutzte Möglichkeiten in der Therapie- und Versorgungspraxis auszuschöpfen. Patient*innen sind dabei Akteur*innen im Sinne ihrer eigenen Gesundheit und werden als Partner*innen im Behandlungsprozess betrachtet. Die PORT-Zentren sollen moderne digitale Technologien (eHealth) nutzen, Sektorengrenzen zu weiteren Versorgungsbereichen überwinden und die Einbindung in kommunale Strukturen stärken. Sie sollen eine direkte Verbindung von individueller Primärversorgung und populationsorientierten Public-Health-Ansätzen ermöglichen. In Kanada sind diese lokalen Gesundheitszentren besonders in ländlichen, unterversorgten Regionen seit den 70er Jahren verbreitet. Das diagnostisch-therapeutische Leistungsspektrum wird verknüpft mit sozialarbeiterischen Angeboten und durch gesundheitsförderliche und präventive Aktivitäten ergänzt. Diese Modelle zeigen vielversprechende Entwicklungen für die Angehörigen der Gesundheitsberufe auf, von neuen Handlungsfeldern für Pflegekräfte über mehr Attraktivität für Hausärzt*innen bis hin zu neuen beruflichen Zuschnitten im Versorgungsgeschehen. Zudem sorgen die Gesundheitszentren für enge Kooperationen mit Bildungseinrichtungen, Kommunalpolitik, sozialen Diensten und anderen lokalen Angeboten wie zum Beispiel Fahrdiensten und beziehen eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive ein. PORT-Zentren werden an fünf Standorten in Deutschland umgesetzt: im Landkreis Calw in Baden-Württemberg, in der Gemeinde Hohenstein in Baden-Württemberg, beim Gesundheitskollektiv in Berlin-Neukölln, im Landkreis Waldeck-Frankenberg in Willingen-Diemelsee (Hessen) und in der Gemeinde Büsum in Schleswig-Holstein.

Evaluierung als Begleitforschung

Die LVG & AFS evaluiert dieses Vorhaben in einer auf drei Jahre angelegten Begleitforschung. Dabei stehen drei Hauptaspekte im Mittelpunkt: zum einen die PORT-Gesundheitszentren selbst mit der Umsetzung des koordinierten Versorgungskonzeptes, zum anderen die Einbindung in bestehende oder zu schaffende Strukturen in der Kommune. Darüber hinaus sind auch die Schnittstellen zu weiteren Versorgungsbereichen, wissenschaftliche Kooperationen sowie die gesundheitspolitische Sichtbarkeit von Bedeutung. Von Juni 2017 bis Juni 2020 werden diese Aspekte mittels eines partizipativen Forschungsansatzes in einem Mixed-Methods-Design untersucht. Ziel der Evaluierung ist es einerseits, die Passgenauigkeit und Akzeptanz der PORT-Zentren mit Blick auf die oben genannten Hauptaspekte zu bewerten und gleichzeitig die Implementierung der Konzepte noch im Projektverlauf zu optimieren.

Kontakt siehe Impressum



ULLRICH BÖTTINGER, KLAUS FRÖHLICH-GILDHOFF

Das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO): Eine kommunal verankerte Strategie der Gesundheitsförderung im Settingansatz

Anknüpfend an den guten Erfahrungen der Frühen Hilfen setzt der Ortenaukreis (Offenburg, Baden-Württemberg) seit 2014 das vierjährige Anschlussprojekt »Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO)« um. Damit soll in Verbindung mit den Frühen Hilfen auf Grundlage einer kommunalen Gesamtstrategie eine Präventionskette für den Zeitraum von der Geburt bis zum 10. Lebensjahr aufgebaut werden. PNO ist ein gemeinsames Praxisforschungsprojekt des Ortenaukreises und des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung (ZfKJ) an der Evangelischen Hochschule Freiburg und wird als bundesweites Modellprojekt vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert.

Ziele und Inhalte des PNO

Inhaltliches Leitziel des PNO ist die frühestmögliche Gesundheitsförderung und Prävention in den Bereichen körperliche und seelische Gesundheit sowie soziale Teilhabe in Verbindung mit einem möglichst breiten Zugang zur Zielgruppe. Dieser erfolgt nach dem Settingansatz in den Lebenswelten Kindertageseinrichtungen und Schulen über die dort tätigen pädagogischen Fach- und Lehrkräfte. Strategisches Leitziel ist die Vernetzung von Gesundheitssystem, Kinder- und Jugendhilfesystem und Bildungssystem. Als strukturelle Voraussetzung zur Erreichung dieser Ziele wurden zentrale (kreisweite) und regionale Unterstützungsstrukturen aufgebaut. Diese bestehen aus einer zentralen und fünf regionalen Präventionsbeauftragten, einer kreisweiten Präventionskonferenz, regionalen Runden Tischen sowie einer integrierten Gesundheitsberichterstattung. Eine zentrale Rolle bei der kommunal ausgerichteten Umsetzungsstrategie kommt den Präventionsbeauftragten zu. Sie stellen die Kontakte mit den Bildungseinrichtungen her, beraten, vermitteln und bringen sich in nachhaltige Umsetzungen ein. Für die rund 250 Kindertages-

einrichtungen und 140 Schulen stehen verschiedene Möglichkeiten der Beteiligung und Qualifizierung zur Verfügung. Die intensivste Form besteht in einer 18-monatigen curriculumgestützten Organisationsentwicklung zur gesundheitsförderlichen Kindertageseinrichtung beziehungsweise Schule. Diese wird von geschulten Prozessbegleiter*innen jeweils mit dem gesamten Fachkräfteteam beziehungsweise Lehrerkollegium durchgeführt. Dabei werden konkrete Vereinbarungen über die nachhaltige Verankerung des Themas in den Einrichtungen getroffen. Als weiteres Format werden bedarfsorientierte Fortbildungen zu ausgewählten Einzelthemen der Gesundheitsförderung und Prävention angeboten.

Bisherige Ergebnisse

PNO wird systematisch evaluiert. Bisherige Erfahrungen und Ergebnisse zeigen, dass PNO und seine verschiedenen Angebote in hohem Maße in Anspruch genommen werden. Zu allen Kindertageseinrichtungen und Schulen bestehen Kontakte durch die regionalen Präventionsbeauftragten. Mehr als ein Drittel aller Bildungseinrichtungen beteiligen sich bereits aktiv an einem PNO-Angebot. Bei den Kindertageseinrichtungen liegt die Beteiligung bei mehr als 45 Prozent. Bei den Schulen liegt sie mit bisher 25 Prozent aller Schulen noch niedriger, jedoch mit deutlich ansteigender Tendenz. Besonders gefragt sind Themen der seelischen Gesundheit (Resilienz). Auch wenn erst ein kleinerer Teil der Prozesse vollständig ausgewertet werden konnte, zeigen sich im Zwischenbericht der wissenschaftlichen Evaluation auf allen Auswertungsebenen bereits signifikant positive Ergebnisse. Es findet eine Weiterentwicklung der gesundheitsförderlichen Kompetenzen bei den teilnehmenden Fachkräften statt, es zeigen sich verbesserte Werte zur seelischen Gesundheit der Kinder und es besteht eine positive Gesamtbewertung durch die befragten Eltern.

Perspektiven

Anfang Juli 2017 hat der Jugendhilfeausschuss des Ortenaukreises die Kreisverwaltung beauftragt, schnellstmöglich eine Konzeption für die Fortführung des PNO auf der Basis des Präventionsgesetzes zu entwickeln. Auch seitens der Krankenkassen besteht großes Interesse an diesem innovativen Projekt. Die Chancen für eine dauerhafte Verstetigung des PNO über das Ende der Projektlaufzeit hinaus und für eine exemplarische Umsetzung des Präventionsgesetzes sind also durchaus realistisch.

Literatur bei den Verfassern

ULLRICH BÖTTINGER, Landratsamt Ortenaukreis, Amt für Soziale und Psychologische Dienste, Lange Straße 51, 77652 Offenburg, E-Mail: ullrich.boettinger@ortenaukreis.de

PROF. DR. KLAUS FRÖHLICH-GILDHOFF, Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg, Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg, E-Mail: froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de



Sexualität und Autismus

Die Bedeutung von Kommunikation und Sprache für die psychosexuelle Entwicklung von Menschen mit Autismus ist Thema dieses Bandes der Reihe »Angewandte Sexualwissenschaft«. Die Autorin stellt dazu zunächst die Bedeutung von Sprache und Kommunikation für die (psycho)sexuelle Entwicklung des Menschen dar und beleuchtet dabei die intra- und interindividuellen Facetten der Sozialisationsentwicklung hinsichtlich der Sexualität. Da der Kommunikationsstil von Menschen mit Autismus sich von dem der so genannten neurotypischen Mehrheitsgesellschaft durchaus fundamental unterscheiden kann, liegen die Herausforderungen in Hinblick auf die (psycho)sexuelle Sozialisation auf der Hand. Die Autorin stellt hierzu fest, dass die Realisierung von Inklusion in diesem Themenfeld von einem erheblichen Handlungs- und Aufklärungsbedarf gekennzeichnet sei. Der Kompetenzentwicklung und dem Empowerment zuträglich kann dabei der Einsatz unterstützter Kommunikation (UK) sein; die Autorin schließt dazu mit einem Überblick über die Einsatzmöglichkeiten der aktuell verfügbaren UK-Programme. (ms)

LENA LACHE: Sexualität und Autismus. Die Bedeutung von Kommunikation und Sprache für die sexuelle Entwicklung. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2016, 133 Seiten, ISBN 978-3-8379-2518-0, 16,90 Euro

Flüchtlingskinder und ihre Förderung in Kindertageseinrichtungen und Kinder-tagespflege

Für in Deutschland lebende Kinder besteht ab dem vollendeten ersten Lebensjahr seit 2013 ein Rechtsanspruch auf einen Platz in Kindertagesbetreuung. Dies gilt auch für geflüchtete Kinder. In der vorliegenden Rechtsexpertise, die das Deutsche Jugendinstitut im Rahmen der Nationalen Bildungsberichterstattung in Auftrag gegeben hat, gehen die Autor*innen den Fragen nach, ab welchem Zeitpunkt geflüchtete Kinder diesen Rechtsanspruch haben, inwiefern er an einen bestimmten Aufenthaltsstatus gekoppelt ist und ob einzelne Zugangsregelungen Hürden für Eltern von Flüchtlingskindern darstellen. In der Expertise wird darüber hinaus thematisiert, welche Zugangsmöglichkeiten und -barrieren für Flüchtlingskinder bei der Nutzung frühkindlicher Bildungsangebote bestehen. Ein besonderes Augenmerk wird auf mögliche indirekte Diskriminierungsmechanismen gelegt, die verhindern, dass Flüchtlingskinder den gleichen Zugang zu Angeboten der Kindertagesbetreuung erhalten wie einheimische Kinder. (am)

THOMAS MEYSEN, JANNA BECKMANN, NEREA GONZÁLEZ, MÉNDEZ DE VIGO (HRSG.): Flüchtlingskinder und ihre Förderung in Tageseinrichtungen und Kindertagespflege. Rechtsexpertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts, Deutsches Jugendinstitut e. V., 2016, 80 Seiten, ISBN 978-3-86379-184-1, kostenfrei

Die zeitgemäße Arbeitskraft

Bei dem vorliegenden Band aus der Reihe »Arbeitsgesellschaft im Wandel« handelt es sich um eine detaillierte Kritik an der These, dass eine Verbesserung des Qualifikations- und Bildungsniveaus von Arbeitskräften den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die soziale Teilhabe sichern kann. Im Kontext der heutigen Wissensgesellschaft und des flexiblen Kapitalismus legen die Autor*innen theoretisch sowie empirisch fundiert dar, wie die zunehmende Aufspaltung in »qualifiziertes« und »nicht qualifiziertes« Personal, die damit einhergehende Fragmentierung und Polarisierung der Gesellschaft die soziale Ungleichheit fördert und legitimiert. Innerhalb von drei Beiträgen wird die Rolle der Arbeitskraft und Qualifizierung in der heutigen Zeit aus unterschiedlichen Sichtweisen analysiert. Für ein ökonomisch interessiertes Fachpublikum bietet dieses Buch umfangreiche theoretische und kritische Informationen. (sp)

ROLAND ATZMÜLLER, STEFANIE HÜRTGEN, MANFRED KRENN: Die zeitgemäße Arbeitskraft. Qualifiziert, aktiviert, polarisiert. Reihe: Arbeitsgesellschaft im Wandel. Beltz Juventa Verlag, Weinheim, Basel, 2015, 344 Seiten, ISBN 978-3-7799-3043-3, 34,95 Euro

Emotionale Kompetenzen im Vorschulalter fördern

In dem Arbeitsmaterial beschreiben die Autor*innen ein Programm zur Förderung der emotionalen Kompetenzen von Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren. Zu Beginn der Broschüre werden theoretische Grundlagen dargestellt, die Anwendungsbereiche erläutert sowie Empfehlungen für die praktische Arbeit gegeben. Anschließend folgt eine klar strukturierte Spielesammlung. Die beigefügte CD-ROM enthält Arbeitsmaterialien wie Bildkarten, Kartenspiele und Musikstücke. Die Inhalte bieten eine Arbeitsgrundlage für pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen sowie Mitarbeiter*innen in der Frühförderung und der Kinder- und Jugendhilfe. (am)

FRANZ PETERMANN, NICOLE GUST (HRSG.): Emotionale Kompetenzen im Vorschulalter fördern. Das EMK-Förderprogramm, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, 2016, 74 Seiten, ISBN 978-3-8017-2794-9, 59,95 Euro

Pädagogik und Männlichkeit

Die Entwicklung von männlicher Gender-Identität im Rahmen institutionalisierter Lehr- und Lernprozesse ist Thema dieses Bandes. Basierend auf der Hypothese, dass diese Entwicklung aus einem Zusammenspiel von proaktiver Aneignung und normativer Anpassung besteht, kann und sollte sie nach Auffassung des Autors vom Bildungswesen didaktisch reflektiert werden. Dies wird entlang von Bildungssettings wie beispielsweise Familie, Schule sowie Jugend- und Sozialarbeit erläutert und um methodisch-didaktische Empfehlungen ergänzt. Wenngleich hierbei ein für Bildungsfachkräfte gut geeigneter und »State of the Art«-basierter Überblick vermittelt wird, limitiert sich der Band jedoch selbst, indem er ausschließlich auf heteronormative Cis-Männlichkeit abhebt. Eine differenziertere Reflektion über die Facetten männlicher Gender-Identität wäre eine Bereicherung für den Band gewesen, die für eine eventuelle Revision wünschenswert wäre. (ms)

LOTHAR BÖHNISCH: Pädagogik und Männlichkeit. Eine Einführung. Beltz Juventa, Weinheim, 2015, 228 Seiten, ISBN 978-3-7799-2308-4, 19,95 Euro

Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen

Gesundheitsförderung und Prävention sind zentrale Themen in der Pflege und Betreuung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Dieses Buch will dazu beitragen, diesbezügliche Kompetenzen von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden weiterzuentwickeln. Den Einstieg liefert eine Darstellung relevanter theoretischer Konzepte wie zum Beispiel elterliche Kompetenzen. Kapitel zwei bis sechs fokussieren jeweils Entwicklungsschritte – vom Neugeborenen bis zum Schulkind – und Settings, in denen Gesundheitsförderung und Prävention stattfinden kann. Abschließend wird ein für Deutschland noch neues Handlungsfeld aufgezeigt: die Schulgesundheitspflege, illustriert am schwedischen Beispiel. (nf)

ELISABETH HOLOCH, MARUA LÜDEKE, ELFRIEDE ZOLLER (HRSG.): Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2017, 232 Seiten, ISBN 978-3-17-024211-1, 36,00 Euro

Gerontopsychiatrische Pflege

Die Gerontopsychiatrie ist ein Arbeitsfeld der Pflege, das aufgrund der demografischen und epidemiologischen Veränderungen zunehmend an Bedeutung gewinnt. Dieses Buch richtet sich an angehende Altenpfleger*innen, vermittelt ein solides Fachwissen und ergänzt den Pflegeunterricht. 22 Kapitel bearbeiten Themen wie Methoden der Selbstpflege im Pflegealltag, gesundes und krankhaftes psychisches Altern, Pflege alter Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und freiheitsentziehende Maßnahmen. Ein Glossar erleichtert den Einstieg in die gerontopsychiatrische Fachsprache. Mit im Layout hervorgehobenen Definitionen, Merksätzen und Handlungsaufgaben wird es dem didaktischen Anspruch eines Lehrbuches gerecht. (nf)

ELISABETH HÖWLER: Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für die geriatrische Pflege. 6. vollständig überarbeitete Auflage. Brigitte Kunz Verlag, 2016, 424 Seiten, ISBN 978-3-89993-836-4, 49,95 Euro

Inklusion im Gemeinwesen

Für eine selbstbestimmte soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderung an Bildung, Erziehung und an dem Gemeinwesen sind gesamtgesellschaftliche Prozesse anzustoßen. In diesem Buch geht es um zentrale Fragestellungen der Verwirklichung gerechter Bildungs- und Erziehungschancen im Rahmen konkreter sozialräumlicher Strukturen sowie auf der Ebene des Gemeinwesens. Themen sind die Bedeutung und Konzeption von Inklusion und Partizipation in der Gemeinde, die sozialräumliche Vernetzung von Bildungseinrichtungen am Beispiel Schule, die Umsetzung von Inklusion im kommunalen Setting und auch Chancen und Grenzen sozialer Räume als Orte der Lebensführung. Neben einer theoretischen Fundierung werden Hinweise zur Umsetzung anhand von Forschungsergebnissen, praktischen Entwicklungen und konzeptionellen Überlegungen gegeben. Als Teil der Reihe Inklusion in Schule und Gesellschaft eignet sich das Buch besonders für Personen, die im Bereich der Inklusion im Gemeinwesen oder im Bildungs- und Erziehungsbereich tätig sind. (tv)

IRIS BECK: Inklusion im Gemeinwesen. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2016, 269 Seiten, ISBN 978-3-17-031322-4, 39,00 Euro

Gesundheitsreport 2016

Frauen sind häufiger krankgeschrieben als Männer. Dieser Befund ist nicht neu. Er zeigt sich in den Reporten der DAK-Gesundheit aus den vergangenen Jahren immer wieder. Der Report von 2016 widmet sich dem Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeit (AU) und Geschlecht. Unterschiede zwischen den Geschlechtern beziehen sich vor allem auf bestimmte Krankheitsgruppen. Neben dem Schwerpunktteil werden Kennzahlen des AU-Geschehens, die Ursachen von AU, eine Analyse nach Wirtschaftsgruppen sowie eine regionale Analyse dargestellt. Einschränkend wird darauf hingewiesen, dass die sieben Ausgangsthesen zum Geschlechterunterschied im AU-Geschehen auf Basis der vorhandenen Daten nicht alle ausreichend geprüft werden konnten. Die Thesen geben Impulse für weitere Diskussionen in beruflicher Praxis und Politik. (sts)

HERBERT REBSCHER (HRSG.): Gesundheitsreport 2016. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt: Gender und Gesundheit. medhochzweiVerlag, Heidelberg, 2016, 175 Seiten, ISBN 978-3-86216-285-7, 19,99 Euro

Fetale Alkoholspektrumstörungen: S3-Leitlinie zur Diagnostik

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann zu einer toxischen Gehirnschädigung beim ungeborenen Kind und somit zu einer Fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) führen. Die S3-Leitlinie liefert evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen zu diagnostischen Kriterien für die FASD bei Kindern und Jugendlichen und richtet sich neben Ärzt*innen auch an Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen und weitere Berufsgruppen. Eine Kurzform der Leitlinie, der Pocketguide FASD, erlaubt eine schnelle und praxisbezogene Orientierung zur Diagnostik der FASD. Eine ausführliche Darstellung der Methodik sowie die Langfassung der Leitlinie sind ebenfalls in diesem Buch enthalten. Einschränkend wird darauf hingewiesen, dass sich die Leitlinie ausschließlich auf die Diagnose, nicht aber auf Interventions- und Therapiemöglichkeiten bezieht. (bw)

MIRJAM N. LANDGRAF, FLORIAN HEINEN: Fetale Alkoholspektrumstörungen: S3-Leitlinie zur Diagnostik. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2017, 144 Seiten, ISBN 978-3-17-032128-1, 25,00 Euro



Essen und Ernährungsbildung in der KiTa

Unter diesem Titel widmen sich die Autorinnen dem Thema Essen und Ernährung als zentrales Lern- und Handlungsfeld in der Kita. Dabei wird sowohl die physische, als auch die psychische und soziale Entwicklung der Kinder mit in den Blick genommen. Mit der Fragestellung »Wie lernen Kinder essen?« werden die Grundlagen zur Entwicklung des Essverhaltens und ihre Bedeutung für die Kita in den Blick genommen. Unter der Frage »Was brauchen Kinder?« werden Ernährungsempfehlungen für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder gegeben. Das Kapitel zu den rechtlichen Grundlagen und Bestimmungen zur Ernährung zeigt die enge Beziehung von Ernährung, Bildung und den Bildungsplänen auf. Im letzten Kapitel greifen die Autorinnen die pädagogischen und organisatorischen Herausforderungen auf. Damit schaffen sie zum einen ein Grundlagenverständnis und bieten zum anderen konkrete Anregungen und Beispiele aus der Praxis. (am)

BARBARA METHFESSEL, KARIANE HÖHN, BARBARA MILTNER-JÜRGENSEN (HRSG): Essen und Ernährungsbildung in der KiTa. Entwicklung Versorgung – Bildung, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2016, 312 Seiten, ISBN 978-3-17-028602-3, 39,00 Euro

Gesundheitsförderung lokal verorten

Was können Setting-Quartier-Ansätze in Bezug auf die gesundheitliche Chancengleichheit leisten? Ausgehend von dieser Frage beschreibt Gesine Bär die Herausforderung, Gesundheitsförderung als lokale Stadtteilentwicklung zu betreiben. Sie diskutiert Lösungswege und gibt Orientierung für die Arbeit in dem vielfältigen Setting. Nach einem theoretischen Grundlagenteil, in dem sie die Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen und räumlichen Variablen aufzeigt, folgt eine Analyse von drei kommunalen Fallstudien (Fürth Innenstadt, Hamburg Altona-Lurup, Halle-Silberhöhe). Die Durchsetzungschancen von New Public-Elementen und das Beziehungsraum-Verständnis stehen hierbei im Fokus. Ein Fazit von Bär lautet, dass gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung vor allem die Arbeit an Beziehungsräumen ist. Das In-Beziehung-Setzen sei für die Ressourcenmobilisierung wichtiger als das Schaffen von Angeboten. (ku)

GESINE BÄR: Gesundheitsförderung lokal verorten. Räumliche Dimensionen und zeitliche Verläufe des WHO-Setting-Ansatzes im Quartier. Springer VS Verlag, Wiesbaden, 2015, 381 Seiten, ISBN 978-3-658-09549-9, 49,99 Euro

Körper- und leiborientierte Gerontologie

Altern ist häufig mit Veränderungen für den einzelnen Menschen verbunden, vor allem auch körperlichen. Damit zusammenhängende belastende Erfahrungen wie Leistungs- und Funktionsverluste oder Einschränkungen in Kontrolle und Autonomie sind Ausgangspunkt dieses Buches. Die Autorin blickt ganzheitlich und reflexiv auf den alternenden Körper. Sie rahmt das Thema zunächst theoretisch wie gesellschaftlich und stellt modellhaft das Altern als dynamischen, auch identitätsstiftenden Prozess dar. Beispiele aus der »Angewandten Gerontologie« vervollständigen das Bild durch praktische Übungen für Betreuung und Erwachsenenbildung. Das Buch richtet sich an die Fachpraxis. (ck)

SUSANNE BLUHM-LEHMANN: Körper- und leiborientierte Gerontologie. Altern erfahren, erleben und verstehen. Ein Praxishandbuch. Hogrefe, Bern, 2015, 272 Seiten, ISBN 978-3-456-85562-2, 39,95 Euro

Neue Formate der digitalen Gesundheitskommunikation

Mit mehr als 100.000 verfügbaren Gesundheits-Apps und unzähligen Webseiten haben sich Smartphones und das Internet zu einflussreichen Quellen für Gesundheitsinformationen entwickelt. Das vorliegende Werk untersucht die Rolle der digitalen Welt im Rahmen der Gesundheitskommunikation vor allem für jüngere Zielgruppen. Einem theoretischen Teil, dem eine ausführliche Recherche der relevanten Primär- und Sekundärliteratur zugrunde liegt, folgt ein empirischer Teil, der sich aus einer Fallstudie über den Wort & Bild Verlag sowie zwei weiteren qualitativen Studien zusammensetzt. Diese Studien widmen sich dem Nutzerverhalten der Zielgruppe sowie der Entwicklung neuer digitaler Formate, über die man die Zielgruppe für gesundheitsrelevante und präventive Themen wie gesunde Ernährung und Bewegung erreicht. Sie machen den Kern des Buches aus und dürften für eine Bandbreite von Akteur*innen im Gesundheitswesen von Bedeutung sein. (sa)

LAURA-MARIA ALTENDORFER: Neue Formate der digitalen Gesundheitskommunikation. Gesundheitskommunikation | Health Communication, Band 15. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2017, 133 Seiten, ISBN 978-3-8487-3831-1, 29,00 Euro

Krankenhaus-Report 2016

Der Krankenhaus-Report für das Jahr 2016 thematisiert die Zunahme von ambulanten Behandlungen im Krankenhaus und geht der Frage nach, wie diese neuen Versorgungsformen in die Gesundheitsversorgung in Deutschland aufgenommen werden. Unter anderem werden die Gestaltung und der Umfang ambulanter Leistungen im Krankenhaus und der Stellenwert des ambulanten Operierens beschrieben sowie Bedarfsgerechtigkeit in der Krankenhausplanung diskutiert. In den abschließenden Kapiteln finden Interessierte umfassende Daten und Analysen beispielsweise in Bezug auf sachliche/personelle Ressourcen, Kosten, medizinische Prozeduren sowie das Leistungsspektrum unterschiedlicher Krankenhäuser. (as)

JÜRGEN KLAUBER, MAX GERAEDTS, JÖRG FRIEDRICH, JÜRGEN WASEM: Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2016, 521 Seiten, ISBN 978-3-7945-3154-7, 54,99 Euro

NINA HILDEBRANDT Die Nachwuchs-Führungskraft

Der Ratgeber mit hohem Praxisbezug gibt Tipps für den Berufsalltag und die Bewältigung von Stolpersteinen, die Führungskräften begegnen können. Anhand von über 20 Fallbeispielen werden typische Herausforderungen und Lösungswege aufgezeigt. Die 18 Trainer*innen und Coaches des Ratgebers waren selber als Führungskräfte tätig und geben daher auf Grundlage ihrer Erfahrungen nützliche Hinweise. Die Bandbreite der Themen reicht von Konfliktmanagement, dem Umgang mit Fehlern, Kommunikationsproblemen und Mitarbeiterverantwortung bis hin zur Entscheidungsfindung. Des Weiteren wird zur Vertiefung bestimmter Themen auf weiterführende Internetseiten verwiesen und angeboten, direkt mit den Autor*innen in Kontakt zu treten. Das Werk richtet sich an Nachwuchs-Führungskräfte, die vor neuen Herausforderungen stehen.

BERNHARD SIEGFRIED LAUKAMP (HRSG.): Die Nachwuchs-Führungskraft ihre Probleme ihre Lösungen. Jünger Medien Verlag, Offenbach, 2016, 205 Seiten, ISBN 978-3-7664-9940-0, 24,90 Euro

Führen. Einfach. Machen. Grundlagen der Mitarbeiterführung

Dieses Handbuch beschränkt sich auf das Wesentliche: erfolgreiches Führen, ohne dabei den Menschen als Individuum aus dem Blick zu verlieren. Komprimiert führt der Autor in das Thema ein und stellt die klassischen Führungsstile dar. Intensiver wird der Ansatz des situativen Führens verfolgt, der das Führungsverhalten abhängig vom jeweiligen Mitarbeiter*innen-Typ macht und damit erfolgreiche Führungspraxis verspricht. Auch die Themen Mitarbeiterentwicklung und Coaching werden dargestellt, bevor ein Ausblick auf den Bereich Mitarbeiterbindung das Buch beschließt. Jedes Kapitel ist mit Übungen, Praxistipps und kurzen Zusammenfassungen aufbereitet. Dieser kompakte Ratgeber richtet sich an Führungskräfte, die mit einfachen und klaren Strategien ihre Mitarbeiter*innen individuell fördern möchten. (sts)

THOMAS FRITZSCHE: Führen. Einfach. Machen. Grundlagen der Mitarbeiterführung. Hogrefe Verlag, Bern, 2017, 168 Seiten, ISBN 978-3-456-85723-7, 19,95 Euro

Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist seit seinen Anfängen im Wesentlichen präventiv ausgerichtet, das heißt auf die Überwachung und Kontrolle von Gesundheitsrisiken. Mit dem Präventionsgesetz ist daneben aber insbesondere die Gesundheitsförderung als Aufgabe für Akteur*innen auf Länder-, regionaler und kommunaler Ebene in den Fokus gerückt. In der Gesundheitsförderung gilt ein anderes Paradigma als in der Prävention: Sie möchte den Menschen zu mehr Selbstbestimmung in gesundheitlichen Belangen verhelfen. Welche Rolle kann der ÖGD dabei spielen? Der vorliegende Band blickt auf die Entwicklung des ÖGD sowie auf seine Potenziale und aktuellen Herausforderungen. Anhand von Praxisbeispielen erhalten Gesundheitsämter konkrete Anregungen für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in Kommunen und Landkreisen. Zugleich wollen die namhaften Autor*innen die gesundheitswissenschaftliche Diskussion um eine Wiederannäherung von ÖGD und Public Health befördern. (jst)

JOSEPH KUHN, MARTIN HEYN (HRSG.): Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Verlag Hans Huber, Bern, 2015, 191 Seiten, ISBN 978-3-456-85459-5, 39,95 Euro

Let's work together

Die Autorin widmet sich dem Prozess der Schulentwicklung und nimmt dabei die Lernschritte von Schüler*innen in den Blick. Hierzu wurden in den Jahren zwischen 2011 und 2015 zwei Pflegeschulen begleitet, mit dem Ziel, die Qualität und die Professionalisierung schulischer Prozesse zu fördern. Zu Beginn beschreibt Panke-Kochinke die ersten Schritte des empirischen Vorgehens, danach werden die Phasen der Entwicklung rekonstruiert und zusammengefasst. Bei den dargestellten Erhebungen stehen Fragen nach dem Schulklima und Indikatoren für Zufriedenheit ebenso im Mittelpunkt wie die Curriculumentwicklung und die Einrichtung eines Steuerkreises. (am)

BIRGIT PANKE-KOCHINKE (HRSG.): Let's work together. Schulentwicklung in der beruflichen Ausbildung an Pflegeschulen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2016, 103 Seiten, ISBN 978-3-86321-324-4, 24,95 Euro



EVA-MARIA TRABERT Krankenhausreport 2017

Das Buch befasst sich mit den künftigen Herausforderungen der Krankenhausfinanzierung und -versorgung, bietet Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung, beschäftigt sich mit der Notfallversorgung und deren Umgestaltung sowie der Personalsituation in deutschen Krankenhäusern. Des Weiteren liegt ein Fokus auf der Frage der qualitätsorientierten Zentralisierung von Leistungen in Hinblick auf das Thema Mindestmengen. Mit Blick auf die Zukunft beschreibt der Krankenhausreport die Krankenhauslandschaft im Jahr 2030, den Einsatz von Telemedizin und das zukünftige regionale Versorgungssystem. In der nachfolgenden Diskussion geht es um die optimale Klinikgröße und die Qualitätssicherung mit Routedaten. Ein umfangreicher Statistikeil und das Krankenhaus-Directory (Vergleich der Daten zu Fallpauschalen) schließen das Buch ab.

JÜRGEN KLAUBER, MAX GERAEDTS, JÖRG FRIEDRICH, JÜRGEN WASEM (HRSG.): Krankenhausreport 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2017, 471 Seiten, ISBN 978-3-7945-3229-2, 59,99 Euro



Alkoholabhängigkeit

Dieses Buch hat den Anspruch, ein praxisorientierter Leitfaden für die Behandlung von Patient*innen mit einer Alkoholabhängigkeit zu sein. Mit einer Prävalenz von 3,4 Prozent bei Männern und 1,2 Prozent bei Frauen ist die Alkoholabhängigkeit eine der relevantesten psychischen Erkrankungen – zumal die Zahlen durch die systematische Unterschätzung des eigenen Konsums vermutlich deutlich höher einzuschätzen sind. Lindenmeyer skizziert Störungsmodelle wie zum Beispiel das sozialkognitive oder das verhaltensökonomische Rückfallmodell. Diagnostik, Indikation und Behandlung werden unter psychotherapeutischen Aspekten diskutiert. Zudem beschreibt der Autor Strategien zum Umgang mit rückfälligen Patient*innen und den Einbezug von Angehörigen. Hilfreich für den beruflichen Alltag sind die Protokollbögen, das Risikotagebuch und die Expositionsübung im Anhang. (nf)

JOHANNES LINDENMEYER: Alkoholabhängigkeit. 3. überarbeitete Auflage. Hogrefe Verlag, 2016, 126 Seiten, ISBN 978-3-8017-2791-8, 19,95 Euro

Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderung haben das Recht, selbst über ihr Leben zu bestimmen – auch das Recht der sexuellen Selbstbestimmung. Dieses Buch thematisiert zunächst Einschränkungen sexueller Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung, bevor im Weiteren eine Befragung von Mitarbeitenden in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe zu den Arbeitsbedingungen der Fachkräfte sowie den sexuellen Verhaltensweisen der Bewohner*innen vorgestellt und diskutiert wird. Aus den Erkenntnissen heraus werden Handlungsoptionen abgeleitet, um Bedarfen und Bedürfnissen der Fachkräfte, der Bewohner*innen als auch der Organisation insgesamt gerecht zu werden. Bereits im Untertitel wird die Adressatengruppe des Buches bestimmt: Fachkräfte und Mitwirkende aus der Eingliederungshilfe. (pr)

BARBARA ORTLAND: Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Grundlagen und Konzepte für die Eingliederungshilfe. Kohlhammer, Stuttgart, 2016, 253 Seiten, ISBN 978-3-17-029314-4, 39,00 Euro

Praxishandbuch lebensphasenorientiertes Personalmanagement

Dieses Handbuch will mit dem Ansatz des lebensphasensensiblen Personalmanagements einen Weg aufzeigen, um die Heterogenität der Belegschaft für den Unternehmenserfolg nutzbar zu machen. Ein lebensphasensensibles Vorgehen bedeutet eine Orientierung an den Bedürfnissen der Mitarbeiter*innen in ihrer jeweiligen Lebenssituation, um die Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit zu fördern. Das Buch stellt die Konzepte und Instrumente zur Förderung der Lebensphasenorientierung vor, legt empirische Befunde hierzu dar und schließt mit Praxisbeispielen ab. In einer wohlthuenden Mischung aus wissenschaftlichen Belegen und praxisnahen Ansatzpunkten ist das Buch ein wichtiger Begleiter für alle, die sich mit Fragen eines modernen Personalmanagements auseinandersetzen. (nf)

ANJA GERLMAIER, KATRIN GÜL, ULRIKE HELLERT, TOBIAS KÄMPF, ERICH LATNIAK (HRSG.): Praxishandbuch lebensphasenorientiertes Personalmanagement. Fachkräftepotentiale in technischen Entwicklungsbereichen erschließen und fördern. Springer Gabler, 2016, 331 Seiten, ISBN 978-3-658-09197-2, 49,99 Euro

Papa Panda ist krank

In dem Kinderbuch wird das Thema Depression bei einem betroffenen Elternteil aufgegriffen. Diese Krankheit kann die Betroffenen in ihrem Denken, Fühlen und Verhalten stark verändern. Kinder mit einem depressiven Elternteil verstehen oft nicht, was mit ihrem Vater oder ihrer Mutter los ist. In dieser Geschichte lebt der junge Pandabär Paul mit seinen Eltern und seinem kleinen Bruder in den Bambuswäldern. Paul spielt gerne mit seinem Vater, aber in letzter Zeit hat der Vater zu gar nichts mehr Lust und die Eltern streiten sich jetzt oft. Paul hat Angst, dass das ungewöhnliche Verhalten seines Vaters seine Schuld sein könnte. Doch die Mutter kann ihm verständlich machen, dass sein Vater unter einer Depression leidet und Paul nichts falsch gemacht hat. Die Autorin erklärt mit einfachen Worten, was eine Depression bewirkt und wie sie behandelt werden kann. Mit Hilfe des Buches kann insbesondere die Angst von betroffenen Kindern, Schuld am Verhalten der Eltern zu sein, aufgegriffen werden. (am)

ANNE SÜDBECK (HRSG.): Papa Panda ist krank. Ein Bilderbuch für Kinder mit depressivem Elternteil. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2016, 69 Seiten, ISBN 978-3-86321-296-4, 19,95 Euro

Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung

Coolout? Dieser Begriff erscheint unbekannt, doch das Buch von Kersting zeigt schnell auf, was gemeint ist: die Metapher der »bürgerlichen Kälte« als eine Strategie von Pflegekräften und -auszubildenden, den Widerspruch zwischen Patientenorientierung und Ökonomie auszuhalten – sie machen sich kalt. In den Reaktionsmustern sind verschiedene Schritte zu beobachten: vom naiven Zugang über die praktische Hinnahme, die praktische Negation und die Einsicht in die Kälte. Diesen Prozess bezeichnet Kersting als Kälteellipse. Es werden die bestehenden Coolout-Studien und Folgeuntersuchungen zu Praxisanleiter*innen und Pflegepädagog*innen zusammengefasst und strukturiert. (nf)

KARIN KERSTING: Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung. Mabuse-Verlag, 2016, 301 Seiten, ISBN 978-3-86321-285-8, 39,95 Euro

Das Pflege-Stärkungsgesetz 1

Das Pflege-Stärkungsgesetz 1 (PSG 1) stellt einen Zwischenschritt auf dem Weg zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff dar. Für Führungskräfte in ambulanten Pflegeeinrichtungen zeigt dieses Buch die Kernpunkte des Gesetzes auf: Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach §45b, Tagespflege als eigenständiger Partner, neue Bestimmungen für Wohngemeinschaften sowie Chancen der Verhinderungspflege. Mit der Kapitelgliederung »Was ist neu? Begründung – Kritik und Praxis – Gesetzestext« gibt Heiber einen strukturierten Überblick zu den Änderungen. Die Auswirkungen konzentriert er auf das Wesentliche, bringt Gesetzestexte über die Kommentierung in eine lesbare Form und liefert damit ein übersichtliches Gesamtbild über das PSG 1. (nf)

ANDREAS HEIBER: Das Pflege-Stärkungsgesetz 1. Was ist zu tun? – Chancen und Risiken. Reihe Recht Band 7. Vincentz Verlag, 2015, 123 Seiten, ISBN 978-3-86630-382-9, 34,00 Euro

Armut – Ursachen, Formen, Auswege

Was ist Armut? Kann man sie messen? Muss der Staat etwas gegen Armut unternehmen? Und wenn ja, was? Philipp Lepenies betrachtet das Thema Armut, indem er die wichtigsten Epochen, Ereignisse, Reaktionen und Konzepte, die zum aktuellen Verständnis von Armut beitragen können, darstellt. Diese Betrachtung beginnt in der Antike und endet in der aktuellen Debatte über den Armutsbegriff und die Messung von Armut. Im Fokus stehen dabei die Bewertung von Armut und politische Reaktionen im Laufe der Geschichte. Ein Großteil der Beschreibung bezieht sich dabei auf die Bewertung und den Umgang mit Armut in England bis ins 20. Jahrhundert. Lepenies plädiert für einen breiteren Begriff von Armut, der sich abhebt von der aus seiner Perspektive »oft absurden Messbarkeitsdebatte«. Das Buch ist für alle Interessierten geeignet, die sich mit dem komplexen Thema Armut in einem kompakten und angenehm lesbaren Format beschäftigen wollen. (tp)

PHILIPP LEPENIES: Armut – Ursachen, Formen, Auswege. C.H. Beck Verlag, München, 2017, 128 Seiten, ISBN 978-3-406-69813-2, 8,95 Euro

Grenzverschiebungen des Sexuellen

Die sexualwissenschaftliche Betrachtung von Grenzen sowie ihrer Definitionen stehen im Mittelpunkt dieses Herausgeberbandes, der aus Beiträgen des Nachwuchsnetzwerks Sexualforschung und Sexualtherapie (NEKST) im Rahmen der 24. wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung entwickelt wurde. Die Autor*innen befassen sich dabei sowohl mit physischen als auch metaphorischen Grenzen und ihren (Neu-)Festlegungen, schwerpunktmäßig in medizinischer, psychologischer und juristischer Hinsicht. Dabei werden aktuelle Erkenntnisse zu Präventions- und Prophylaxe-Maßnahmen bezogen auf sexuell übertragbare Infektionen (STI), Delinquenz wie etwa Gewaltdelikte und dysfunktionalen Verhaltensaspekten wie Hypersexualität ebenso diskutiert wie die Emanzipation von Trans*- und Intermenten. Der Band zeigt somit zahlreiche zukünftige Handlungsfelder der Sexualwissenschaft auf, die vor dem Hintergrund der wachsenden Diversität unserer Gesellschaft auch zunehmende Relevanz erfahren werden. (ms)

WIEBKE DRIEMEYER, BENJAMIN GEDROSE, ARMIN HOYER, LISA RUSTIGE (HRSG.): Grenzverschiebungen des Sexuellen. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2015, 257 Seiten, ISBN 978-3-8379-2483-1, 29,90 Euro

Qualitative Sozialforschung

Dieses Lehrbuch von Siegfried Lamnek und Claudia Krell gibt einen umfassenden Einblick in die qualitative Sozialforschung. Unter anderem stellen die Autor*innen unterschiedliche Methoden vor, wie zum Beispiel die Gruppendiskussion, die teilnehmende Beobachtung oder die biographische Methode, gehen aber auch auf Besonderheiten bei der Anwendung mit bestimmten Populationen ein, unter anderem ältere Menschen oder Minderheiten. Zusätzlich wird ein wichtiger Beitrag im Hinblick auf Globalisierung und Internationalisierung geboten: Wie kann mit Sprachvielfalt und eigenen limitierten Sprachkenntnissen in qualitativer Forschung umgegangen werden? (as)

SIEGFRIED LAMNEK, CLAUDIA KRELL: Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, 2016, 771 Seiten, ISBN 978-3-621-28269-7, 54,00 Euro

Resources for Suicide Prevention

Das Buch basiert auf den jährlich stattfindenden, internationalen TRIPLE i Konferenzen des Teilgebiets der Psychiatrie, das sich mit der Erforschung und Verhütung von Selbstmorden befasst (Suizidologie). Die Autor*innen stellen zunächst die bisherigen Forschungserkenntnisse des Fachgebietes dar. Anschließend werden effektive Interventionen zur Verhütung von Suiziden vorgestellt, wobei Interventionen für junge und ältere Menschen differenziert betrachtet werden. Darüber hinaus werden in diesem Buch die Hinterbliebenen von Menschen, die Suizid begangen haben, in den Blick genommen: Es wird ein Modell vorgestellt, das den Reintegrationsprozess der Hinterbliebenen beschreibt. Das Buch richtet sich an die Fachpraxis, Wissenschaftler*innen, Studierende und alle, die mit dem Thema in Berührung kommen. (bw)

DIEGO DE LEO, VITA POŠTUVAN (HRSG.): Resources for Suicide Prevention. Bridging Research and Practice. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2017, 155 Seiten, ISBN 978-0-88937-454-6, 29,95 Euro

Gerechte Gesundheit

In diesem Buch suchen die Autor*innen nach Wegen für eine gerechte Gesundheitsversorgung. Durch eine Sensibilisierung des Fachpersonals für die Verschiedenheiten im Gesundheitswesen und beispielsweise einen Fokus auf Fähigkeiten statt Defiziten könne mehr soziale Gerechtigkeit und darüber hinaus auch bessere therapeutische Ergebnisse und eine höhere Zufriedenheit der Klient*innen erreicht werden. Neben theoretischen Überlegungen geben empirische Betrachtungen einen interessanten Einblick, wie Individuen eigene Verschiedenheit im Gesundheitswesen empfinden. Auch die Gesundheitsorganisationen erzählen von dem Umgang mit Verschiedenheit aus ihrer Sicht. Anschließend wird das Thema der gerechten Gesundheitsversorgung auf konkrete Schritte für Gesundheitsorganisationen herunter gebrochen. (as)

DAGMAR DOMENIG, SANDRO CATTACIN: Gerechte Gesundheit. Grundlagen – Analysen – Management. Hogrefe Verlag, Bern, 2015, 208 Seiten, ISBN 978-3-456-85507-3, 39,95 Euro



Ethnisierung von Ungleichheit

Jan Skrobanek stellt in diesem Buch die Ergebnisse einer bundesweiten Studie unter Hauptschüler*innen vor. Hierbei geht er der Frage nach, welche Ursachen es für wahrgenommene Diskriminierung und Ethnisierung bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund gibt. Der Autor stellt zunächst ausgehend vom theoretischen und empirischen Forschungsstand das Übergangssystem in der Bundesrepublik dar, um im Anschluss das methodische Vorgehen und die Ergebnisse seiner quantitativen Studie zu präsentieren und zu diskutieren. In diesem Zuge setzt er sich kritisch mit der in der öffentlichen und wissenschaftlichen Debatte prominenten Hypothese auseinander, dass faktische Ungleichheiten im Prozess der sozialen, kulturellen und ökonomischen Integration ethnische Differenzierung beziehungsweise Selbstethnisierungsprozesse bei betroffenen Jugendlichen befördern. (sb)

JAN SKROBANEK: Ethnisierung von Ungleichheit – Disparitäten, Benachteiligungswahrnehmung und Selbstethnisierungsprozesse im Übergang Schule – Ausbildung. Verlag Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2015, 326 Seiten, ISBN 978-3-7799-2462-3, 34,95 Euro

Pflege-Report 2017

Der Pflege-Report 2017 – der dritte seiner Art aus dem wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) – nimmt die Pflegebedürftigen selbst in den Fokus: pflegerische, präventive und rehabilitative Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen als Ausgangspunkt für Versorgungsleistungen und -bedarfe spezifischer Untergruppen. In Teil I erarbeiten Expert*innen Themen wie den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff als Paradigmenwechsel, Sicherung und Koordination (zahn)ärztlicher Versorgung und die Frage, wieweit Evidenz bei der Frage nach Rehabilitationspotenzialen hilft. Teil II liefert Daten und Analysen zur Pflegebedürftigkeit in Deutschland. So finden sich in diesem Buch neben der umfassenden Sachlage zur Versorgung pflegebedürftiger Personen zahlreiche Lösungsansätze auf Fragen, denen wir uns als Gesellschaft, auch gesundheitspolitisch, stellen müssen. (nf)

KLAUS JACOBS, ADELHEID KUHLMEY, STEFAN GRESS, JÜRGEN KLAUBER, ANTJE SCHWINGER (HRSG.): Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2017, 325 Seiten, ISBN 978-3-7945-3244-5, 54,99 Euro

Time to Care

Das Buch ist ein Plädoyer für die sogenannten Softskills wie Empathie, Anteilnahme, Zuwendung, Humor, Achtung und Respekt bei medizinischem Fachpersonal. Gerade in einem Gesundheitswesen, in dem ständiger (Zeit-)Druck herrscht, machen kleine Gesten sowohl für die Patient*innen als auch das Personal den Unterschied. Zudem weist der Autor auf das Gleichgewicht zwischen Eigen- und Fremdfürsorge hin. Er appelliert an die Haltung der Leser*innen: Nur wer selbst mit sich achtsam umgeht, kann auch für andere sorgen. Der Autor liefert mit vielen Beispielen ganz konkrete Maßnahmen, die jede*r unabhängig vom medizinischen Beruf, der Hierarchieebene und von äußerlichen Zwängen ausprobieren kann. Dieses Buch ist für alle, die im Gesundheitswesen arbeiten, eine wertvolle Lektüre. (vvw)

ROBIN YOUNGSON: Time to Care. Wie Sie Ihre Patienten und Ihren Job lieben. Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2017, 320 Seiten, ISBN 978-3-86321-318-3, 24,95 Euro

Handbuch Grounded Theory

Claudia Equit und Christoph Hohage liefern ein hilfreiches Handbuch, das nicht nur für Ersteinsteiger*innen, sondern auch für kundige Forscher*innen geeignet ist. Unter anderem werden Themen wie die der Grounded Theory zugrundeliegende Epistemologie und methodologische Annahmen erläutert sowie Kodierprozesse demonstriert. Auch das Zusammenwirken der Methodologie mit anderen Forschungsprogrammen wird umfassend beschrieben. Im letzten Kapitel des Buches wird die Gestaltung der Forschungspraxis aufgezeigt und die Reichweite, Anforderungen und Vielseitigkeit des Ansatzes beschrieben, unter anderem im Hinblick auf computergestützte Erhebungs- und Auswertungsverfahren. (as)

CLAUDIA EQUIT, CHRISTOPH HOHAGE: Handbuch Grounded Theory. Von der Methodologie zur Forschungspraxis. Beltz Juventa, Weinheim, Basel, 2016, 511 Seiten, ISBN 978-3-7799-3296-3, 39,95 Euro

ANTONIA HALT

Public Health. Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung

Der erste Band der neu erschienenen »Kompaktreihe Gesundheitswissenschaften« gibt einen Überblick über das interdisziplinäre Fach Public Health. Nach einer anfänglichen Erläuterung der Grundlagen und geschichtlichen Hintergründe von Public Health geht die Autorin auf die vertretenen Disziplinen, Methoden und Handlungsfelder ein. Zudem werden exemplarisch nationale und internationale Programme sowie die zukünftigen Herausforderungen in diesem Themenfeld dargestellt. Das Buch spricht insbesondere Studierende des Gesundheitsbereiches an, um sie durch praxisbezogene Fragestellungen am Ende jedes Kapitels und angefügte Lösungen in der Prüfungsvorbereitung zu unterstützen. Auch für andere Interessierte liefert das Buch einen leicht verständlichen und kompakten Einstieg in die Wissenschaft Public Health. (ah)

LOTTE HABERMANN-HORSTMEIER: Public Health. Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle Studienfächer im Gesundheitsbereich. Hogrefe Verlag, Bern, 2016, 153 Seiten, ISBN 978-3-456-85706-0, 19,95 Euro

Termine LVG & AFS



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

Zwischen Lehre, Forschung und Qualifizierung

12.10.2017, Hannover

Die Gesundheit des akademischen Mittelbaus – wissenschaftliche Mitarbeiter*innen in Forschung und Lehre, Promovierende und Postdocs – steht im Mittelpunkt der Fachtagung des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen, der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft und der Hochschule Hannover, die von der Techniker Krankenkasse unterstützt wird. Zielgruppe der Fachtagung sind alle Interessierten. Besonders herzlich eingeladen sind die wissenschaftlich Beschäftigten.

Tagespflege in aller Munde!?

17.10.2017, Hannover

Mit dieser Veranstaltung möchten wir die Tagespflege genauer in den Blick nehmen: Wo steht sie, was leistet sie und was braucht es darüber hinaus, damit sie den Anforderungen in der Praxis gerecht werden kann? Zielgruppe der Tagung sind Mitarbeitende und Führungskräfte in Einrichtungen der Tagespflege sowie alle, die sich für das Thema interessieren.

Sexualität von Mädchen zwischen Mythos und Wirklichkeit Fachtagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

18.10.2017, Lüneburg

Wie leben Mädchen ihre Sexualität heute? Welchen Einfluss hat Sexismus auf die Sexualität von Mädchen? Wie prägend sind das Internet und die sozialen Medien in diesem Feld geworden? Welche Verantwortung haben Schulen und Jugendpflege? Die Tagung beschäftigt sich mit den Einflüssen von Sexismus auf die Sexualität von Mädchen und zeigt Handlungsoptionen und Handlungsnotwendigkeiten auf. Herzlich eingeladen sind alle Interessierten, besonders Mädchenarbeiterinnen sowie Fachkräfte aus dem Jugend- und Schulbereich.

Ist das Partizipation oder kann das weg? Anspruch und Wirklichkeit von Partizipation in der Gesundheitsförderung und Prävention

19.10.2017, Hannover

Partizipation wird bereits seit der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation als ein zentrales Prinzip der Gesundheitsförderung angesehen und gilt als Qualitätsmerkmal guter Praxis. Gemeinsam mit Expert*innen aus Forschung und Praxis soll unter anderem folgenden Fragestellungen nachgegangen werden: Welche Beteiligungsmöglichkeiten werden tatsächlich geschaffen? Wer partizipiert eigentlich, wann und wie? Ist eine »absolute« Partizipation wirklich umsetzbar? Wer bestimmt eigentlich, wer an was partizipieren soll?

Gesundheitsförderung in der Kita: 1-2-3 Gesund ... mit großen Schritten Kindergesundheit fördern

24.10.2017, Hannover

Der Grundstein für ein gesundes Leben im Erwachsenenalter wird bereits in der Kindheit gelegt. Somit haben Kindertageseinrichtungen als erste Bildungsinstitution einen wichtigen Einfluss. Doch was genau brauchen Kinder für ihre gesunde Entwicklung? Was können Erzieher*innen konkret in der Kita tun, damit Gesundheit zu einem wichtigen Thema in der Einrichtung und damit für die Kinder wird? Diese und weitere Fragen werden auf der Veranstaltung beleuchtet sowie mit Beispielen und Erfahrungen aus der Praxis angereichert. Zudem werden die neue Anlaufstelle zur Gesundheitsförderung in der Kita in Niedersachsen, ihre Aufgaben und Schwerpunkte vorgestellt. Die Maßnahme ist ein Gemeinschaftsprojekt der LVG & AFS in Kooperation mit der BARMER Niedersachsen / Bremen.

10. Niedersächsischer Aktionstag für seelische Gesundheit

24.10.2017, Braunschweig

Die Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ) sind eines von acht prioritären Entwicklungsfeldern des Landespsychiatrieplans, der Anfang 2016 vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung vorgestellt wurde. Die Fachtagung des 10. Niedersächsischen Aktionstages für seelische Gesundheit befasst sich mit den Kernfunktionen, die ein GPZ ausmachen: niederschwellige Beratung und Betreuung, Peer-Beratung, aufsuchende Krisenhilfe und integrierte Hilfeplanung.

Prävention, Gesundheitsförderung und Pflege – Zusammen denken, was zusammen gehört

25.10.2017, Bremen

Das Zusammendenken von Prävention, Gesundheitsförderung und Pflege bietet die Möglichkeit, die gesundheitliche Situation und Lebensqualität im Alter zu verbessern sowie die Selbständigkeit zu fördern. Auf der fünften Bremer Regionalkonferenz der Veranstaltungsreihe »Gesund & aktiv älter werden« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Kooperation mit der LVG Bremen und der LVG & AFS sollen die neuen (gesetzlichen) Möglichkeiten, die sich durch die Pflegeförderungs-gesetze, aber auch durch das Präventionsgesetz ergeben, sowie Wege und Hindernisse bei der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege aufgezeigt und diskutiert werden.

Selbstbestimmte Patient*innen – Anspruch oder Wirklichkeit

27.10.2017, Hannover

Viele Menschen wünschen sich, selbstbestimmt Entscheidungen über ihre Gesundheit treffen zu können. Knapp die Hälfte der deutschen Bevölkerung hat Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen. Wir möchten diskutieren, welche Schritte notwendig sind, um Menschen darin zu befähigen, sich selbstbestimmt im Gesundheitssystem bewegen zu können.

Datenanalyse und Dateninterpretation – Schritt für Schritt

06.11.2017, Bremen

Im Rahmen dieses Workshops werden die Grundlagen der Datenanalyse, -interpretation und -präsentation vermittelt, um die Teilnehmer*innen dabei zu unterstützen, kleinere Evaluationsprojekte im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in Eigenregie durchzuführen.

Gesundheitsmanagement in berufsbildenden Schulen und Ausbildungsbetrieben

06.11.2017, Hannover

Wie kann ein Gesundheitsmanagement in berufsbildenden Schulen und Ausbildungsbetrieben den Rahmen bilden, um aktuellen Herausforderungen besser begegnen zu können? Wie können möglichst viele Beteiligte dabei profitieren? Was sind die aktuellen Themen, die bearbeitet werden sollten? Mit diesen Fragen wird sich die Tagung befassen. Zudem werden aktuelle Projekte und Beispiele guter Praxis vorgestellt.

Krank sein – darf ich das? Männer als Zielgruppen und Akteure in der gesundheitlichen Versorgung

07.11.2017, Hannover

Männer im jüngeren und mittleren Lebensalter sind in Einrichtungen des Gesundheitswesens seltener anzutreffen als Frauen. Die Fachtagung befasst sich mit hemmenden und fördernden Faktoren einer höheren Gesundheitskompetenz von Männern und dabei insbesondere mit Fragen adäquater Kommunikations- und Therapiekonzepte für Männer in Praxis und Krankenhaus. Facetten sind dabei die geschlechtergerechte Weiterentwicklung von Goldstandards und Leitlinien, die Implementierung von Erkenntnissen der Gender Medizin in die Regelversorgung und Health Literacy männlicher Patienten.

Niedersachsen Forum Alter und Zukunft: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Älterwerden im Quartier

08.11.2017, Hameln

Das diesjährige Niedersachsen Forum knüpft an den Siebten Altenbericht der Bundesregierung an. Im Rahmen der Veranstaltung wird aufgezeigt, welche Maßnahmen nötig sind, um ein selbstbestimmtes Älterwerden im Quartier zu ermöglichen.

18. SOPHIA Fachtagung

10.11.2017, Hannover

In Niedersachsen werden zunehmend Kinder und Jugendliche, die mit ihrer Familie oder als unbegleitete minderjährige Flüchtlinge zum Teil erst vor kurzer Zeit eingereist sind, eingeschult. Diese Veranstaltung für die im KJGD tätigen schulärztlichen Sozialpädagogen*innen und ihre Mitarbeiter*innen geht auf die anstehenden Herausforderungen bei den Untersuchungen, aber auch bei den Beratungen für die zuwandernden Kinder und Jugendlichen bzw. deren Familien und die zuständigen Schulen ein.

Kultursensible Medizin

17.11.2017, Hannover

In Deutschland leben derzeit mehr als 18 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Zahlreiche Barrieren können wir bei dem Thema Gesundheit identifizieren, die der selbstbestimmten Navigation von Migrant*innen in unserem sektorierten Gesundheitssystem im Wege stehen. Wir möchten gemeinsam fruchtbare Lösungsansätze zum sensiblen Umgang mit den Kultur- und Migrationskonflikten erarbeiten.

Gesundheitsregionen Niedersachsen

27.11.2017, Hannover

Wie lassen sich Gesundheitsregionen dauerhaft am Leben halten? – ist die Fragestellung, die sich durch die diesjährige Fachtagung der Gesundheitsregionen ziehen wird. Drei Jahre nach dem Start der Gesundheitsregionen mit vorangegangener Modellphase hat sich viel bewegt und entwickelt. Im Rahmen der Tagung möchten wir zur Diskussion anregen, was es vor Ort und auf politischer Ebene braucht, um die Gesundheitsregionen zukunftssicher aufzustellen.

Schulverpflegung in Bewegung. Essen bildet – Kultur, Genuss und Vergaberecht

28.11.2017, Hannover

Ganztagsschulen sind verpflichtet, eine Mittagsverpflegung anzubieten. Das stellt Schulträger, Schulleitungen, Caterer aber auch Schüler*innen sowie Eltern vor große Herausforderungen nicht nur bei der Essensausgabe, sondern auch bei der Vergabe und der Ausschreibung im Vorfeld. Die Fachtagung bietet Ansätze, Modelle, Handlungsempfehlungen und Tipps aus Theorie und Praxis der Bereiche Schnittstellenmanagement, Ernährungsbildung, interkulturelle Kompetenz sowie Vergaberecht und Ausschreibung. Sie ist eine Kooperationsveranstaltung der Vernetzungsstelle Schulverpflegung Niedersachsen, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung - Sektion Niedersachsen, der LVG & AFS, der Akademie des Sports im Landes-Sportbund Niedersachsen e. V., der Verbraucherzentrale Niedersachsen e. V. und dem Niedersächsischen Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz.

Preisverleihung »Niedersächsischer Gesundheitspreis«

28.11.2017, Hannover

Zum siebten Mal haben die Niedersächsischen Ministerien für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, sowie für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die Apothekerkammer Niedersachsen sowie die AOK Niedersachsen gemeinsam den »Niedersächsischen Gesundheitspreis« ausgeschrieben. Prämiert werden Preisträger*innen folgender Kategorien:

- » Durchs Netz gefallen und regional aufgefangen
- » Hilfen bündeln am Lebensende
- » Mobile Anwendungen – mHealth in der gesundheitlichen Versorgung

XXVII. Niedersächsische Suchtkonferenz Traumata und Sucht

29.11.2017, Hannover

Mindestens die Hälfte aller suchtmittelabhängigen Menschen hat im Laufe ihres Lebens Traumatisierungen unterschiedlichster Art erlebt. Sind Menschen suchtmittelabhängig, erleben sie häufig weitere Traumatisierungen. Die XXVII. Nds. Suchtkonferenz möchte für die Wechselwirkungen von Traumata und Sucht sensibilisieren und neue Perspektiven auf Prävention und Behandlung von Traumata und Sucht aufzeigen.

Genderspezifische Gesundheitsinformationen und -ansprache

30.11.2017, Hannover

Frauen und Männer unterscheiden sich in ihrem Gesundheitszustand und ihrem Gesundheitsverhalten und sie nutzen unterschiedliche Kommunikationswege, um sich über gesundheitsrelevante Fragen zu informieren. Wir möchten diskutieren, auf welchem Weg genderspezifische Aspekte in der Gesundheitsversorgung sowie in der Gesundheitsinformation und -ansprache umgesetzt werden können.

Schranken im Kopf? Freiräume neu denken.

Lösungen und Beispiele für den Außenraum in Kita und Schule

06.12.2017, Hannover

Die Außenräume in Kita und Schule werden in ihrer Bedeutung für das soziale Lernen, die motorische Entwicklung und als Räume für selbstgesteuertes Forschen und Handeln häufig unterschätzt. Diese Fachtagung geht der Frage nach, welche »Schranken im Kopf« die Umsetzung von guten Ideen in Kita und Schule einschränken und wie diese Schranken zu öffnen sind. Es geht konkret um Beispiele für zielführende Planung, Finanzierung und Umsetzung sowie um die Einbindung des Außenraums als Erfahrungs- und Lernraum für Kinder und Jugendliche.

Pflegende Angehörige – Depression – Prävention**13.12.2017, Hannover**

Pflege kann krankmachen: Überlastung, Erschöpfung, sozialer Rückzug – pflegende Angehörige riskieren ihre Gesundheit. Die BARMER fand bei einer Studie im Zusammenhang mit einem viertägigen Kompaktseminar für pflegende Angehörige heraus, dass rund 38 Prozent der Teilnehmenden unter einer klinisch relevanten Depression leiden. Insgesamt leidet etwa die Hälfte aller Pflegepersonen an psychischen Problemen – deutlich mehr als nicht-pflegende Menschen. Nach wie vor übernehmen mehr Frauen als Männer Arbeiten in der Häuslichen Pflege, doch der Anteil pflegender Männer steigt. Die Tagung möchte Wege aufzeigen, wie Angehörige besser auf sich achten können, um unbeschadet diese Zeit intensiver Belastung zu überstehen. Sie spricht interessierte Fachleute und pflegende Angehörigengruppen an und möchte politisch Verantwortliche sensibilisieren. Die Tagung wird von der AG Gender und Depression des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover in Kooperation mit der BARMER veranstaltet.

1. Jahrestagung: Schule und Gesundheit in Niedersachsen. Meine Gesundheit – Deine Gesundheit – Unsere Gesundheit**14.12.2017, Hannover**

Mit der Jahrestagung »Schule und Gesundheit in Niedersachsen« wird das komplexe Zusammenspiel von Gesundheit, Arbeit und Lernen im System Schule aufgegriffen. Im Fokus der diesjährigen Tagung steht das Thema Lehrer*innengesundheit. Es geht um die Fragen: Wie kann die Gesundheit der Lehrkräfte gestärkt werden? Wie können gegenseitige Unterstützungsmaßnahmen in der Schule aussehen? Und wie kann das gesamte System Schule für alle gesünder gestaltet werden?

VORSCHAU**Hinsehen und handeln****07.12.2017, Hannover****Suchtprävention als Führungsaufgabe »Wann schaue ich hin, wie spreche ich es an?«****25.01.2018, Hannover****Polymedikation****03.02.2018, Hannover****Mundgesundheit von Anfang an****10.02.2018, Hannover****Bad-practice in der Gesundheitsförderung****20.02.2018, Hannover****Präventionsketten Auftaktveranstaltung****07.03.2018, Hannover****Schwangerschaft – ein Risiko?****Vom selbstbewussten Erleben der Schwangerschaft in Zeiten umfangreicher vorgeburtlicher Diagnostik****11.04.2018, Hannover****FORTBILDUNGSPROGRAMM**

für Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung

Sexualität – (k)ein Thema in der Altenpflege?**16.10.2017, Hannover****AZUA – Aufbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (früher NBEA)****24.10.2017, Hannover****Tagespflege und PSG II – Wirtschaftliche und konzeptionelle Ausrichtung nach PSG II****25.10.2017, Hannover****»Ich hab da mal ne Frage« ... Basiskompetenzen für die Beratung****26.10.2017, Hannover****Mit allen Sinnen – Menschen mit fortgeschrittener Demenz einfühlsam begleiten****02.11.2017, Hannover****Beratungswissen 2018: Was muss man wissen zu SGB V, XI und XII für die praktische Beratung****09.11.2017, Hannover****Demenz bewegt! Bewegungsförderung und Erhalt der Mobilität bei Demenz****14.11.2017, Hannover****Gemeinsam statt einsam! Praxisnahe Formen der Fallarbeit****15.11.2017, Hannover****Männergerecht: Gedächtnistraining für den Hahn im Korb****16.11.2017, Hannover****Fortbildung von Ehrenamtlichen in Angeboten zur Unterstützung im Alltag****21.11.2017, Hannover****Pflegegradmanagement (PSG II) in der Praxis****27.11.2017, Hannover****Jetzt! AZUA Weiterentwicklung****29.11.2017, Hannover****Umgang mit den Expertenstandards****30.11.2017, Hannover****Raus aus dem Hamsterrad – Widerstandsfähig bei hoher Belastung****06.12.2017 + 07.12.2017, Hannover**

NIEDERSACHSEN

05.-06.10.2017 » Der Patient im Netz – Ethische Aspekte der digitalen Gesundheitskommunikation, Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG) an der Evangelischen Akademie Loccum, Tel.: (05 11) 1 24 14 96, E-Mail: zfg@evlka.de, Internet: www.zfg-hannover.de

16.10.2017 » Zahncreme auf Spaghetti – zum Umgang mit Demenz, Osnabrück, Kontakt: Hochschule Osnabrück, Prof. Dr. Elisabeth Leicht-Eckardt, Tel.: (05 41) 9 69 52 39, E-Mail: e.leicht-eckardt@hs-osnabrueck.de, Internet: www.hs-osnabrueck.de

16.10.2017 » 15. Wohnungspolitischer Kongress »Barrierefreies Wohnen für ALLE – Notwendigkeit oder Komfort?«, Hannover, Kontakt: NBank Hannover, Tel.: (05 11) 30 03 13 33, E-Mail: beratung@nbank.de, Internet: www.nbank.de

17.10.2017 » Reichtum. Macht. Armut. Wie viel Ungleichheit verträgt die Gesellschaft?, Hannover, Kontakt: LandesArmutskonferenz Niedersachsen, Klaus-Dieter Gleitze, Tel.: (05 11) 2 10 20 67, E-Mail: gleitzek@gmx.de, Internet: www.landesarmutskonferenz-niedersachsen.de

20.10.2017 » 15. Osnabrücker Gesundheitsforum »Bachelor am Bett: Chancen und Herausforderung«, Osnabrück, Kontakt: Hochschule Osnabrück, Marianne Moß, Tel.: (05 41) 9 69 22 21, E-Mail: m.moss@hs-osnabrueck.de, Internet: www.hs-osnabrueck.de

02.11.2017 » Neues Wohnen in alten Gebäuden, Osterode am Harz, Kontakt: NIEDERSACHSENBÜRO Neues Wohnen im Alter, Tel.: (05 11) 16 59 10 80, E-Mail: info@neues-wohnen.de, Internet: www.neues-wohnen.de

03.11.2017 » Demografischer Wandel und Digitalisierung der Gesellschaft, Suderburg, Kontakt: Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaft, Tel.: (0 58 20) 97 03 24, E-Mail: ueforum2017@ostfalia.de

07.11.2017 » 7. Aktionstag Demenz: Gewalt gegen alte Menschen – Gewalt von alten Menschen, Bad Zwischenahn, Kontakt: Karl-Jaspers-Klinik Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH, Tel.: (04 41) 9 61 50, E-Mail: info@kjk.de, Internet: www.karl-jaspers-klinik.de

20.-21.11.2017 » BaS-Jahrestagung, Osnabrück, Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e. V. (BaS), Tel.: (02 28) 61 40 74, E-Mail: bas@seniorenbueros.org, Internet: www.seniorenbueros.org

BUNDESWEIT

09.-11.10.2017 » DHS Fachkonferenz SUCHT »Sucht und andere Themen«, Essen, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Tel.: (0 23 81) 9 01 50, E-Mail: info@dhs.de, Internet: www.dhs.de

12.10.2017 » Selbstbestimmung, Sicherheit, Gerechtigkeit – Perspektiven einer Ethik für telemedizinische Anwendungen, Berlin, Kontakt: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., Tel.: (0 30) 8 56 11 23 20, E-Mail: info@gvg.org, Internet: www.gvg.org

13.-14.10.2017 » Kinder schützen, fördern, beteiligen. Was ist erreicht, was bleibt zu tun?, Berlin, Kontakt: Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e. V., Tel.: (0 30) 28 59 99 70, E-Mail: post@liga-kind.de, Internet: www.liga-kind.de

19.-20.10.2017 » Soziale Arbeit im Gesundheitswesen: Teilhabe sozial denken und gestalten, Kassel, Kontakt: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG), Tel.: (0 30) 3 94 06 45 40, E-Mail: info@dvsg.org, Internet: www.dvsg.org

26.10.2017 » Leben mit Demenz: Perspektiven für Betroffene, Familien und die Gesellschaft, Berlin, Kontakt: DAK-Gesundheit, Tel.: (0 40) 2 39 60, Internet: https://www.dak.de/dak/leistungen/berlin-pflegetag-2017-1897814.html

30.-31.10.2017 » 2. BISS-Jahrestagung: Sorgende Gemeinschaft – Perspektive für Sorgestrukturen in der schwulen Community, Köln, Kontakt: Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren (BISS e. V.), Tel.: (02 21) 92 59 96 26, E-Mail: biss@schwuleundalter.de, Internet: www.schwuleundalter.de/termine/2-biss-jahrestagung-in-koeln/

02.11.2017 » Gesundheitsförderung in der Kita »Das Beste aus 20 Jahren«, Bad Segeberg, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V., Tel.: (04 31) 9 42 94, E-Mail: gesundheit@lvfsh.de, Internet: www.lvfsh.de

04.11.2017 » 24. AKF-Jahrestagung 2017: »Wer's glaubt, wird selig«: Auswirkungen von Religionen, Kulturen und subjektiven Überzeugungen auf die Gesundheit von Frauen, Berlin, Kontakt: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V., Tel.: (0 30) 86 39 33 16, E-Mail: buero@akf-info.de, Internet: www.akf-info.de

06.11.2017 » BAGSO-Jahrestagung: Engagement für die Gesundheitsförderung älterer Menschen stärken, Dortmund, Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO), Tel.: (02 28) 2 49 99 30, E-Mail: kontakt@bagso.de, Internet: www.bagso.de

09.-10.11.2017 » PatInnen, MentorInnen und LotsInnen in der Unterstützung und Integration von geflüchteten Menschen: Wissenstransfer, fachlicher Austausch und Vernetzung, Berlin, Kontakt: BBE Geschäftsstelle gemeinnützige GmbH, Anne-Kathrin Lange, Tel.: (0 30) 62 98 01 07, E-Mail: anne-kathrin.lange@b-b-e.de, Internet: www.b-b-e.de

15.11.2017 » Genitalverstümmelung von Frauen – Mädchen und Frauen schützen! Weibliche Genitalverstümmelung gemeinsam überwinden, Bremen, Kontakt: pro familia Landesverband e. V., Laura Schweer, Tel.: (04 21) 3 40 60 30, E-Mail: laura.schweer@profamilia.de

16.11.2017 » Kinder als Akteure – Bildungsteilhabe und Partizipation in der Kita, Berlin, Kontakt: Deutsches Jugendinstitut e. V., Tel.: (0 89) 62 30 63 55, E-Mail: info@dji.de, Internet: www.dji.de

22.11.2017 » Prävention in der Pflege – Luxus oder Notwendigkeit?, Berlin, Kontakt: Kneipp-Bund e. V., Tel.: (0 30) 20 07 70 95, E-Mail: info@zukunft-praevention.de, Internet: www.zukunft-praevention.de

23.11.2017 » Familienzentren schaffen Lebensqualität an den Schnittstellen von Bildung, Gesundheit und sozialräumlichem Wohlbefinden, Magdeburg, Kontakt: Bundesverband der Familienzentren e. V., Tel.: (0 62 51) 70 05 26, Internet: www.bundesverband-familienzentren.de/fachtagung-2017/

23.-25.11.2017 » Gemeinsam bewegen! Kooperation. Partizipation. Inklusion, Hamburg, Kontakt: DGSP Geschäftsstelle, Tel.: (02 21) 51 10 02, E-Mail: dgsp@netcologne.de, Internet: www.dgsp-ev.de

24.-25.11.2017 » Sexuelle Gesundheit: Forschung zur Sexarbeit & STI-Forschung, Köln, Kontakt: Deutsche STI-Gesellschaft e. V., Tel.: (02 34) 5 09 89 23, E-Mail: info@dstig.de, Internet: www.dstig.de/kongresse/dstig-special-2017

28.11.2017 » Arm im Alter: Prävention in der Pflicht?, Berlin, Kontakt: Präventionsnetzwerk Finanzkompetenz e. V., Tel.: (0 30) 42 80 04 66, E-Mail: kw@pnfk.de, Internet: www.pnfk.de/altersarmut/

INTERNATIONAL

12.-13.10.2017 » 16. Europäischer Gesundheitskongress, München, Kontakt: WISO S.E. Consulting GmbH, Tel.: (0 89) 55 26 59 77, E-Mail: info@gesundheitskongress.de, Internet: www.gesundheitskongress.de

19.-21.10.2017 » Kongress Essstörungen 2017, Alpbach (Österreich), Kontakt: Netzwerk Essstörungen, Tel.: (00 43) 5 12 57 60 26, E-Mail: info@netzwerk-essstoerungen.at, Internet: www.netzwerk-essstoerungen.at

13.-17.11.2017 » Fourth Global Forum on Human Resources for Health, Dublin (Irland), Kontakt: World Health Organization, Sarah Brown, Tel.: (0 01) 61 32 41 57 85, E-Mail: sbrown@csih.org, Internet: www.hrhforum2017.de

16.11.2017 » Kinder in familiären Belastungssituationen, Biel (Schweiz), Kontakt: Koordinierungsstelle Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz, Tel.: (00 41) 3 13 50 04 04, E-Mail: info@npg-rsp.ch, Internet: www.npg-rsp.ch

22.-23.11.2017 » Swiss Public Health Conference, Basel (Schweiz), Kontakt: Organizers Schweiz GmbH, Tel.: (00 41) 6 18 36 98 78, E-Mail: conference@public-health.ch, www.public-health.ch

29.11.2017 » Gesundheit, aber klar! Gute Informationen, gute Gespräche – Werkzeug für mehr Gesundheitskompetenz, Linz (Österreich), Kontakt: Gesundheit Österreich GmbH, Tel.: (00 43) 1 51 56 10, E-Mail: oepgk@goeg.at