

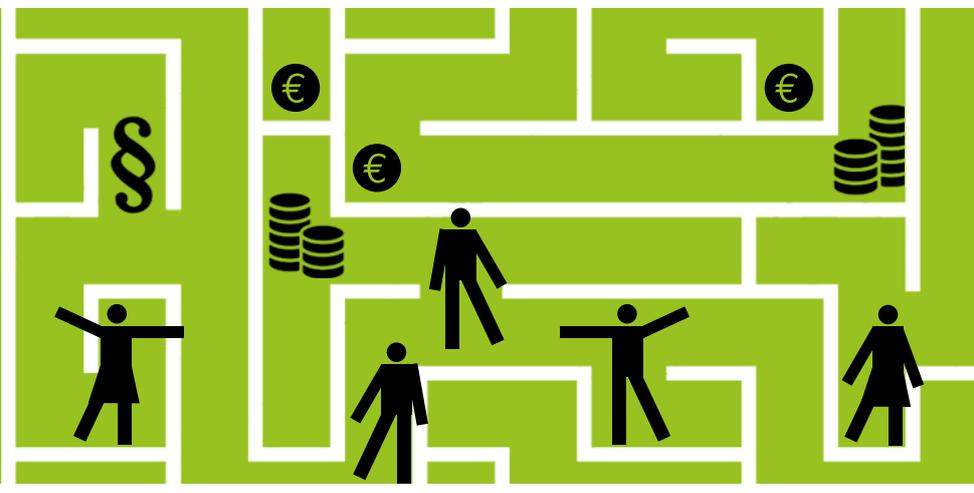
106 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

Blühende Landschaft oder Irrgarten?

5 Jahre Präventionsgesetz



EDITORIAL » Irre, wie die Zeit vergeht, fünf Jahre wird das Präventionsgesetz nun bereits umgesetzt. In diesen fünf Jahren ist viel passiert. Der Strukturaufbau auf Bundes- und Landesebene war sehr schnell abgeschlossen, jährlich fließen mehr als eine halbe Milliarde Euro in die Umsetzung des Gesetzes und 2019 wurde der erste nationale Präventionsbericht vorgelegt. Letzteren nehmen wir zum Anlass, eine kleine Zwischenbilanz zu ziehen. Wir haben wesentliche Akteur*innen gebeten, eine Einschätzung zum Stand der Umsetzung vorzunehmen und Entwicklungsbedarfe aufzuzeigen.

Es freut uns deshalb sehr, dass wir in diesem Heft, unter anderem die Perspektiven von Bundes- und Landesministerien, des GKV-Spitzenverbandes Bund und der kommunalen Spitzenverbände mit denen von Gesundheitswissenschaftler*innen und Akteur*innen aus wichtigen Umsetzungsfeldern des Gesetzes zusammenführen können. Der Grundtenor der Bewertungen fällt dabei positiv aus, auch wenn unterschiedliche Weiterentwicklungsbedarfe gesehen werden, zum Beispiel in der Wirksamkeitsmessung oder der stärkeren Ausrichtung auf Chancengerechtigkeit. Die Verhältnis- und sozialogenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung sind in Deutschland weiterhin ausbaufähig.

Diese Impulse-Ausgabe erscheint in sehr aufgeregten, pandemischen Zeiten. Die teilweise hysterischen Reaktionen auf das Coronavirus zeigen auch, dass Risikoeinschätzungen sehr heterogen ausfallen können und die Medien eher verliebt sind in Bedrohungs- und Katastrophenszenarien. Die Gesundheitskompetenz von Medien, der Bevölkerung und Politik ist also weiterhin ausbaufähig, möglicherweise ist das auch eine Herausforderung für die zukünftige Umsetzung des Präventionsgesetzes.

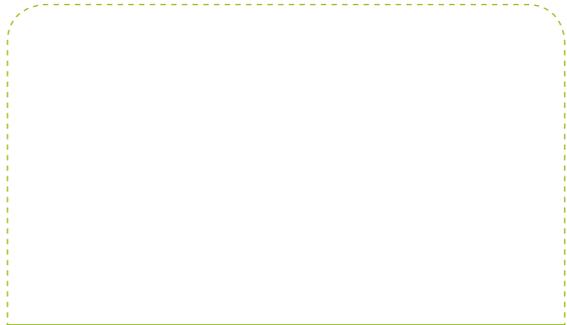
Die nächste Impulse-Ausgabe hat das Schwerpunktthema »Klima, Umwelt und Gesundheit« (Redaktionsschluss 15.04.2020). Die übernächste Ausgabe der Impulse wird das Schwerpunktthema »Im toten Winkel – vulnerable Gruppen in der Pflege« haben (Redaktionsschluss 12.07.2020). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit vielfältigen Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Blieben Sie gesund in diesen bewegten Zeiten!
Mit herzlichen Grüßen aus Hannover und Bremen!

Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

| | |
|--|----|
| Mehr Geld ≠ mehr Gesundheit | 02 |
| 5 Jahre Präventionsgesetz: Eine Zwischenbilanz des BMG | 03 |
| 5-jähriges Bestehen des Präventionsgesetzes aus Sicht des MS... .. | 04 |
| Inhalte und Methodik des ersten Präventionsberichts | 05 |
| Stand und Perspektiven laut GKV-Spitzenverband | 07 |
| 5 Jahre Präventionsgesetz: Sicht der Städte und Gemeinden | 08 |
| Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung | 09 |
| Zur Umsetzung des Präventionsgesetzes – aus der Wissenschaft .. | 10 |
| Evaluation Interventionen in Lebenswelten | 11 |
| Gesundheitsförderung und Prävention an Hochschulen | 12 |
| Erwerbslosigkeit und Gesundheitsförderung | 14 |
| Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege | 15 |
| Mut zum Lernen aus Flops! | 16 |
| Niedersächsischer Gesundheitspreis 2019 | 18 |
| Gesundheits-Apps und das Digitale-Versorgung-Gesetz | 18 |
| Gesundheit nach der Flucht | 20 |
| Das MDK-Reformgesetz | 21 |
| KOMBINE – Kommunale Bewegungsförderung | 22 |
| Gesundheitsförderung in Berufsbildenden Schulen | 23 |
| Digitale partizipative Evaluation in Jugendzentren | 23 |
| Bücher, Medien | 25 |
| Termine LVG & AFS | 29 |
| Termine | 32 |
| Impressum | 24 |





THOMAS ALTGELD

Mehr Geld in der Präventionslandschaft bedeutet nicht mehr Gesundheit für alle!

Der russische Wirtschaftswissenschaftler Kondratjew entwickelte in den 1920er Jahren eine Theorie der wellenförmigen Entwicklung der Wirtschaft, die nach ihm benannten Kondratjew-Zyklen. Ausgangspunkt für jeden neuen Zyklus ist ein Paradigmenwechsel und ein damit verbundener Innovations- und Investitionsboom, der volkswirtschaftlich gesehen zu einem Aufschwung führt und seine jeweilige Zeit umfassend prägt. Beispiele waren etwa die Erfindung der Dampfmaschine, der Petrochemie und der Informationstechnologie. Sein geistiger Nachfolger Neofidow hat 1996 das Gesundheitswesen als die neue Leitindustrie der Zukunft prophezeit und zwar nicht mit der Gesundheitsversorgung als klassischer Reparaturwerkstatt, sondern die »neue Gesundheitsindustrie« des 21. Jahrhunderts mit Entwicklungslinien wie beispielsweise Umweltschutz, Eigenmedikation und -behandlung, Wellness/Fitness oder betriebliches Gesundheitsmanagement.

Willkommen im sechsten Kondratjew-Zyklus

Was 1996 für die noch jungen Gesundheitswissenschaften völlig utopisch klang, ist nicht nur in Deutschland längst Realität geworden. In der Gesundheitsbranche arbeiten in Deutschland mehr Beschäftigte als in der Automobilindustrie, auch wenn sie nicht mal ansatzweise die politische Wertschätzung und Bevorteilung durch öffentliche Gelder erfährt, wie dieser rückwärtsgewandte Industriezweig des 4. Kondratjew-Zyklus. Die boomende Gesundheitsförderungs- und Präventionslandschaft und die sprießenden Investitionen in Digital Health sind hierzulande schon lange ein wichtiger Treiber dieser Gesamtentwicklung geworden.

Grund dafür sind auch neue gesetzliche Verpflichtungen wie das Präventionsgesetz. Das Gesamtausgabenvolumen der Kranken- und Pflegekassen für Prävention und Gesundheitsförderung in betrieblichen und nicht-betrieblichen Lebenswelten

sowie für die Individualprävention sah für 2016 einen Betrag von 474 Millionen Euro vor. 2018 lagen die Ausgaben bereits bei mehr als 544 Millionen Euro.

»Zuchtwahl« von besser gestellten Settings

Das Präventionsgesetz hat für einen zusätzlichen Ausgaben Schub gesorgt und damit die Reichweite für Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention erweitert. Gleichzeitig verhindert der nach wie vor bestehende Kassenwettbewerb ein wirklich integriertes Vorgehen. Kühn und Rosenbrock haben bereits 1994 für den Public Health-Sektor in den USA bitter festgestellt: »Es lassen sich Regelmäßigkeiten einer »Zuchtwahl« von Präventionskonzepten erkennen. Die soziale Umwelt selektiert und mutiert präventive Ideen, Ansätze und Konzepte in einer Weise, in der die Angepasstesten überleben«. Diese »Zuchtwahl« gab und gibt es auch in Deutschland, was beispielsweise bei der Auswahl von Lebenswelten deutlich wird. Da werden bei betrieblichen Lebenswelten eher Großbetriebe als Kleinbetriebe adressiert. In nicht-betrieblichen Lebenswelten stehen Bildungssettings, insbesondere Kitas und Grundschulen in besser gestellten Stadtteilen, höher im Kurs als andere kommunale Settings wie etwa die Obdachlosenhilfe; Hochschulen mehr als Integrationskurse und der ohnehin gut geförderte organisierte Sport eher als neue informelle Bewegungsinitiativen wie Parkour.

Das Gros der Maßnahmen und Projekte, nicht nur der gesetzlichen Krankenversicherung, erreicht nach wie vor insbesondere besser gestellte Bevölkerungsgruppen mit einem höheren Bildungsniveau. Erstens sind viele gesundheitsfördernde Angebote, beispielsweise aus dem Wellnessbereich, rein marktförmig organisiert, das heißt, sie setzen von vornherein auf Nutzer*innen, die sich diese Dienstleistungen finanziell leisten können. Zweitens sind viele Angebote durch den Angebotskontext oder ihre Struktur indirekt mittelschichtorientiert, etwa viele Maßnahmen der Individualprävention. Sie bauen häufig auf bereits vorhandenem Gesundheitsbewusstsein auf und werden in Bereichen angeboten, die besser gestellte Bevölkerungsgruppen eher erreichen, zum Beispiel in Volkshochschulen. Gruppen mit wesentlich schlechteren Ausgangslagen – aufgrund ihrer sozialen Lage, kulturellen Herkunft oder auch ihres Geschlechts – werden dagegen kaum angesprochen.

Bei einem zu großen Teilen identischen Leistungskatalog bietet der § 20 SGB V den Kassen zudem Möglichkeiten, sich hervorzuheben und potenziell neue Versicherte zu gewinnen. Die derzeit 105 gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland haben entsprechend ihre Programm- und Maßnahmenentwicklungen intensiviert und schaffen immer wieder neue kassenspezifische Angebote, welche die Settings, insbesondere Bildungseinrichtungen und Betriebe, förmlich überfluten.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist die einzige nennenswerte Initiative der gesetzlichen Krankenkassen mit dem erklärten Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gemeinsam voranzubringen. De facto werden darüber nur die Mittel gepoolt, die nach § 20a des SGB V für die vorgeschriebene Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aufgewendet werden müssen. Gegen genau diese Beauftragung hatte der GKV-Spitzenverband allerdings sofort geklagt. Die Klage wurde Mitte Januar 2020 erstinstanzlich endgültig abgewiesen.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit fokussiert im Rahmen der über die BZgA koordinierten Programme immerhin explizit auf

gesundheitliche Chancengleichheit mit vielversprechenden Projektansätzen und Strukturförderungen, zum Beispiel die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in allen Bundesländern, ein Strukturförderprogramm für über 200 benachteiligte Kommunen sowie das Projekt zur Verzahnung von Arbeitsmarkt- und Gesundheitsförderung in über 200 Jobcentern bundesweit.

Im letzteren Feld erhält die GKV nun allerdings noch gesetzlich verordnete Konkurrenz durch einen anderen Sozialversicherungsträger, der eigentlich ebenfalls Mitglied der Nationalen Präventionskonferenz ist. Kaum gibt das GKV-Bündnis für Gesundheit seit 2017 knapp 13 Millionen Euro jährlich für die Verzahnung von Arbeitsmarkt- und Gesundheitsförderung in Jobcentern aus, erhält auch die Rentenversicherung den Auftrag des Bundesgesetzgebers, gemäß § 11 SGB IX Modellvorhaben zur Erprobung von innovativen Leistungen und organisatorischen Maßnahmen zu fördern, die die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen besser erhalten beziehungsweise wiederherstellen sollen. Zur Umsetzung dieses Bundesprogramms »rehapro« stehen bis 2026 insgesamt rund eine Milliarde Euro zur Verfügung, also gut der zehnfache Betrag pro Jahr.

Eher Ziel- als Dialoggruppen

Ein regelrechter Wettbewerb sowohl in der Politik als auch bei den Sozialversicherungen existiert darüber hinaus um die Identifikation neuer sogenannter »vulnerabler Zielgruppen« – inklusive konjunktureller Spitzenreiter. Zurzeit sind das im Präventionsbereich die Kinder psychisch kranker oder suchtbelasteter Eltern. Der Bundestag hatte dazu im Juni 2017 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Beteiligung von drei zuständigen Bundesministerien beauftragt. Der im Dezember 2019 vorgelegte Abschlussbericht empfiehlt, »dass Krankenkassen ihre Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten oder psychisch belasteten Familien an deren spezifischen Bedarfen ausrichten (Familienorientierung)«.

Auch die Interventionslogiken haben sich trotz deutlich mehr Geld im System leider nicht grundlegend verändert. Es wird nach wie vor primär auf Wissensvermittlung gesetzt, ob nun über digitale oder analoge Kanäle. Auch wird immer noch eher auf Gruppen gezielt als mit ihnen der Dialog gesucht. In der Regel machen Politik und Gesundheitsforscher*innen die Gesundheitsprobleme von häufig bildungsfernen, sogenannten Zielgruppen aus. Schon der unausrottbare Fachterminus »Zielgruppe« macht die Asymmetrie im Agenda-Setting klar. Es geht zumeist nicht um die tatsächlich von Gruppen geäußerten Bedarfe, sondern um zugeschriebene, vermeintlich objektive Bedarfslagen aufgrund von ökonomischen oder gesundheitswissenschaftlichen Kriterien.

Je mehr aber immer wieder neue einzelne Gruppen in den Fokus geraten, desto klarer wird, dass eine Zielstellung für das Ganze fehlt. Für den Bereich des gesunden Aufwachsens ist längst bekannt, dass materielle Unterversorgungslagen zu einer erheblichen Einschränkung des kindlichen Wohlergehens führen. Das Wohlergehen aller Kinder wäre also die umfassendere Zielorientierung für kommunale Präventions- und Angebotsstrukturen, die nach wie vor von verschiedenen Sozialgesetzbüchern bestimmt und von sektoralen Zuständigkeiten sowie der Finanzkraft der jeweiligen Kommune vor Ort geprägt sind.

Das Richtige richtig tun

Der Kongress Armut und Gesundheit hätte dieses Jahr auf sein 25-jähriges Jubiläum zurückblicken können, wurde aber wegen der allgemein grassierenden Coronavirushysterie leider kurzfristig abgesagt. Er hat sich laut Eigenwerbung zur »größten regelmäßig stattfindenden Public Health-Veranstaltung in Deutschland« entwickelt. Mehr als 2.000 Teilnehmende diskutieren Jahr für Jahr Strategien und Herausforderungen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, ohne dass sich irgendetwas Entscheidendes in diesem Zeitraum zum Besseren gewandelt hat. Im Gegenteil, die Einkommensverhältnisse zwischen Arm und Reich driften weiter auseinander, die Leistungskataloge der gesetzlichen Sozialversicherungen wurden systematisch ausgedünnt und Kinder sind für armutsnahe Familien nach wie vor ein großes Armutsrisiko. Aber es gibt geradezu exponentiell mehr neue Berufsgruppen und mehr Beschäftigungsverhältnisse, die sich um die Linderung der Gesundheitsfolgen von Armut kümmern. Ist dies alles ein Erfolg oder nur ein Feigenblatt für neoliberale Verhältnisse? Was nützt es politisch, wenn nie eine nennenswerte und hörbare Public-Health-Stimme nach außen erhoben wird, um über gerechtere Verteilung des ungeheuren Wohlstandes in diesem Land die größten Gesundheitserfolge überhaupt erzielen zu können?

Das kleinteilige Denken ist Mainstream in der aktuellen Präventionslandschaft. Doch aus vielen Einzelprogrammen für ausgesuchte sogenannte Zielgruppen ergibt sich kein Gesundheitsnutzen für die ganze Bevölkerung und erst recht keine »gesunde Gesellschaft«. Deshalb muss eine völlig zersplitterte und damit intransparente Präventionsindustrie davon wegkommen, alles in Einzelthemen und kleinteiligen Zielgruppenvorstellungen zu organisieren. Es fehlt mehr Denken in sozialen Räumen und vor allem eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, also Health in All Policies.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum

MARIA BECKER

Fünf Jahre Präventionsgesetz – Eine Zwischenbilanz

Gesundheitsförderung und primäre Prävention gewinnen in einer alternden Gesellschaft an Bedeutung, da sie die Lebensqualität der Menschen verbessern und damit auch im Alter länger ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Zudem leisten Gesundheitsförderung und primäre Prävention einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, was in Zeiten des Fachkräftemangels von besonderer Bedeutung ist. Und schließlich steigern gesundheitsförderliche Lebensbedingungen, wie zum Beispiel Grün- und Parkanlagen, Radwege, barrierefreie Gehwege und öffentliche Plätze die Attraktivität einer Kommune. Damit diese übergeordneten Ziele erreicht werden können, bedarf es der Zusammenarbeit vieler Akteure. Das zum 18. Juli 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz gibt einen Rahmen für die Kooperation der verschiedenen Stakeholder auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene und die Koordination von deren Leistungen vor. Mit der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) und der gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie ist eine Struktur für eine dauerhafte, verbindliche und zielorientierte Kooperation der Sozialversiche-

Träger und der weiteren Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene geschaffen worden. Darüber hinaus wird mit dem Lebensweltansatz ein Anreiz für nachhaltige gesundheitsförderliche Strukturen in den Lebenswelten der Menschen, insbesondere in der Kommune, im Betrieb, in der Kita, in der Schule und im Pflegeheim gesetzt.

Der im vergangenen Jahr von der NPK erstmals vorgelegte Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland verdeutlicht, dass in Verfolgung dieser Ziele die Sozialversicherungsträger und die Unternehmen der privaten Krankenversicherung übergreifend zusammenarbeiten. Die Bundesrahmenempfehlungen beschreiben erstmals ein trägerübergreifendes Arbeitsverständnis, das neben der Gesundheitsförderung und Prävention auch die Förderung der Sicherheit und Teilhabe umfasst. Darüber hinaus verweisen sie auf die Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie und unterstützen damit das Ziel der engeren Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Arbeitsschutzbehörden und den Unfallversicherungsträgern.

Diese Strukturen gilt es nun zu verstetigen und da, wo es angezeigt ist, weiterzuentwickeln. Das Bundesministerium für Gesundheit begrüßt die Absicht der NPK, bei der Weiterentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen thematische Schwerpunkte zu setzen. Aber es stellt sich auch die Frage, ob der Kreis der stimmberechtigten Mitglieder in der NPK erweitert werden sollte oder wie die Arbeit des Präventionsforums noch zielgerichteter und die Empfehlungen verbindlicher gestaltet werden können.

Dem Lebensweltansatz mehr Geltung verschaffen

Auch wenn die Krankenkassen für ihre Leistungen zur Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Menschen erheblich mehr Mittel aufgebracht haben als noch vor fünf Jahren, gibt es noch einiges zu tun, um dem Lebensweltansatz noch mehr Geltung zu verschaffen. Zu überlegen ist, ob eine krankenkassen- sowie sozialversicherungsträgerübergreifende Kooperation noch stringenter in den Bundesrahmenempfehlungen und den Landesrahmenvereinbarungen abgebildet werden kann. Zudem müssten in den Ländern sowohl bei den Landesrahmenvereinbarungen als auch darunter Entscheidungsstrukturen geschaffen werden, die alle relevanten Lebensweltverantwortlichen, allen voran die Kommunen, einbeziehen. Die in den Ländern auf freiwilliger Basis etablierten gemeinsamen Geschäfts- und Anlaufstellen für antragstellende Lebensweltverantwortliche sind schon ein wesentlicher Schritt in diese Richtung.

Auch das vom GKV-Bündnis für Gesundheit mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf den Weg gebrachte Förderprogramm zur Stärkung der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung leistet einen wesentlichen Beitrag zum Aufbau funktionierender gesundheitsförderlicher Kooperations- und Koordinationsstrukturen in den Kommunen. Mit einer zweiten Förderwelle werden zudem zielgruppenspezifische Projekte zur Gesundheitsförderung von vulnerablen Personengruppen unterstützt. Noch reagieren viele Kommunen auf diese Angebote mit Zurückhaltung und es bleibt zu hoffen, dass auch finanzschwache Kommunen den Nutzen des Aufbaus gesundheitsförderlicher Kooperations- und Koordinationsstrukturen erkennen und in der Lage sind, das Angebot anzunehmen.

Optimierungsbedarf besteht ferner in der Lebenswelt Betrieb. Die Beratung und Unterstützung von betrieblicher Gesundheits-

förderung ist noch zu wenig ein sozialversicherungsträgerübergreifendes Thema. Dabei würde sich zum Beispiel im Betrieb »Pflegeeinrichtung« eine Zusammenarbeit von Unfall-, Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung bei der Gesundheitsbildung und dem Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen zugunsten von Pflegekräften und Pflegebedürftigen anbieten. Für viele klein- und mittelständische Betriebe (KMU), aber vor allem für Kleinstunternehmen (KKU), steht betriebliche Gesundheitsförderung nicht im Fokus. Hier gilt es, die Betriebsinhaber*innen niedrigschwellig zu erreichen und zu informieren. Die regionalen Koordinierungsstellen sind ein erster unbürokratischer Schritt in diese Richtung. Sie sind aber von einer Holschuld der Betriebe auf eine Bringschuld der Sozialversicherungsträger auszurichten und es ist zu überlegen, wie gegebenenfalls in Kooperation mit größeren Einheiten, zum Beispiel Kommune oder Betrieb, Angebote geschaffen werden können.

Ausblick

Das Präventionsgesetz hat vieles in Bewegung gebracht. Aber Gesundheit wird nicht nur durch Entscheidungen im Gesundheitssystem und durch die Akteure des Gesundheitssystems beeinflusst. Erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention benötigt ein Zusammenwirken des Gesundheitssystems mit vielen anderen relevanten Stellen, zum Beispiel der Bildung und Erziehung, Arbeit, Umwelt, Städtebau und Sport. Auf der Grundlage der Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes und des Berichts der NPK wird die Bundesregierung im Frühjahr 2020 eine Stellungnahme an die parlamentarischen Gremien vorlegen und diese mit Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention verbinden.

Literatur bei der Verfasserin

MINISTERIALDIRIGENTIN MARIA BECKER, Bundesministerium für Gesundheit, Leiterin der Unterabteilung Prävention, E-Mail: Maria.Becker@bmg.bund.de

CAROLA REIMANN

Fünffähriges Bestehen des Präventionsgesetzes

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention – kurz gesagt das Präventionsgesetz – ist in seinen Grundzügen im Juli 2015 in Kraft getreten. Nach fünf Jahren ist es an der Zeit, zu prüfen, ob das Gesetz die Erwartungen, mit denen es seinerzeit auf den Weg gebracht wurde, erfüllt hat.

Vorbeugen ist besser als Heilen

Ein großer Erfolg dieses Gesetzes ist, dass der Gedanke der Gesundheitsförderung und Prävention einen weitaus größeren Stellenwert erhalten hat. Präventionsangebote verbessern zunächst einmal die Lebensqualität, aber sie tragen auch dazu bei, dass Behandlungskosten und somit erhebliche Mittel in unseren sozialen Sicherungssystemen eingespart werden können. Heute geht es auf Basis einer gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie in den sogenannten Lebenswelten darum, Prävention ganzheitlich zu denken.

Ein weiterer Erfolg liegt in der verbesserten Zusammenarbeit der Akteure im Präventionsbereich. In der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) legen die Sozialversicherungsträger ge-



meinsam mit Bund, Ländern und Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit, Interessenvertretungen der Patient*innen sowie der Sozialpartner Ziele fest und verständigen sich auf ein gemeinsames Vorgehen.

Zum 1. Juli 2019 wurde von der NPK erstmals ein Präventionsbericht erstellt, der das aktuelle Geschehen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention gut widerspiegelt. Er beschreibt die Leistungen aller beteiligten Institutionen. Demnach wurden im Jahr 2017 über 1,8 Milliarden Euro in die Gesundheitsförderung und Prävention investiert. Fünf Jahre vorher waren es nur etwa 1,27 Milliarden Euro. Diese Steigerung macht deutlich, welch hohen Stellenwert Gesundheitsförderung und Prävention mittlerweile im Gesundheitswesen haben.

Präventionsgesetz in Niedersachsen

Das Engagement des Landes geht über die Mitwirkung in den gesetzlich vorgegebenen und auf Landesebene geschaffenen Gremien weit hinaus. Das Land fördert unterschiedliche Einrichtungen, die sich explizit den Themen Gesundheitsförderung und Prävention widmen, wie beispielsweise die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS), die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege und die Niedersächsische Krebsgesellschaft. Neben der Arbeit der LVG & AFS ist hier insbesondere auch die Arbeit der Koordinierungsstellen gesundheitliche Chancengleichheit des gleichnamigen Kooperationsverbundes zu nennen, die vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung gefördert werden. Diese fungieren als Kontakt- und Koordinierungsstellen für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf Landesebene und vernetzen die Akteure aus dem Gesundheitswesen und anderen gesundheitsrelevanten Handlungsfeldern. Niedersachsen hatte bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes den Vorteil, dass diese Einrichtungen bereits existierten und erfolgreich arbeiteten.

Gesundheitliche Ungleichheiten abbauen

Man kann darüber diskutieren, ob das Gesetz weit genug geht – insbesondere für eine Stärkung von gesundheitlicher Chancengleichheit. So belegen Studien, darunter Daten des Robert Koch-Instituts (RKI), dass Menschen niedrigerer Einkommensgruppen ein höheres Risiko für bestimmte Erkrankungen sowie häufigere Gesundheitsbeschwerden und ein stärkeres Aufkom-

men bestimmter Risikofaktoren haben. Die Studie des RKI zum Thema »Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen« zeigt, dass arme Kinder nicht nur eine größere Anfälligkeit für Krankheiten aufweisen, sie ernähren sich auch häufig ungesünder. Darüber hinaus wirkt sich Armut leider auch auf die seelische Gesundheit aus, denn Kinder aus armen Familien leben häufiger sozial isoliert. In einem reichen Land wie Deutschland dürfte die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eigentlich nicht von der Herkunft oder von dem Einkommen der Eltern abhängig sein. Und doch sagen die Zahlen etwas anderes. Daher ist es unser Ziel, die zuständigen Institutionen noch stärker für dieses Thema zu sensibilisieren und diesem Trend gemeinsam mit allen Verantwortlichen gegenzusteuern. Hier setzt auch das fünfte Sozialgesetzbuch an. Denn es sieht vor, dass die Leistungen zur Gesundheitsförderung und primären Prävention auch »zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen« beitragen sollen.

Persönliche Einschätzung

Aus meiner Sicht sind wir fünf Jahre nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes in Niedersachsen sehr gut aufgestellt. Ich bin optimistisch, dass wir mit allen Beteiligten weiter wirkungsvoll daran arbeiten werden, soziale und geschlechtsbezogene Ungleichheiten zu verringern, Verbesserungen umzusetzen und so gute gesunde Lebensbedingungen zu schaffen. Trotz vieler bereits erreichter Verbesserungen in der Gesundheitsförderung und Prävention ist das Gesetz aus meiner Sicht nur einer von vielen notwendigen Schritten. Um die enormen Potenziale der Prävention tatsächlich und gesamtgesellschaftlich zur Wirkung zu bringen, bedarf es weiterer Anstrengung aller Akteure, landes- wie bundesweit. Hierfür setze ich mich auch auf Bundesebene ein, damit Gesundheit in Zukunft keine Frage von Einkommen und Herkunft ist!

Literatur bei der Verfasserin

DR. CAROLA REIMANN, Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

FRIEDERIKE A. HAASS, SUSANNE HILDEBRANDT,
HANS-DIETER NOLTING

Inhalte und Methodik des ersten Präventionsberichts der Nationalen Präventionskonferenz

Das Präventionsgesetz von 2015 verpflichtet die Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) zusammenzuarbeiten und eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie zu entwickeln, umzusetzen und fortzuschreiben (§ 20d und e SGB V). Dazu sollen sie insbesondere Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention vereinbaren und alle vier Jahre einen Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention erstellen.

Im Juni 2019 hat die NPK zum ersten Mal ihren Präventionsbericht veröffentlicht und an das Bundesministerium für Gesundheit übergeben (www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht).



Die Gesetzesbegründung zu § 20d SGB V beschreibt die Ziele des NPK-Präventionsberichts als »Dokumentation, Erfolgskontrolle und Evaluation« und sieht ihn als »Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele«. Für den ersten NPK-Präventionsbericht setzte sich die NPK zum Ziel, eine Bestandsaufnahme der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie durchzuführen.

Inhalte des ersten NPK-Präventionsberichts

Die im NPK-Präventionsbericht abzubildenden Inhalte werden relativ genau durch § 20d Absatz 4 SGB V vorgegeben. Für ihren ersten Präventionsbericht entschied sich die NPK, die geforderten Inhalte in Anlehnung an den gesundheitspolitischen Aktionszyklus – Analyse, Planung, Umsetzung, Evaluation – zu strukturieren.

An das Einleitungskapitel schließen sich drei die Analyse beziehungsweise Planung betreffende Kapitel an: ein Überblick über die Akteurslandschaft, Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder sowie der Wissensstand zu Wirksamkeit und Nutzen. Die Kapitel 5 bis 8 befassen sich mit der Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie. In Kapitel 5 werden die im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen durchgeführten Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention beschrieben. Kapitel 6 widmet sich den Inhalten der Landesrahmenvereinbarungen und den Einschätzungen der Akteure zu deren Umsetzung. Die gesetzlich explizit geforderten Ergebnisse zu den Erfahrungen mit der Zusammenarbeit sowie der Qualitätssicherung und Evaluation werden in Kapitel 7 behandelt. Dieses Kapitel beschreibt auch Erfahrungen mit dem Präventionsgesetz, welche in den anderen Kapiteln noch nicht thematisiert wurden. In einem weiteren die Umsetzung betreffenden Kapitel werden die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt.

Das letzte Kapitel des ersten NPK-Präventionsberichts bewertet die bisherigen Erfahrungen mit dem Präventionsgesetz und zeigt mögliche Weiterentwicklungen auf. Insbesondere geht es um die Weiterentwicklung der gemeinsamen Ziele, der Leistungen, der Kooperation und Koordination sowie der Qua-

litätssicherung und Evaluation. Auch die Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen sowie Gestaltungsmöglichkeiten für den zweiten NPK-Präventionsbericht werden diskutiert. Abschließend hält der erste NPK-Präventionsbericht fest, dass Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind und nur »im Schulterschluss aller auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene verantwortlichen Akteure im Sinne von »Gesundheit in allen Politikfeldern« erzielt werden können.

Erfahrungen mit der Methodik

Ziel des ersten Präventionsberichts der NPK war es, wie oben erwähnt, eine Bestandsaufnahme des bis 2017 erreichten Strukturaufbaus und der Umsetzung der Präventionsstrategie in der Fläche zu leisten. Daher war die Möglichkeit einer breiten Beteiligung der Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention eine grundlegende Bedingung an das methodische Vorgehen.

Die gewünschte breite Beteiligung spiegelt sich in der Wahl der Quellen für den Bericht wider: Zum einen stützt er sich auf Textbeiträge, die von mehreren Beteiligten erstellt wurden – zum Beispiel von der Geschäftsstelle der NPK (Überblick über die Akteurslandschaft), dem Robert Koch-Institut (Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung) oder der Initiative Gesundheit und Arbeit gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund (Wissensstand zu Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention); die Bundesländer haben jeweils ihre landesspezifischen Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung beigetragen. Zum anderen stützt sich der Bericht auf empirische Ergebnisse, die durch für die Zwecke des NPK-Präventionsberichts konzipierte Erhebungen gewonnen wurden: Interviews, aus denen Fallbeispiele entwickelt wurden, sowie eine Online-Erhebung.

Auch das Vorgehen beim Erstellen des Berichts gab einer Vielzahl von Akteuren die Möglichkeit, sich einzubringen. Hierfür wurde zum einen die existierende Struktur der NPK genutzt, in der – neben den Sozialversicherungsträgern und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Bund, Länder, Kommunen, Bundesagentur für Arbeit, Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, das Präventionsforum sowie die Interessenvertretungen der Patienten vertreten sind. Zum anderen wurde ein wissenschaftlicher Beirat einberufen. Die Mitglieder der NPK entwickelten gemeinsam das Konzept für den ersten Präventionsbericht der NPK und diskutierten die Details der Umsetzung des Berichtskonzepts. Auch der Beirat war an der Entwicklung des Konzepts und der Planung der Umsetzung beteiligt. Nach Aufbereitung der Ergebnisse aus der Online-Erhebung tagten die NPK-Mitglieder und der Beirat, um die Interpretation der Ergebnisse und die resultierenden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Präventionsstrategie zu erörtern. Schließlich kamen die beiden Gremien zusammen, um den Berichtsentwurf zu diskutieren. Im Anschluss an diese Sitzungen konnten die Teilnehmenden schriftliche Rückmeldungen zu dem Bericht einreichen.

Im Rückblick hat sich die Wahl der Methodik für den ersten NPK-Präventionsbericht bewährt. Zwar musste sich der erste Bericht primär auf retrospektive Daten und deskriptive Analysen beschränken, weshalb die Ergebnisse gewissen Limitationen unterliegen (siehe Kapitel 1.3 des Berichts). Die vorhandenen methodischen Möglichkeiten wurden jedoch zielführend genutzt, um die angestrebte Bestandsaufnahme umzusetzen.



Positiv zu bewerten ist insbesondere die gelungene Einbeziehung einer Vielzahl von Akteuren. Die Diskussionen der NPK-Mitglieder haben den Bericht bereichert und den Austausch zu Themen ermöglicht, die über den Bericht hinausgehen und für die weitere Zusammenarbeit in der NPK sowie den Erfolg der Präventionsstrategie wichtig sind.

Schlussfolgerungen

Mit dem ersten Präventionsbericht der NPK ist es aus unserer Sicht gelungen, den bisher erreichten Stand der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aus einer bundesweiten Perspektive darzulegen. Somit liegt eine gute Grundlage vor, die nationale Präventionsstrategie weiter umzusetzen und fortzuschreiben.

Literatur bei den Verfasser*innen

DR. FRIEDERIKE A. HAASS, SUSANNE HILDEBRANDT, HANS-DIETER NOLTING,
IGES Institut, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin,
E-Mail: studien@iges.com, Internet: www.iges.com

JENS HUPFELD

Nationale Präventionsstrategie Stand der Umsetzung und Perspektiven aus Sicht des GKV-Spitzenverbands

Am 25. Juni 2019 hat die Nationale Präventionskonferenz (NPK) dem Bundesministerium für Gesundheit ihren ersten Präventionsbericht und damit eine erste Bestandsaufnahme zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie übermittelt. Die Bestandsaufnahme zeigt, dass seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes vieles auf den Weg gebracht wurde, um Gesundheitsförderung und Prävention zielgerichtet weiterzuentwickeln; gleichzeitig offenbart sie Handlungsbedarfe.

Was wurde bisher erreicht?

Mit der NPK existiert seit 2015 eine Kooperationsstruktur, die das Potenzial bietet, die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in gesamtgesellschaftliche Bahnen zu lenken. In der NPK arbeiten alle Sozialversicherungsträger verbindlich und zielorientiert zusammen,

die private Kranken- und Pflegeversicherung wirkt seit 2017 stimmberechtigt mit. Durch die beratende Beteiligung von Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit, der Sozialpartner und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung ist die Mitwirkung weiterer maßgeblicher Akteure gewährleistet. Die NPK hat mit den Bundesrahmenempfehlungen einen einheitlichen Handlungsrahmen abgesteckt, der auf Länderebene konkretisiert und in den Kommunen mit Leben gefüllt wird. Dies bietet gute Chancen, die gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit zu unterstützen und gesundheitsfördernde Maßnahmen zielgerichtet aufeinander abzustimmen. Der Präventionsbericht zeigt, dass es gelungen ist, tragfähige Strukturen und koordinierte Prozesse zu etablieren, die für die Umsetzung der Präventionsstrategie eine solide Grundlage darstellen. Die Präventionsstrategie wird vielerorts engagiert umgesetzt.

Welche Weiterentwicklungen sind sinnvoll?

Der Präventionsbericht der NPK zeigt, dass die Einbindung der Kommunen in die Präventionsstrategie und die Zusammenarbeit der verschiedenen Beteiligten in vielen Kommunen noch verbessert werden können. Ein besonderer Fokus bei der Weiterentwicklung sollte auf der Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung liegen.

Länder und Kommunen gestalten über eine Vielzahl von Gesetzen und Regelungen, zum Beispiel im Bereich der Bildung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), zentrale Rahmenbedingungen für die Gesundheit der Bevölkerung. Kommunen kommt noch eine zusätzliche Bedeutung zu: In kommunalen Lebenswelten können sozial benachteiligte und gesundheitlich belastete Menschen ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden. Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat daher 2019 ein Förderprogramm für Kommunen aufgelegt. Das erste Förderangebot zum »Aufbau gesundheitsfördernder Steuerungsstrukturen« zielt darauf ab, Kommunen bei der Gestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen. Vor allem Kommunen in sozioökonomisch benachteiligten Gebieten fehlen oft die finanziellen Ressourcen, um dauerhafte Strukturen für Gesundheitsförderung wie beispielsweise Gesundheitskonferenzen aufzubauen. Solche Strukturen sind notwendig, damit Maßnahmen bedarfsgerecht geplant und umgesetzt werden können. Das zweite Förderangebot ist für zielgruppenspezifische Interventionen angelegt. Es soll gesundheitsfördernde Maßnahmen für Personengruppen unterstützen, die in Bezug auf ihre gesundheitliche und soziale Lage als besonders vulnerabel gelten. Zu diesen Personengruppen zählen unter anderem Menschen mit Behinderungen, Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien oder Menschen mit Migrationshintergrund. Mit dem Förderprogramm will die GKV eine dynamische Entwicklung zur Stärkung der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene in Gang setzen. Dies kann nur gelingen, wenn das Kooperationsangebot auch angenommen wird: Kommunen müssen dem Thema Gesundheitsförderung Priorität einräumen und auch selbst Mittel investieren. Für den Erfolg des Förderprogramms und die wirksame Umsetzung der Präventionsstrategie insgesamt ist der Beitrag der öffentlichen Hand maßgeblich. Länder und Kommunen sind aufgefordert, die notwendigen Ressourcen beim ÖGD sowie in der Kinder- und Jugendhilfe zu schaffen, damit diese stärker in die Präventionsstrategie eingebunden werden können.

Welche Schwerpunkte sind geplant?

Derzeit bereitet die NPK zwei neue Schwerpunktthemen vor: Zum einen im Bereich der psychischen Gesundheit unter anderem für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche aus psychisch belasteten Familien und zum anderen im Bereich Pflege unter anderem für die Zielgruppen Pflegekräfte, Pflegebedürftige und pflegende Angehörige. Die Schwerpunktsetzungen bieten zugleich die Möglichkeit die Zusammenarbeit unter den NPK-Akteuren weiter zu intensivieren, die Aktivitäten im Rahmen der Präventionsstrategie gesamtgesellschaftlich zu bündeln und Evaluationen im Hinblick auf Outcomes (Wirkungen auf Ebene der Zielgruppe) und Impacts (Wirkungen auf Ebene der Bevölkerung) durchzuführen.

Worauf kommt es jetzt an?

Wenn die nationale Präventionsstrategie Erfolg haben soll, müssen Gesundheitsförderung und Prävention noch stärker als gesamtgesellschaftliche Aufgaben wahrgenommen werden. Dies erfordert insbesondere eine den Aufgaben angemessene und verlässliche Finanzierung durch Bund, Länder und Kommunen. Wie die Ausgabenstatistik zeigt, ist die GKV jedoch bisher der einzige NPK-Akteur, der seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes deutlich mehr Mittel für die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung gestellt hat. Die Struktur NPK eröffnet die Chance, die Abstimmung und Koordinierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur unter den Sozialversicherungsträgern weiter voranzubringen, sondern auch mit weiteren maßgeblichen Akteuren – allen voran mit Bund, Ländern und Kommunen. Ziel sollte sein, in der NPK Absprachen zu treffen, die zu einem gesamtgesellschaftlichen Vorgehen – im Sinne von »Gesundheit in allen Politikfeldern« – beitragen. Dies kann allerdings nur gelingen, wenn die beratenden NPK-Mitglieder ihre Mitwirkung nicht allein auf Hinweise zum Engagement der stimmberechtigten NPK-Mitglieder beschränken, sondern auch selbst verbindliche Beiträge leisten.

Der Beitrag ist eine gekürzte und aktualisierte Fassung von *Gernot Kiefer, Jens Hupfeld, Stefanie Liedtke, Gesundheitsförderung und Prävention: Mit der nationalen Präventionsstrategie schon in gesamtgesellschaftliche Bahnen gelenkt? in: G & S Gesundheits- und Sozialpolitik, GuS, Jahrgang 73 (2019), Heft 3, Seite 20–26*

Literatur beim Verfasser

JENS HUPFELD, GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin,
E-Mail: jens.hupfeld@gkv-spitzenverband.de

GERD LANDSBERG

Fünf Jahre Präventionsgesetz – aus Sicht des Städte- und Gemeindebundes

Den Städten und Gemeinden kommt eine wesentliche Bedeutung bei der Gestaltung von gesunden Lebensbedingungen zu. Nicht erst seit Verabschiedung des Präventionsgesetzes kümmern sich Kommunen im Zuge der Daseinsvorsorge um die Gesundheit ihrer Einwohner*innenschaft. Dabei spielt insbesondere die Verhältnisprävention eine wichtige Rolle. Die Kommunen nehmen zum Beispiel durch Mobilitätskon-



zepte, Radwegeplanungen, Grünflächensicherung oder Wohnungsbauprogrammen Einfluss auf die Gestaltung gesunder Lebensverhältnisse. Sie öffnen Pausenhöfe und Grünanlagen für Bewegungsangebote für alle Generationen. Zu den Maßnahmen gehören auch eine gesunde Verpflegung in Kitas und Schulen einschließlich einer Ernährungsberatung, die auch die Familien miteinbezieht. Die Maßnahmen zeigen, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht alleinige Aufgabe des Gesundheitsdienstes sind, sondern eine kommunale Querschnittsaufgabe darstellen. Diese sogenannte »Health in All Policies« bezieht die vielfältigen örtlichen Verwaltungsbereiche einschließlich der Stadtplanung ein.

Kommunen brauchen eigenes integriertes Präventionskonzept

Generell ist wichtig, dass sich Kommunen positionieren und eine eigene Strategie zur Gesundheitsförderung entwickeln. Für die gelingende örtliche Präventionsarbeit im Rahmen des Präventionsgesetzes ist zuallererst eine gute Zusammenarbeit mit den Krankenkassen wichtig. Die kommunalen Verantwortlichen benötigen Klarheit über die Ansprechpartner*innen der Krankenkassen vor Ort. Gerade auch im ländlichen Raum bedarf es mindestens einer Ansprechperson pro Gemeinde. Erschwert wird die Arbeit vor Ort, wenn Krankenkassen Einzelmaßnahmen fördern, die nicht in die Gesamtstrategie einer Kommune integriert sind. Das Präventionsgesetz bezieht die Kommunen leider nicht als gleichberechtigte Partner auf Augenhöhe ein. Immer wieder erleben Kommunen noch unabhingestimmte Angebote der Krankenkassen mit eigenen Partnern, zum Beispiel einzelnen Kitas, Schulen oder Vereinen, und Angeboten, die es vor Ort erschweren, ein Präventionskonzept umzusetzen.

Um Doppelstrukturen zu vermeiden, müssen Kommunen und Krankenkassen an einem Strang ziehen. Modulare Programme statt mühsam konzipierter Einzelprojekte können so einen wertvollen Beitrag leisten, um mehr Kommunen auf den Weg der Gesundheitsförderung und Prävention zu leiten und zu begleiten.

Die Umsetzung auf kommunaler Ebene ist nicht zufriedenstellend

Der erste Präventionsbericht der Nationale Präventionskonferenz (NPK) ist eine komplexe Bestandsaufnahme und Leistungsschau der beteiligten Sozialkassen. Er macht aber auch

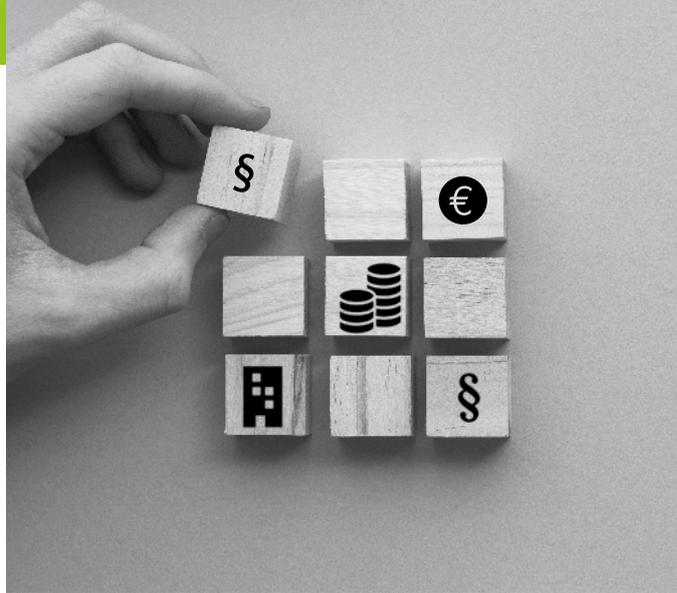
deutlich, dass die notwendigen sektorenübergreifenden Ansätze erst rudimentär umgesetzt werden. Der Präventionsbericht sollte eine Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele schaffen. Aus Sicht des Deutschen Städte- und Gemeindebundes nimmt der Bericht inhaltlich an vielen Stellen zwar direkten Bezug auf die kommunale Ebene und problematisiert diese Handlungsebene, es wird aber nicht deutlich, auf welche kommunale Ebene mit welchen Aufgaben Bezug genommen wird. Der Bericht ist deshalb unbefriedigend, weil die unterschiedlichen Handlungsfelder, die im Sinne einer »Health in All Policies« ins Zentrum gerückt werden müssten, nicht ausreichend betrachtet werden. Dies lag insbesondere auch daran, dass die Grundstruktur und Abfragemethodik des Berichts nicht primär auf die kommunale Situation und die Befragung nicht so zentral wie notwendig auf die kommunal befragten Strukturen abgestellt waren. Der Bericht liefert zwar nach eigenem Anspruch einen Überblick über die sogenannte »Akteurslandschaft«, allerdings ohne die Kommunen systematisch einbezogen zu haben. Insofern wird die Gesundheitsförderung zu sehr auf die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eingeeengt, ohne die Bedeutung einer integrierten Strategieentwicklung für dieses Handlungsfeld in der Förderlogik der Umsetzung des Präventionsgesetzes hinreichend zu berücksichtigen. Gleichwohl zeigt der Bericht auf, dass die Einbindung der kommunalen Ebene einen Schwachpunkt für die Umsetzung des Präventionsgesetzes darstellt. So gibt es eine unterdurchschnittliche Zufriedenheit der Kommunen mit der Umsetzung des Gesetzes. Dringend notwendig sind bessere gesetzliche Regelungen beziehungsweise Landesrahmenvereinbarungen für die kommunale Ebene. Es existieren überdurchschnittliche Probleme mit der Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen auf kommunaler Ebene.

Es ist daher dringend notwendig, mithilfe der Präventionsmittel die kommunalen Präventionsverantwortlichen zu finanzieren und damit den Aufbau der kommunalen Präventionsstrukturen zu initiieren. Erforderlich ist es, künftig den Mitteleinsatz unter verantwortlicher Mitbestimmung der Kommunen sowohl bei den Rahmenvereinbarungen auf Landesebene als auch über die Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung den regionalen Erfordernissen entsprechend zu steuern. Nur wenn es gelingt, auf kommunaler Ebene die notwendige Kooperation und Koordination aller Beteiligten unter entscheidender Mitwirkung der kommunalen Gebietskörperschaften herzustellen, kann das Präventionsgesetz mittel- und langfristig ein Erfolg werden. Bis heute hat das Präventionsgesetz zwar zu mehr Engagement und Ausgaben für soziallagenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten geführt. Es ist jedoch nach wie vor ein auf das Gesundheitsressort beschränktes Gesetz, insbesondere mit dem Schwerpunkt GKV.

Fazit nach fünf Jahren Präventionsgesetz: Es bleibt noch vieles zu tun, aber wir sind auf einem guten Weg! Die Bundesregierung sollte als Schlussfolgerung aus dem Bericht die Sicherstellung kassenübergreifender Leistungserbringung, die fachgerechte Umsetzung des Settingansatzes sowie die Lebenswelten Kommune und Betriebe bei der Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes aufnehmen.

Literatur beim Verfasser

DR. GERD LANDSBERG, Deutscher Städte- und Gemeindebund,
E-Mail: gerd.landsberg@dstgb.de



CHRISTIAN KRAUTH, KRISTINA SCHAUBERT

Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung

Nach Einführung des Präventionsgesetzes war im Jahr 2016 ein sprunghafter Anstieg der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung gemäß Bundesrahmenempfehlungen von 14 Prozent zu verzeichnen. Im Jahr 2017 beliefen sich die Ausgaben auf 1,8 Milliarden Euro. Diese Zunahme ist primär auf die gesetzliche Krankenversicherung zurückzuführen, die durch das Gesetz zu Mindestausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in betrieblichen und nicht-betrieblichen Lebenswelten wie Schulen oder Stadtteile verpflichtet wurde. Nach der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes betragen die Ausgaben für Prävention / Gesundheitsschutz der Sozialversicherungsträger und privaten Krankenversicherung 8,3 Milliarden Euro und machten damit einen Anteil von 2 Prozent an den Gesundheitsausgaben aus. Der Anteil der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung gemäß Bundesrahmenempfehlungen an den Gesundheitsausgaben ergab derweil 0,4 Prozent und blieb damit seit 2015 nahezu unverändert.

Die unterschiedlichen Ergebnisse der beiden Statistiken zeigen, dass die Ausgaben gemäß Bundesrahmenempfehlungen nur einen Teil der Ausgaben für Prävention / Gesundheitsschutz des Statistischen Bundesamtes widerspiegeln. Dies macht unterschiedlich breit gefasste Definitionen deutlich. In den Bundesrahmenempfehlungen sind nur Vorhaben zur Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt, die sich an den Zielen und Zielgruppen, etwa Beschäftigten und jungen Familien, orientieren, wie sie im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz formuliert worden sind. Es handelt sich um eine heterogene Gruppe von Maßnahmen, Projekten, Kampagnen oder Leistungen, die auf verschiedenen Ebenen wie Individuen oder Lebenswelten und in unterschiedlichen zeitlichen Dimensionen wie einmalig oder mehrmals durchgeführt werden. Beispiele für die Ziele gesund aufwachsen, gesund leben und arbeiten oder gesund im Alter sind das Präventionsprogramm »Jugend will sich-er-leben« der gesetzlichen Unfallversicherung und das Modellvorhaben »Mit uns im Gleichgewicht« der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Medizinische Interventionen, wie Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen, zählen nicht dazu. Bei der Rechnung des Statistischen Bundesamtes werden sie jedoch berücksichtigt.



Evaluation ist voraussetzungsvoll

Nahezu ein Viertel der Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung für lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung erhält die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), um die Krankenkassen bei ihren Aufgaben zu unterstützen. Dazu gehören die empirische Begleitung und Evaluation von Projekten in Lebenswelten sowie die Aufbereitung empirischer Erkenntnisse zu Wirksamkeit und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention. Das Wissen über die Wirksamkeit und die Umsetzungsqualität in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention ist in Deutschland noch nicht hinreichend verfügbar. Evaluationsstudien in Lebenswelten gestalten sich aufgrund vielfältiger Gründe, wie der Komplexität der Interventionen und den langen Zeiträumen bis zur vollständigen Wirkungsentfaltung, als schwierig und ressourcenintensiv. Selten erfolgen aufwendigere Erfolgskontrollen, wie die Messung direkter Effekte einer Aktivität auf die erreichten Personen wie Gesundheits- oder Verhaltensparameter oder auch gesundheitsökonomische Analysen wie dem »Return on Investment«.

»Return on Investment«

Der »Return on Investment« bezeichnet das Verhältnis des monetären Nutzens zu den Kosten, die bei der Durchführung der Aktivität entstehen. Die Verhältniszahl gibt Auskunft über die Kosteneinsparungen, die aus der Investition resultieren. Ein »Return on Investment« größer als 1 bedeutet, dass der monetäre Nutzen größer als die Kosten ist. Eine Untersuchung zum ökonomischen Nutzen liegt in Form eines systematischen Meta-Reviews für den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung vor. Der mittlere »Return on Investment« der untersuchten Maßnahmen lag bei 2,7 und streute stark (-3,3 bis 15,6). Einflussfaktoren für die Streuung waren unter anderem die Qualität der eingeschlossenen Studien. Je besser die Studienqualität war, desto geringer war der ausgewiesene »Return on Investment«. Randomisiert-kontrollierte Studien ergaben keinen bis einen geringeren ökonomischen Nutzen: Im Durchschnitt sinkt der »Return on Investment« auf 1,8 (Spannbreite: -3,3 bis 6,0). Mehr als die Hälfte der randomisiert-kontrollierten Studien zeigten jedoch keine Ersparnis.

In den Bundesrahmenempfehlungen ist verankert, dass »präventive und gesundheitsfördernde Leistungen aller Träger einen belegbaren Nutzen haben, allgemein anerkannten Qualitätsmaßstäben entsprechen sowie in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich erbracht werden« müssen. Da diese Informationen für strategische Projektentscheidungen im Hinblick auf Beendigung oder Fortführung einer Aktivität unabdingbar sind, stecken die Akteur*innen der Nationalen Präventionskonferenz in einem Dilemma. Daher besteht eine breite Unterstützung für die Forderung, Methoden der Qualitätssicherung beziehungsweise Evaluation zu entwickeln, die spezifisch settingbezogen auf Prävention und Gesundheitsförderung zugeschnitten sind. Dieser Forderung sind die BZgA und das Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie in Bremen gefolgt und entwickelten im Rahmen eines gemeinsamen Projekts ein generisches Online-Tool (Dokumentations- und Evaluationssystem, DEVASYS) zur Unterstützung der systematischen Evaluation von Interventionsprojekten der Prävention und Gesundheitsförderung. Es bleibt abzuwarten, ob sich nach der geplanten strukturierten Verbreitung und Implementierung des Tools die Bewertung von Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung verbessert und ob es tatsächlich belastbare Wirksamkeitsnachweise geben wird.

Literatur bei den Verfasser*innen

PROF. DR. CHRISTIAN KRAUTH, KRISTINA SCHAUBERT, Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, E-Mail: krauth.christian@mh-hannover.de, E-Mail: schaubert.kristina@mh-hannover.de

THOMAS GERLINGER

Zur Umsetzung des Präventionsgesetzes

Das Präventionsgesetz hat zu einer Zunahme von Präventionsaktivitäten geführt und dazu beigetragen, dass die Präventionslandschaft in Bewegung gebracht worden ist. Erstens lässt sich eine stärkere Koordination zwischen den beteiligten Akteuren feststellen. Dafür stehen die Bundesrahmenempfehlung und deren Konkretisierung durch Rahmenvereinbarungen in allen 16 Bundesländern. In ihnen kommt der Versuch zum Ausdruck, Prävention und Gesundheitsförderung stärker an gemeinsamen Zielen auszurichten und das Handeln der Akteure besser abzustimmen. Zweitens wurden die Präventionsprogramme, wie es das Gesetz vorsieht, deutlich ausgeweitet. Die Zahl der in Gang gesetzten Projekte und der erreichten Personen hat sich deutlich erhöht. Im Jahr 2018 belief sich das Ausgabenvolumen der Krankenkassen immerhin auf 7,49 Euro je Versicherte*n – immerhin genau drei Euro mehr als im Jahr vor dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes. Drittens wurden, ebenfalls gemäß den gesetzlichen Vorgaben, die Ausgaben für die betriebliche Gesundheitsförderung und für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten deutlich angehoben.

Gleichzeitig ist aber unübersehbar, dass strukturelle Mängel der deutschen Präventionspolitik auch bei der Gesetzesumsetzung fortwirken. Die Bundesrahmenempfehlung und die Landesrahmenvereinbarungen sind durchweg recht allgemein gehalten. Zudem setzen die Landesrahmenvereinbarun-

gen zum Teil unterschiedliche Schwerpunkte. Handelt es sich um eine wünschenswerte föderale Vielfalt oder um einen föderalen Flickenteppich? Jedenfalls wird man vor diesem Hintergrund kaum von einer bundesweiten Präventionsstrategie sprechen können. Ferner sind Gesundheitsförderung und Prävention mit der Umsetzung des neuen Regelwerks nach wie vor weit von einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe und von der Realisierung des Grundsatzes »Health in All Policies« entfernt. Weit eher bestehen die Maßnahmen nach dem Präventionsgesetz in Aktivitäten, mit denen primär Akteure des Gesundheitssystems befasst sind und die auf projektformige Interventionen zielen. Aber das war auch schon mit der Schwerpunktsetzung des Gesetzes auf die Rolle der Krankenkassen und auf Reformen des SGB V absehbar.

Verhältnis- und soziallagenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung sind weiterhin ausbaufähig

Die Krankenkassen derart ins Zentrum zu setzen, erweist sich nicht zuletzt deshalb als schwierig, weil sie aus Wettbewerbsgründen ein starkes Interesse an Maßnahmen der verhaltensbezogenen Prävention primär für Gesunde oder Gesundheitsbewusste haben und an Gesundheitsförderung und Prävention durch Gestaltung von Lebenswelten nur begrenzt interessiert sind. Dies wird auch in der Umsetzung des Präventionsgesetzes sichtbar. Zwar hat sich das Kassenshandeln auf dem Gebiet der Primärprävention und Gesundheitsförderung in den letzten Jahren deutlich professionalisiert. Hinzuweisen bleibt aber darauf, dass trotz einer Zunahme lebensweltlicher Gesundheitsförderung und Prävention die individuelle Verhaltensprävention nach wie vor die Präventionsart mit dem höchsten Ausgabenvolumen ist und einen Anteil von nahezu 40 Prozent an den Gesamtausgaben der Krankenkassen für nicht medizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung ausmacht. Hinzu kommt, dass sich auch hinter manchen Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung rein verhaltensbezogene Maßnahmen verstecken. Auch wenn sich der Anteil der Projekte und Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten erhöht hat, ist die Präventionsrealität damit noch weit von einer wünschenswerten Schwerpunktsetzung auf lebensweltbezogene Maßnahmen entfernt.

Dies gilt auch für die Ziele der Verringerung sozialer und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen. Der Anteil der Interventionen, die sich primär auf sozial Benachteiligte bezieht, ist deutlich ausbaufähig. So liegt in der betrieblichen Gesundheitsförderung der Anteil der Interventionen in Betrieben mit einem hohen Anteil von Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung bei lediglich zehn Prozent. Dem ersten Nationalen Präventionsbericht zufolge wendet sich auch nur ein verschwindend kleiner Teil explizit an eine männliche oder weibliche Zielgruppe.

Vernetzung und Qualitätssicherung verbessern

Deutlichen Handlungsbedarf gibt es offenkundig in zwei Handlungsfeldern, die im Präventionsgesetz von zentraler Bedeutung sind:

» 1. Kooperation und Vernetzung von Akteuren

Im Hinblick auf die Kooperation und Vernetzung ist die kommunale und betriebliche Handlungsebene bisher unzureichend in die Gestaltung der Aktivitäten eingebunden. Schwer zu sagen ist, ob dieser Mangel lediglich ein Versäumnis ist und

mit der Etablierung von Routinen nach und nach abgestellt werden kann oder ob er auf strukturelle Hindernisse verweist.

» 2. Qualitätssicherung und Evaluation

Die Evaluation und Qualitätssicherung sind trotz einer in den letzten Jahren zu beobachtenden Professionalisierung des Präventionshandelns insgesamt betrachtet deutlich verbesserungsbedürftig. Dies gilt insbesondere für die Verankerung von Evaluationen in den beteiligten Organisationen und deren Nutzung zur Weiterentwicklung von Projekten.

Darüber hinaus lassen sich über zahlreiche Aspekte, die für die Bewertung der Gesetzesimplementation wichtig sind, gegenwärtig kaum Aussagen treffen. Dies betrifft insbesondere die Präventionspraxis. So fehlt es an validen Informationen über den genauen Inhalt sowie die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Interventionen, ebenso über Art und Ausmaß der gesetzlich vorgeschriebenen kassenübergreifenden Kooperation bei der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass es in Kommunen und Betrieben eine Vielzahl von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention gibt, die wenig oder gar nichts mit dem Präventionsgesetz zu tun haben. Viele von ihnen entfalten eine erhebliche Wirkung auf die Bevölkerungsgesundheit.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. THOMAS GERLINGER, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, E-Mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

HEIDE BUSSE, HAJO ZEEB, TILMAN BRAND

Evaluation gesundheitsförderlicher Interventionen in Lebenswelten: Herangehensweisen und Herausforderungen

Kita, Schule, Betrieb, Stadtteil, Kommune, Pflegeheim, Krankenhaus – all dies sind Orte des täglichen Lebens, in denen viel Zeit verbracht wird und in welchen ein großer Anteil verschiedener Bevölkerungsgruppen anzutreffen ist. Auf nationaler wie internationaler Ebene werden Lebenswelten (Settings) eine erhebliche Bedeutung für ein gesundes Leben zugesprochen. Verglichen mit individuellen Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung verspricht man sich von settingsbasierten Ansätzen gerechtere und nachhaltigere Wirkungen, weil sie Strukturen adressieren und einen niedrighschweligen Zugang für alle, aber insbesondere für ansonsten schwer zu erreichende Bevölkerungsgruppen, bieten. Im Setting werden Menschen in ihrem Alltag angetroffen und sowohl verhaltens- als auch kontextbezogene Faktoren angesprochen. Beispielsweise sind 92,2 Prozent aller 3- bis 6-jährigen Kinder in Deutschland in Kindertagesbetreuungen anzutreffen; mit einem steigenden Anteil von Kindern, die sich dort ganztägig aufhalten.

Trotz der Annahme, dass settingsbasierte Ansätze im Vergleich zu individuellen Präventionsangeboten (langfristig) wirksamer sind, ist die Evidenzlage von settingsbasierten Ansätzen spärlich – man spricht hier von der »inverse evidence law«. Dies liegt daran, dass mit steigender Komplexität der Intervention auch die Anforderungen an deren Evaluation steigen und neben individuellen Effekten auch Wirkungen auf der Kontextebene sowie Synergieeffekte verschiedener Maßnahmen berücksichtigt werden müssen. Randomisierte kontrollierte Stu-

dien, die in der Regel als »Goldstandard« in der Evidenzhierarchie angesehen werden, sind hier nur bedingt durchführbar oder geeignet, weil sie meist stark individuenzentriert sind. Dennoch ist die Wirksamkeitsprüfung von settingbasierten Ansätzen durch eine Vielzahl an alternativen Methoden, wie Clusterrandomisierung, Zeitreihenanalysen oder in natürlichen Experimenten, möglich.

Evaluationen sollten praktisch verwertbare Ergebnisse ermöglichen

Evaluation kann zu weit mehr dienen, als festzustellen, ob eine Intervention Gesundheitseffekte erzielt oder nicht. Neben der Wirksamkeit kann der Fokus einer Evaluation auch darauf liegen, eine Bewertung der Reichweite, Akzeptanz, Implementierung und Nachhaltigkeit durchzuführen, Kosteneffektivität nachzuweisen oder einen Vergleich zwischen neuen und bereits vorhandenen Maßnahmen zu ziehen. Zudem stellt sich die Frage, für wen, unter welchen Umständen und wieso eine Intervention Wirkung gezeigt hat oder auch nicht. Geschlecht, Alter und soziokulturelle Faktoren spielen beispielsweise in der Bewegungsförderung eine erhebliche Rolle und sollten somit auch bei der Interventionsauswahl, Evaluation als auch Analyse der Ergebnisse von Bedeutung sein. Auch die Frage der Übertragbarkeit von Interventionen auf andere Kontexte und Settings ist häufig Thema von Evaluationen. Durch verschiedene Fragestellungen und Aufgaben der Evaluation ist es üblich, dass quantitative und qualitative Forschungsmethoden in Kombination genutzt werden und vielfache methodische Ansätze verfolgt werden.

Ein wichtiger Schritt in der Evaluation von settingbasierten Interventionen besteht darin, die Evaluationsziele so zu wählen, dass praktisch verwertbare Ergebnisse entstehen. Durch Einbezug, Partizipation und Austausch mit Stakeholdern und der Adressatengruppe können Ziele der Evaluation diskutiert, vereinbart und erfasst werden. Aus unserer Erfahrung kann Evaluation dabei helfen, Klarheit über die eigenen Ziele und angenommenen Wirkpfade zu erlangen. Gerade wenn eine Intervention eine Vielzahl an Maßnahmen und Ebenen beinhaltet, ist es wichtig, möglichst klar zu formulieren, welche einzelnen Schritte wie zu den definierten Zielen beitragen. Eine Methode, um dies zu visualisieren, ist die Erstellung von logischen Modellen. Ist beabsichtigt, Veränderungen in der Bereitschaft eines Settings zu evaluieren, kann man beispielsweise auf das »Community Readiness Assessment« zurückgreifen. Dies ist eine Methode, die sowohl in der Planungsphase als Bestandsaufnahme als auch zur Evaluation von Veränderungen verwendet werden kann. Gemeinsam mit Stakeholdern und der Adressatengruppe wird zunächst eine strukturierte Bestandsaufnahme der Aktivitäten und Ressourcen sowie des Wissens und der Einstellungen in einem Setting durchgeführt. Basierend auf den Ergebnissen wird das Setting einer Stufe der Bereitschaft zugeordnet. Ein Vorteil dieser Methode ist, dass die Interventionen an den Grad der in einem Setting schon vorhandenen Aktivitäten und Ressourcen angepasst werden und somit unterschiedliche Ausgangsbedingungen berücksichtigt werden.

Evaluation kann Gesundheitsinterventionen optimieren

Evaluation kann von externen (wissenschaftlichen) Partnern oder als Selbstevaluation durchgeführt werden. Die erste Variante kann durch den Blick von außen neue Impulse einbringen, für die Umsetzungspraxis aber auch als zusätzliche Be-

lastung empfunden werden, zumal, wenn es um (aufwändig zu erforschende) Wirksamkeitsnachweise geht. Hier ist ein sensibles Vorgehen der Forschenden gefragt und eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Schlüsselpersonen innerhalb der Lebenswelten. Selbstevaluation ist als Teil der Qualitätsentwicklung einer Intervention nachdrücklich zu empfehlen. Forschung hat in diesem Zusammenhang gezeigt, dass das kontinuierliche Monitoring der eigenen Umsetzungsaktivitäten kontextunabhängig zu einer verbesserten Implementierung von Gesundheitsinterventionen führt. Unterstützung bei der Planung, Dokumentation und Evaluation von Präventionsprojekten bietet beispielsweise die Online-Plattform www.devasys.de.

Es ist zu erwarten, dass die Stärkung der settingbasierten Ansätze durch das Präventionsgesetz in Deutschland auch der Evaluationsmethodik und der breiteren Anwendung von Evaluationen einen weiteren Schub verleihen wird. Wir sehen einen Bedarf an Evaluationsinstrumenten, die sowohl von Praxis als auch von Forschung als akzeptabel und erkenntnisgewinnbringend eingeschätzt werden. Auch in der Wissenschaftskommunikation und praktischen Verwertung von Ergebnissen der Evaluation sehen wir Entwicklungsbedarf. Denn der Wert einer Evaluation bemisst sich letztlich daran, ob sie zu einer verbesserten Praxis beiträgt.

Literatur bei den Verfasser*innen

DR. PHIL. HEIDE BUSSE, PROF. DR. HAJO ZEEB, DR. PHIL. TILMAN BRAND, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS, Abteilung Prävention und Evaluation, Achterstraße 30, 28359 Bremen, E-Mail: busse@leibniz-bips.de

THOMAS HARTMANN, WOLF POLENZ, UTE SONNTAG

Gesundheitsförderung und Prävention an Hochschulen im komplexen Feld der Bildung

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz, kurz: PräVG) hat seit 2015 zu umfangreichen Strukturbildungen auf Bundes- und Landesebene geführt. In Bezug auf die Lebenswelt Hochschule haben sich in den vier Jahren eine Reihe von Verbesserungspotenzialen gezeigt, die in einem Positionspapier mit Handlungsempfehlungen des bundesweiten Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) ausführlich dargestellt werden. Gesundheitsförderung ist auch im Sinne des PräVG eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Bundesländer tragen nach dem Grundgesetz die Verantwortung für Bildung und Gesundheit ihrer jeweiligen Bevölkerung. Insofern sind alle landes- und untergesetzlichen Regelungen, wie beispielsweise die Landeshochschul- und Studierendenwerksgesetze, mit den Zielsetzungen des PräVG in Einklang zu bringen und durch Bereitstellung finanzieller Mittel abzusichern.

Mit Blick auf das PräVG und die Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie ist folgende Anpassung von besonderer Bedeutung:

Hochschulen sind als Lebenswelt »des Studierens« (§ 20a SGB V) und allgemein über die »betriebliche Gesundheitsförderung« (§ 20b SGB V) für Leistungen nach dem PräVG durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) anerkannt. Bis zum in



Kraft treten des PrävG wurden die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in Hochschulen im Wesentlichen über die betriebliche Gesundheitsförderung finanziert (§ 20 SGB V). Der Lebensweltansatz ist also für Hochschulen eine neue Option. Allerdings wird die Umsetzung des Lebensweltansatzes durch die Trennung in nicht-betriebliche Lebenswelten und betriebliche Lebenswelten erschwert. Denn Hochschulen sind Betrieb und Bildungseinrichtung gleichzeitig, was dadurch zum Ausdruck kommt, dass an den circa 420 Hochschulen über 700.000 Beschäftigte bei 2.900.000 Studierenden tätig sind.

Bisherige Umsetzung

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) hat Bundesrahmenempfehlungen (BRE) verabschiedet. Hier wird ein Konzept entworfen, das die Altersgruppe der Auszubildenden und Studierenden mit den Handlungsfeldern in die erste Lebensphase »Gesund aufwachsen« gemeinsam mit Kindertageseinrichtungen und allen Schulformen einordnet. Dies wird den besonderen Problemlagen junger Erwachsener nicht gerecht. Darüber hinaus tritt dieses Konzept in Analogie zu dem allseits bekannten Bundesgesundheitsziel »Gesund aufwachsen«, das sich ausschließlich an Familie, Kita und Schule orientiert. In Folge dessen ist es nicht verwunderlich, dass die Lebenswelt Hochschule und die Studierenden nur in einer (Sachsen) der 16 Landesrahmenvereinbarungen (LRV) – also die eigentliche operative Ebene – benannt werden. Zusätzlich wurde es im Jahr 2018 in dem kassenübergreifenden GKV-Leitfaden Prävention versäumt, der Lebenswelt Hochschule ein eigenständiges Kapitel zuzuschreiben, wie es für Kita und Schule seit über 15 Jahren existiert.

Der erste NPK-Präventionsbericht vom Juni 2019 berücksichtigt die Lebenswelt Hochschule kaum, vorliegende Ergebnisse werden nicht berichtet und die vorzufindenden Erläuterungen geben die Komplexität der Hochschulen nicht oder falsch wieder. Es besteht somit die Gefahr, dass Hochschulen in der Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie 2019–2022 keine Berücksichtigung finden.

Die im PrävG vorgegebene kassen- und trägerübergreifende Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger (SV-Träger) fin-

det nicht statt. Die Aktivitäten an Hochschulen im Kontext der BRE liegen weitestgehend bei der GKV. Zwar konkretisiert das PrävG finanzielle Leistungen ausschließlich für die GKV, allerdings haben alle SV-Träger einen gesetzlichen Präventionsauftrag für die Gesunden Lebenswelten. So bekräftigen etwa die gesetzlichen Unfallversicherungsträger (GUV) in den BRE mit Handlungsfeldern wie der Unfall- und Gewaltprävention für Studierende ihren Präventionsauftrag. Bisher bleiben allerdings konkrete Projekte aus.

Verbesserungspotenziale

Im Rahmen des Präventionsforums 2019 konnte der AGH im September in dem Workshop »Hochschulen« die oben genannten Verbesserungsvorschläge vortragen und unter anderem folgenden Änderungsbedarf aufzeigen:

- » Der Lebensweltansatz muss leistungrechtlich die betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20b SGB V) mit einbeziehen.
- » Die Lebensphasenbezeichnung »Gesund in Ausbildung und Studium« ist als eigene Kategorie einzuführen.
- » Der kassenübergreifende GKV-Leitfaden Prävention ist um ein fundiertes Kapitel der Lebenswelt Hochschule zu ergänzen.
- » Die Landesrahmenvereinbarungen nehmen die Vertreter*innen der Hochschulen in ihre Gremien auf und berücksichtigen die Lebenswelt Hochschule sowie die Studierenden in ihrer Programmatik.
- » Die Lebenswelt Hochschule muss in der trägerübergreifenden Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie 2019–2022 unter Nutzung der Expertise der Fachöffentlichkeit und Zivilgesellschaft berücksichtigt werden.
- » Ein eigener NPK-Präventionsbericht »Hochschulen« unter Einbindung der Expertise der Fachöffentlichkeit zur Generierung hochschulweiter Daten für Taten sollte erstellt werden.
- » Prävention und Gesundheitsförderung sind als Pflichtaufgabe der Hochschulen im Rahmen der Landeshochschul- und Studierendenwerkgesetze festzuschreiben sowie ihre Finanzierung sicherzustellen.
- » Die hochschulbezogenen Interessensvertretungen wie das Deutsche Studentenwerk, die Hochschulrektorenkonferenz, die Kanzlerzusammenschlüsse der Universitäten und Fachhochschulen sowie die Gewerkschaften sind in die nationale Präventionsstrategie einzubinden.

Schlussendlich haben Hochschulen mit Unterstützung des AGH und der Techniker Krankenkasse vieles davon bereits auf den Weg gebracht, was durch die Umsetzung der oben genannten Handlungsempfehlungen noch auf eine breitere Basis gestellt werden könnte. Das Ziel für die Lebenswelt Hochschule ist ein zukunftsfähiges hochschulisches Gesundheitsmanagement, in dem sich alle gesundheits- und bildungsbezogenen Aufgaben zur Gesundheitsförderung, nichtmedizinischer und medizinischer Prävention sowie Sicherheit und Gesundheit der Hochschulmitglieder bündeln.

Literatur bei den Verfasser*innen

PROF. DR. THOMAS HARTMANN, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg,

E-Mail: thomas.hartmann@hs-magdeburg.de,

PROF. DR. WOLF POLENZ, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg,

E-Mail: wolf.polenz@haw-hamburg.de,

DR. UTE SONNTAG, Anschrift siehe Impressum



Abb. 1: Sehr schlechter oder schlechter Gesundheitszustand nach Erwerbsstatus in Deutschland im EU-SILC-Survey (Eurostat 2019)

ALFONS HOLLEDERER

Trotz sinkender Erwerbslosigkeit steigende Herausforderungen in der Gesundheitsförderung

Trägt die Gesundheitsförderung zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen in Deutschland bei? Diese zentrale Fragestellung lässt sich seit ihrer Verankerung als Krankenkassenaufgabe in § 20 SGB V mit den Daten im etablierten Berichtssystem nicht befriedigend beantworten. Die großen Fragen zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung sind daher noch offen:

- » Wie viele sozial Benachteiligte werden absolut und relativ in Deutschland erreicht?
- » Welche Zielgruppen partizipieren nicht?
- » Welche Gesundheitseffekte werden erzielt?
- » Gibt es differenzielle Wirkungsweisen zwischen verschiedenen sozialen Gruppen?
- » Welche Maßnahmenarten und Settings werden in welcher Interventionstiefe und Qualität durchgeführt?
- » Wie ist die regionale Verteilung, die Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit?
- » Wie ist die Kosten-Nutzen-Relation?

Diese Fragen betreffen nicht nur die gesetzliche Krankenversicherung, sondern im Wesentlichen alle Präventionsträger.

Gestiegene Anforderungen

Dagegen ist evident, dass bei den Gruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status die höchsten Risiken für Morbidität und vermeidbare Mortalität und damit großes unausgeschöpftes Präventionspotenzial bestehen.

Über staatliche Transferleistungsbezüge können bedürftige soziale Gruppen in der Praxis schnell identifiziert werden. Die Arbeitsmarktintegration hat dabei eine Schlüsselfunktion für die gesamte gesellschaftliche Integration. Speziell bei Erwerbslosen kann für Deutschland aufgezeigt werden, dass trotz des Rückgangs der Erwerbslosigkeit die Gesundheitsprobleme und damit die Anforderungen für die Gesundheitsförderung im letzten Jahrzehnt zugenommen haben. Die Abbildung 1 informiert über die Ergebnisse des EU-SILC-Survey. Demnach schätzten drei Prozent der (überwiegend) Erwerbstätigen in Deutschland im Jahr 2018 ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht oder schlecht ein. Unter den Erwerbslosen lag dieser Anteil bei 27 Prozent in Deutschland und damit am höchsten in allen EU-Ländern. Er ist seit 2008 erheblich gestiegen.

Innovationspotenzial in der arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung hat häufig Probleme, vulnerable Zielgruppen zu erreichen. In diesem Bereich gibt es für die Gesundheitsförderung methodisch drei Herangehensweisen:

- » 1. Die proaktive Öffnung von Gesundheitsförderungsangeboten für sozial benachteiligte Zielgruppen: Hier braucht es als Voraussetzung eine Sensibilisierung der Verantwortlichen für die Diversität in den Zielgruppen, um die vorhandenen Möglichkeiten in ihrer vollen Bandbreite zu nutzen. Bisher ad-

ressierten die Settings und Inhalte der Gesundheitsförderung häufig die sozial benachteiligten Zielgruppen wenig (zum Beispiel über Betriebe, Gymnasien, Universitäten, Volkshochschulen) oder die Maßnahmen waren mit Zuzahlungen und Vorauslagen verbunden.

» 2. Übertragungen von evidenzbasierten Gesundheitsförderungsansätzen auf vulnerable Zielgruppen mit spezifischen Angeboten: Die Herausforderungen liegen vor allem darin, die Konzepte auf die sozial benachteiligten Zielgruppen und ihre Lebenswelten hin passgenau zu spezifizieren. Die Weiterentwicklung erfordert Partizipation der Zielgruppe, gute Kenntnisse ihrer sozialen Lage sowie auch Forschung über differenzielle Wirkungsweisen. International wurden Ansätze zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Arbeitslosen auf Basis von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Theorien oder sozialem Lernen übertragen. Bei einsetzenden Verarmungsprozessen in Arbeitslosigkeit stellt sich ganz praktisch die Problemstellung, wie (teure) gesunde Ernährung oder körperliche Aktivität in den Alltag nachhaltig integriert werden kann.

» 3. Innovative Erschließung von neuen arbeitsmarktnahen Settings für die Gesundheitsförderung: Dieser Bereich litt in der Vergangenheit an chronischer Unterfinanzierung. Eine Reihe von evaluierten Modellprojekten erprobten neue Gesundheitsförderungsansätze in arbeitsmarktnahen Settings wie Beschäftigungs- und Qualifizierungsträger, Arbeitsagenturen, Jobcenter oder Arbeitslosenzentren. Ein Großteil dieser Erfahrungen floss in die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz ein. Sie führten innovativ zu einer großen konzertierten Aktion von GKV-Spitzenverband, Bundesagentur für Arbeit, Deutschem Städtetag und Deutschem Landkreistag zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung mit bis zu 230 geplanten Standorten.

Verzahnung von Gesundheits- und Arbeitsförderung: Herausforderungen und Chancen

Mit der Verzahnung von Gesundheitsförderung und Arbeitsförderung werden auf der Arbeitsebene zunächst Parallelsysteme verknüpft. Zum einen geht es um eine (manchmal nicht reibungsfreie) Kooperation verschiedener Sektoren und Professionen mit eigenem Fachvokabular, Zuständigkeiten, Gesetzaufträgen, Methoden und Handlungsmöglichkeiten. Die Gesundheitsförderung greift wie die aktive Arbeitsmarktförderung auf theoretische Grundlagen zur Partizipation, zu Empowerment, Autonomie, Capability Approach et cetera zurück. Verschiedene Fachdienste zielen oft parallel auf dieselben Personen oder Familien (beziehungsweise »Bedarfgemeinschaften«), handeln aber dabei mit unterschiedlichen Interventionslogiken und Teilzielsetzungen. Bessere Abstimmung könnte den Wirkungsgrad an den Schnittstellen zu Arbeitsmarktintegration und Gesundheit jeweils erhöhen und zu Synergieeffekten aufgrund der Wechselbeziehungen führen.

Fazit

Die Verzahnung von Gesundheitsförderung und Arbeitsförderung ist Herausforderung und Chance für Deutschland zugleich! Idealerweise wird sie systematisch mit der Arbeitsmarkt- und Gesundheitsberichterstattung verbunden, um Antworten auf obige Zielfragen zu finden.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. ALFONS HOLLEDERER, Universität Kassel, Institut für Sozialwesen,
E-Mail: alfons.holleder@uni-kassel.de

ISABELLE RUDOLPH, TANJA SÄDTLER, THERESA VANHEIDEN

Prävention und Gesundheitsförderung in der (teil-)stationären Pflege – Gute Ansätze und Herausforderungen

Schon heute sind in Deutschland 3,41 Millionen Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) pflegebedürftig (Stand 2017). Auch wenn die in Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen mit etwa einem Viertel einen vergleichsweise kleineren Anteil der Pflegebedürftigen ausmachen, sind sie im Vergleich zu Gleichaltrigen in der eigenen Häuslichkeit lebenden häufiger von seelischer Erschöpfung oder Resignation betroffen. Studien belegen, dass insbesondere der unfreiwillige Umzug in eine Pflegeeinrichtung negative Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit, das Wohlbefinden und sogar die Mortalität hat. Der Faktor der Institutionalisierung hat somit einen erheblichen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit und zeigt die Relevanz des präventiven und protektiven Handelns in (teil-)stationären Versorgungsstrukturen auf.

Fördermöglichkeiten durch die Pflegekassen

Seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 verpflichtet der Gesetzgeber die gesetzlichen Pflegekassen, Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung für Pflegebedürftige in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen umzusetzen (§ 5 Abs. 1 SGB XI). Rahmengebend ist der Leitfaden »Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI« des GKV-Spitzenverbandes, in dem Ein- und Ausschlusskriterien sowie folgende fünf Handlungsfelder für förderliche Maßnahmen definiert sind: Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt. Von bundesweit 14.500 (teil-)stationären Einrichtungen wurden laut dem Präventionsbericht 2019 im Berichtsjahr 2018 2.945 Einrichtungen durch Pflegekassen über Gesundheitsförderung und Prävention informiert und beraten. 466 Einrichtungen haben den Entschluss zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess getroffen und 1.281 Einrichtungen befanden sich 2018 bereits im Prozess.

Praxiserfahrungen aus Niedersachsen

Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen erhalten seit 2017 kontinuierlich Angebote für den Anstoß eines gesundheitsförderlichen Prozesses. Den Start hat im Jahr 2017 das Projekt »Gesundheitsförderung für Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen« in Kooperation mit dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. und der LVG & AFS unter der Gesamtförderung der BARMER gemacht. Innerhalb des Projekts wurden bis 2019 fünf Modelleinrichtungen begleitet, gesundheitsförderliche Konzepte für ihre Bewohnerschaft gemeinsam mit Bewohner*innen und Angehörigen zu entwickeln. Dasselbe Kooperationsteam blickt seit Ende 2019 mit dem dreijährigen Projekt »Wohl.fühlen« verstärkt auf sensible und tabuisierte Themen, wie sexuelle Selbstbestimmung und Gewaltprävention. Im Jahr 2018 startete das Projekt »Leben in Balance«, bei dem die LVG & AFS unter Förderung der AOK Niedersachsen und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau interessierte Einrichtungen begleitet, Anträge zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von teilstationär und stationär versorgten Menschen zu stellen und umzusetzen.

Es empfiehlt sich, in jeder Einrichtung individuell und an Bedarfen und Bedürfnissen orientiert passgenaue Konzepte unter Beteiligung der Pflegebedürftigen, Angehörigen, Ehrenamtlichen und Mitarbeitenden zu entwickeln. Wichtig ist dabei die Sensibilisierung aller Beteiligten für das partizipative Denken und Vorgehen sowie dessen nachhaltige Überführung in Konzeptinhalte und Selbstverständnis der Einrichtung.

Herausforderungen und hemmende Faktoren in der Praxis

Gesundheitsförderung und Prävention stellen in der stationären Langzeitpflege keineswegs neue Themen dar. Beide Säulen sind essenzielle Bestandteile des gerontologischen Pflegeverständnisses. Im Rahmen der Förderung von Maßnahmen für (teil-)stationär versorgte Menschen bringen die im Präventionsgesetz ausgeschlossenen Maßnahmen der aktivierenden Pflege Herausforderungen mit sich, denn leistungsrechtlich liegt keine Definition für aktivierende Pflege vor, sodass die Abgrenzung von Ansätzen der Gesundheitsförderung in der Praxis zu Schwierigkeiten führt. Somit ist die Förderung von Maßnahmen mit Blick auf den Leitfaden und die zu erfüllenden Kriterien oft Auslegungssache. Die Gesundheit der Mitarbeitenden und Pflegebedürftigen korrelieren stetig, sodass umfassende Maßnahmen für beide Personengruppen in den Förderrahmen fallen sollten. Weiter bedarf es an einigen Stellen einer Verquickung von Einzel- und Gruppenangeboten, um langfristige Erfolge zu erzielen. Die erwünschte alleinige Adressierung in Gruppen agierender Pflegebedürftiger schränkt beide Aspekte ein.

Viele Einrichtungen betreten jedoch Neuland, wenn es darum geht, Prozesse partizipativ mit Pflegebedürftigen zu gestalten und dafür Freiräume zu schaffen. Erschwerend kommt hinzu, dass Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren von wechselnden Rahmenbedingungen und der Auferlegung neuer Qualitätsstandards sowie dem Fachkräftemangel betroffen sind. Auch die enge Fassung des in § 14 SGB XI formulierten Pflegebegriffes spielt eine Rolle: Für viele Pflegekräfte kann es frustrierend sein, immer weniger Zeit an und mit den Menschen verbringen zu können und viele Aufgaben der Fürsorge an Betreuungskräfte übergeben zu müssen.

Gesundheit von Pflegebedürftigen und Mitarbeitenden zusammen denken

Die fragmentierte Zuordnung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen für Pflegedürftige in das SGB XI und für Mitarbeitende in das SGB V erscheint für die praktische Umsetzung und Nachhaltigkeit von Projekten nicht sinnvoll, da die Gesundheit beider Personengruppen nicht als Ganzes betrachtet wird. Im Sinne einer Organisationsentwicklung wäre es sinnvoller, Strukturen und Abläufe unter Berücksichtigung beider Gruppen zugleich anzuschauen, zu gestalten und weiterzuentwickeln.

Bundesweit gibt es vereinzelt Projekte, die beide Ansätze verknüpfen. Gemeinsam ist diesen Projekten die Generierung neuer Erkenntnisse, fundierter Empfehlungen für die Präventionsarbeit sowie Handlungsanweisungen für die Praxis in der stationären Pflege.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum

Quergedacht



PETRA KOLIP

Mut zum Lernen aus Flops!

Zahlreiche Faktoren tragen zu einer hohen Planungsqualität von Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung bei. Ein ausformuliertes Konzept und eine klare, an den SMART-Kriterien (Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch und Terminiert) orientierte Zielformulierung (im besten Fall mit Indikatoren, anhand derer sich im Rahmen der Evaluation die Wirkung ablesen lässt) sollten ebenso selbstverständlich sein wie eine angemessene Ausstattung mit Ressourcen und qualifiziertes Personal. Auch die Aufarbeitung der wissenschaftlichen Evidenz und die Berücksichtigung der Erfahrungen anderer sind zentrale Elemente in einem soliden Planungsprozess.

Wie können wir voneinander lernen?

Die Grundidee ist, dass nicht jede*r das Rad neu erfindet, sondern dass sich Akteur*innen aus der Praxis an den Vorerfahrungen anderer orientieren und bewährte Ansätze, mit denen Wirkungen erzielt wurden, übernehmen beziehungsweise adaptieren, wenn es der eigene Kontext erfordert. Für Praktiker*innen ist es allerdings selten leistbar, eine Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken durchzuführen, und auch der Berücksichtigung der Erfahrungen anderer sind enge Grenzen gesetzt. Der eigene Arbeitsalltag lässt kaum Zeit für umfangreiche Recherchen und nicht immer arbeitet ein*e Praktikant*in in der eigenen Einrichtung, der*die die Arbeit übernehmen könnte. Hinzu kommt, dass die Frage, was denn eigentlich wirkt und bei der Zielgruppe ankommt, nicht trivial ist. Wissenschaftliche Studien versuchen im besten Fall, durch möglichst ausgeklügelte Designs (zum Beispiel randomisierte kontrollierte Studien) äußere Einflüsse auszuschalten. Diese methodische »Reinheit« liefert zwar eine wissenschaftliche Abschätzung der Effekte, hat mit einer Umsetzung in der Praxis unter Alltagsbedingungen mit all ihren »Störfaktoren« aber nichts zu tun. Und: Selbst in eng definierten Themenfeldern und mit sehr spezifischen Gruppen unterscheiden sich die Studien und es ist nicht einfach, hier die groben Linien zu identifizieren und zusammenfassende Aussagen zu treffen.



Systematische Reviews liefern hier auf methodischer Basis jeweils einen guten Überblick, aber auch sie sind in der Praxis nur selten hilfreich. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass für die Praxis wichtige Fragen (»Wie kann ich Eltern mit geringer Bildung in mein Angebot zur Adipositasprävention im Kindesalter einbeziehen?«, »Welche partizipativen Methoden funktionieren bei Projekten in der Kommune?«) selten für die Praxis eindeutig und zufriedenstellend beantwortet werden. Auch fehlen in Deutschland bislang noch Anlaufstellen, wo Personen aus der Praxis Antworten auf ihre Fragen finden. Während es in anderen Ländern bereits gute Datenbanken gibt, die die wissenschaftliche Evidenz praxistauglich aufbereiten (und auch aktuell halten), steht Deutschland hier noch ganz am Anfang.

Konkrete gute Praxisbeispiele als Orientierung

Einfacher ist es da, sich an guten Praxisbeispielen zu orientieren. Die Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit umfasst mittlerweile über 3.000 Projekte. In ihr lässt sich themen- und zielgruppenspezifisch recherchieren und Projekte, die einen aufwendigen Peer-Review-Prozess durchlaufen haben, sind als Good Practice-Beispiele ausgewiesen und können anregend für die eigene Praxis sein. Gleichwohl: Auch hier ist es nicht immer einfach, zu einem Themenfeld treffsicher die Intervention zu identifizieren, die für das eigene Feld interessant und vielversprechend ist. Ganz abgesehen davon, dass auch die Frage nach der Übertragbarkeit immer knifflig ist: Was in Garmisch-Partenkirchen funktioniert, kann in Flensburg ein Flop sein. Zu unterschiedlich sind die Kontextbedingungen, zu heterogen das Akteursfeld, von der divergierenden politischen Unterstützung ganz zu schweigen.

Vor diesem Hintergrund ist es umso verdienstvoller, dass das GKV-Bündnis für Gesundheit Expertisen in Auftrag gegeben und veröffentlicht hat, die zu spezifischen Adressatengruppen und Themenfeldern die wissenschaftliche Evidenz zusammenstellen und zudem Modelle guter Praxis bündeln – auch wenn dies derzeit nur ein Blitzlicht ist und die Reviews sehr unterschiedliche Qualität aufweisen. Die Evidenzsynthesen stellen die wissenschaftlichen Grundlagen für eine Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit zusammen und die Sammlung

der Modelle guter Praxis soll Akteur*innen Ideen an die Hand geben, wie diese Erkenntnisse in die Praxis umgesetzt werden können. Auf der Website des GKV-Bündnisses für Gesundheit www.gkv-buendnis.de/publikationen/ wird dieses gesammelte Wissen der (Fach-)Öffentlichkeit zugänglich gemacht und auch im Bericht der Nationalen Präventionskonferenz werden die Ergebnisse zusammenfassend präsentiert. Da die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit leitend ist, stehen sogenannte vulnerable Gruppen im Zentrum des Interesses: Menschen mit Behinderungen, Alleinerziehende, ältere oder arbeitslose Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Kinder aus sucht- sowie aus psychisch belasteten Familien. Die Modelle guter Praxis beziehen sich überwiegend auf die klassischen Bereiche gesundheitsrelevanten Verhaltens (Bewegung, Ernährung) und umfassen deshalb relativ überschaubare Interventionen. So hilfreich diese Zusammenstellungen sein mögen: Das Lernpotenzial ist gering, insbesondere dann, wenn es um die Gestaltung komplexer Settings, zum Beispiel der Kommune, geht. Auch Leuchtturmprojekte in den Kommunen sind nur bedingt hilfreich, zu unterschiedlich sind die Kontextbedingungen und die Strukturen, die die Prozesse vor Ort wesentlich beeinflussen.

Was wir aus unserem Scheitern lernen können

Hilfreicher als Blaupausen wären praxisnahe und transfertaugliche Konzepte zur Sicherung der Prozessqualität und eine Diskussion der Frage, wie die Rahmenbedingungen für den Transfer in andere Kommunen systematisch reflektiert werden können. Statt Lernen von den Besten wäre eine Reflektion der Flops hilfreicher: Warum fühlt sich eine Adressatengruppe von einem Angebot nicht angesprochen? Wieso verlaufen Aktivitäten im Sande? Wieso wurden bestimmte Störfaktoren gar nicht als solche wahrgenommen? Wünschenswert wären Foren, in denen solche misslungenen Gesundheitsförderungsaktivitäten reflektiert werden können, um aus den Missgeschicken und Fehlern zu lernen. Klingt interessant – aber utopisch? Warum eigentlich? Die »Fuckup Nights« machen vor, dass und wie es geht. Seit 2012 treffen sich rund um den Globus Menschen, die vom Scheitern ihres Startups berichten. Die Säle sind voll, die Stimmung ist wertschätzend und die Diskussionen sind anregend. Es wird gelacht und es werden Tränen vergossen und so mancher Vortrag wird über soziale Medien geteilt. Der Erfolg dieses Formats liegt sicherlich unter anderem darin, dass sich über Irrwege und Fehler leichter reden lässt, wenn etwas Zeit vergangen ist, sich die akute Verzweiflung gelegt hat und sich nach dem Scheitern etwas Neues entwickelt hat. Hilfreich ist vermutlich auch, wenn man sicher sein kann, dass das Auditorium wertschätzend zuhört und am eigenen Lernprozess teilhaben will, vielleicht sogar mit eigenen Erfahrungen bereichern kann und will. Und auch ein geschützter Raum, in dem ehemalige und zukünftige Geldgeber außen vor bleiben, wäre eine Voraussetzung, um über das Scheitern gemeinsam nachzudenken. Solche Bedingungen ließen sich sicherlich auch in der deutschen Gesundheitsförderungslandschaft schaffen. Jedem Scheitern wohnt eine Chance inne – nutzen wir sie!

Literatur bei der Verfasserin

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



ELENA REUSCHEL, ISABELLE RUDOLPH

Niedersächsischer Gesundheitspreis 2019

Die Niedersächsischen Ministerien für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung, die AOK Niedersachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die Apothekerkammer Niedersachsen schrieben 2019 bereits das neunte Mal den Niedersächsischen Gesundheitspreis aus. Durch eine hochkarätige Fachjury wurden zukunftsweisende Ansätze im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung prämiert. Schirmherrin des Preises ist Dr. Carola Reimann, Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

Preisträger in der Kategorie:

Gesunde Lebensräume – Mitdenken und Mitgestalten

In der ersten Preiskategorie wusste das Projekt »3000 Schritte« des Niedersächsischen Turnerbundes e. V. zu überzeugen. Dieses bietet vor Ort und in Zusammenarbeit mit Netzwerkpartner*innen und Ehrenamtlichen kostenlose Bewegungsangebote in Form von individuellen und begleiteten Spaziergerrouten an. Gerade auch älteren Menschen ermöglicht das Angebot, sich aktiv in ihrem Quartier zu bewegen und zu vernetzen. Durch den sozial integrativen Charakter geht dieses Konzept weit über ein reines Bewegungsangebot hinaus und trägt zur sozialen Teilhabe sowie zur Mobilität der älteren Menschen bei. Senior*innen werden an Bewegungsmöglichkeiten herangeführt und lernen Alltagswege (neu) kennen. Teilnehmende erleben durch das Gehen in Gemeinschaft Sicherheit sowie Zugehörigkeit und werden motiviert, gewohnte Wege auch eigenständig zu nutzen. Diese gewonnene Selbstständigkeit stärkt das Wohlbefinden sowie das Selbstwertgefühl und dient somit als protektiver Faktor für die psychische und physische Gesundheit.

Preisträger in der Kategorie:

Arbeit (s) formen – Neue Wege für Gesundheitsberufe

Das Projekt »Help4work« der Caritas Emsland-Mitte Pflege GmbH setzte sich in der zweiten Preiskategorie durch. Es forciert die Belastungen im ambulanten Setting und trägt zur Stärkung der Versorgung im ländlichen Raum bei. Dieser Arbeitsbereich ist durch besondere gesundheitliche Risiken, wie zum Beispiel das Arbeiten ohne kollegiale Unterstützung und alleinige Krisenbewältigung vor Ort bei der zu versorgenden Person ge-

kennzeichnet. Hinzu kommt der scheinbar geringe Raum zur Flexibilisierung der Abläufe. Die Caritas Emsland-Mitte schafft es, durch technisch gestützte Maßnahmen zur Steigerung der Arbeitsautonomie sowie besseren Kommunikation im Team beizutragen. Es besteht zum Beispiel die Möglichkeit, die Pflegeplanung und Dokumentation im Homeoffice zu erledigen und Fallbesprechungen ortsunabhängig per Video durchzuführen. Daraus ergibt sich unter anderem ein längerer Kontakt zu Patient*innen und eine Erhöhung der Versorgungsqualität. Die Maßnahmen können eine große Strahlkraft auf andere Regionen entwickeln und zeigen, dass auch im ambulanten Bereich gesundheitsförderliche Maßnahmen greifen können.

Preisträger in der Kategorie:

eHealth – Distanzen intelligent überwinden

In der dritten Preiskategorie stach das Projekt »Ophthamed-Telenet (OMT)« besonders hervor. In dem Projekt geht es um den Aufbau eines augenärztlichen fachübergreifenden telemedizinischen Netzwerkes zur Anbindung ländlicher Regionen am Beispiel der Insel Borkum, des ZG Zentrum für Gesundheit GmbH und der Gesundheitsregion Leer. Auf der Insel Borkum wurde im örtlichen Krankenhaus ein Raum mit modernsten augenärztlichen Diagnostikgeräten ausgestattet, mithilfe derer von einer*inem zusätzlich geschulten medizinischen Fachgestellten Untersuchungen durchgeführt werden. Die Ergebnisse werden mit einer sicheren VPN-Leitung an die Fachpraxen auf dem Festland übermittelt und dort befundet. Menschen mit Augenproblemen oder chronischen Augenerkrankungen haben so die Möglichkeit einer ortsunabhängigen fachärztlichen Behandlung, ohne dafür das Festland anfahren zu müssen. Dieser Ansatz zeigt vorbildhaft, wie eine lückenlose und flächendeckende Gesundheitsversorgung gestaltet werden kann. Zukunftsweisend ist dabei das Kooperieren und Interagieren von verschiedensten Akteur*innen über Entfernungen hinweg.

Nähere Informationen zu den prämierten Projekten sowie zum Niedersächsischen Gesundheitspreis erhalten Sie unter www.gesundheitspreis-niedersachsen.de.

Anschrift siehe Impressum

VIVIANE SCHERENBERG

Gesundheits-Apps und das Digitale-Versorgung-Gesetz

Am 07. November 2019 wurde das »Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation« (Digitale-Versorgung-Gesetz; DVG) vom Bundestag beschlossen. Mit dem Gesetz können »Apps auf Rezept« verordnet werden, sofern eine begründete Indikation vorliegt. Einen Überblick über professionell ausgestaltete Gesundheits-Apps zu gewinnen, ist für Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und potenzielle Nutzer*innen aufgrund der Dynamik des Marktes schwierig. Zwar ist ein öffentliches »Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen« (DiGa-Verzeichnis) vorgesehen, ob die Öffentlichkeit neben Informationen über erfolgreich geprüfte Gesundheits-Apps auch Kenntnis darüber erlangt, welche Gesundheits-Apps aus welchen Gründen vom Bundesinstitut für Risikobewertung für Arzneimittel und Medizinprodukte abgelehnt wurden, bleibt offen.

Qualität auf Probe

In das DiGa-Verzeichnis aufgenommen werden sollen digitale Gesundheitsanwendungen, die durch eine herstellerunabhängige Einrichtung einen positiven Versorgungseffekt nachweisen können. Für zwölf Monate auf Probe ist eine Aufnahme erstattungsfähiger Apps möglich, wenn der spätere Nachweis positiver Erprobungsergebnisse als »überwiegend« wahrscheinlich angenommen wird. Damit handelt es sich um eine theoretische und nicht um eine indikative oder kausale Beweislast. Während der medizinische Nutzen sowie mögliche Risiken für die Patient*innen unklar bleiben, verursacht die Prüfung hohe Kosten. Zudem wurde die endgültige Aufnahmehürde des Nachweises eines positiven Versorgungseffektes bisher sehr vage definiert.

Generell geprüft werden innerhalb von drei Monaten die Erfüllung der Grundanforderungen, insbesondere formaler Kriterien wie Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Qualität, Datenschutz und Datensicherheit. Ob die digitalen Angebote im Vergleich zu konventionellen Interventionen einen echten Mehrwert bieten, bleibt offen, da bisherige Studien oft keinen direkten Vergleich zu offlinebasierten Interventionen vornehmen. Zwar können vergleichende Langzeitstudien einerseits den Innovationsprozess zeitlich verzögern, andererseits sichern sie eine hohe Qualität und minimieren potenzielle gesundheitliche Risiken. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen schlägt zur Beschleunigung und Qualitätssicherung eine angemessene Bewertung ärztlicher und nicht-ärztlicher Anwendungen nach der hauptsächlichen Funktion analog des britischen National Institut for Health and Care Excellence vor. Diese Einteilung würde zwischen Gesundheits-Apps, die primär einem organisatorischen Zweck (zum Beispiel Digitale Krankenakte) oder einem informationsspezifischen Zweck (zum Beispiel Tracking-Apps) dienen, bis hin zu Apps, die eine Verhaltensänderung unterstützen (zum Beispiel Apps zur Gewichtsabnahme oder zum Diabetes-Management) und jenen, die zu Diagnose- und Therapie Zwecken (zum Beispiel Angststörungen) eingesetzt werden, differenzieren. Je nach Evidenzebene wird der Wirksamkeitsnachweis (oder die Nicht-Schädlichkeit) durch Erfahrungsberichte bis hin zu aufwendigen randomisierten kontrollierten Studien gefordert. Grundsätzlich zu bedenken ist zudem, dass »langfristige« positive Versorgungseffekte neben Input- auch von der Kontext- und Durchführungsqualität und damit von motivationsspezifischen Elementen abhängen. Nachvollziehbare Qualitätskriterien, die in einem Kriterienkatalog verankert werden, sollten aufgrund der Vielschichtigkeit der jeweiligen Indikationsanforderung Leitlinien und Expert*innen medizinischer Fachgesellschaften einbeziehen.

Qualität erfordert Qualitätstransparenz

Nicht zu unterschätzen ist, dass die Qualität von Gesundheits-Apps auch vom Grad der Transparenz der Qualitätskriterien abhängt. Mindestangaben zur Zweckbestimmung, den Einsatzgebieten, der Zielgruppe sowie den Grenzen des Einsatzes des DiGa-Verzeichnisses sollten schon in der App-Beschreibung für potenzielle Nutzer*innen kenntlich gemacht werden. Eine Gütekennzeichnung der Wirkungsprüfung zielgruppenbezogener Gesundheits-Apps in Form einer Empfehlungsliste des geplanten DiGa-Verzeichnisses könnte nicht nur die Transparenz erhöhen, sondern einen Qualitätsanreiz darstellen. Genaue Hintergrundinformationen zum Erprobungsstand und der Einschätzung des Evaluationsniveaus sowie einer Se-

lektionsmöglichkeit des DiGa-Verzeichnisses nach Indikation, zielgruppenspezifischen Aspekten und der Beweislast würde die Transparenz und Entscheidungsfähigkeit der Ärzt*innen deutlich erhöhen. Verordnete Gesundheits-Apps werden bei den Patient*innen ein besonderes Vertrauen genießen. Daher sollte neben Aspekten zu Datensicherheit und -schutz ein besonderer Fokus auf die Qualität und Qualitätstransparenz sowie der ethischen Unbedenklichkeit in der ausstehenden Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums zur genauen Definition der Qualitätskriterien gelegt werden.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. VIVIANE SCHERENBERG, APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft,
E-Mail: viviane.scherenberg@apollon-hochschule.de

VERONIKA BUJNY

Hebammenausbildung geht an die Hochschule

Im November 2019 ist die Verabschiedung des Hebammenreformgesetzes mit der Zustimmung im Bundesrat doch noch fristgerecht vollzogen worden. Bisher fand die dreijährige Ausbildung an Fachschulen statt. Nun soll die gesamte Ausbildung an die Hochschule wechseln. Bis 2022 werden in einer Übergangsphase duale Studiengänge in Hebammenwissenschaft bundesweit eingerichtet. Ein Novum dabei ist die Vergütung des hohen Praxisanteils. Bereits 2013 war diese Entwicklung durch eine EU-Richtlinie festgelegt. Alle europäischen Länder hatten, soweit noch nötig, bis 2018 ihre Ausbildungen umgestellt. Der Stichtag zum Ende der Umsetzungsphase (18.01.2020) wurde in Deutschland nun knapp eingehalten.

Hohe Anforderungen an den Beruf

Hebammen begleiten Frauen und Paare im gesamten Betreuungsbogen von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit. Die umfassende gesundheitlich und psychosozial ausgerichtete Betreuung im häuslichen Umfeld und in der Klinik muss sich nach aktuellen Evidenzen richten.

Die genaue Kenntnis der Wissenschaft

Wissenschaftliches Arbeiten und die Einbringung von Evidenzen in die Praxis sind heute bereits tägliche Praxis. Hebammen sitzen in Leitlinienkommissionen, haben eine eigene Fachgesellschaft, viel Expert*innenwissen und ihren eigenen Blick. Ohne eine komplette grundständige Akademisierung würde der kleine Berufsstand die akademische Professionsentwicklung kaum bewältigen können. Außerdem muss jede Hebamme eigenverantwortlich die Praxis bewältigen. Das lässt keinen Spielraum für dauerhaft unterschiedliche Qualifikation. Eine Verknüpfung von wissenschaftlicher Theorie und Praxis kann nur durch Anbindung an die Hochschule geleistet werden, ebenso wie Hebammenforschung und die Vermittlung genauer wissenschaftlicher Kenntnisse.

In Niedersachsen sind die Weichen gestellt

Björn Thümler, Minister für Wissenschaft und Kultur in Niedersachsen, hatte bereits im August 2019 vier Studienstandorte für Hebammenwissenschaft bekanntgegeben. In Osnabrück, Hannover, Göttingen und Oldenburg sollen Studiengänge entstehen, mit einer Gesamtkapazität von rund 185 Studienplätzen.

Davon sollen 140 Studienplätze für Hebammen neu geschaffen werden. Das ist eine deutliche Erhöhung der Ausbildungskapazität, die derzeit bei etwa 100 Abschlüssen pro Jahr liegt. Für diese zusätzlichen Studienplätze sind im Landeshaushalt 2020 Mittel in Höhe von rund 945.000 Euro eingeplant, die in den Folgejahren weiter anwachsen sollen. Hinzu kommen 45 Studienplätze, die die Hochschule Osnabrück bereits als Bachelorstudiengang aufsatellnd zur Ausbildung im Studiengang Midwifery anbietet. Dies zu erhalten ist insbesondere wichtig zur nachträglichen Bachelorqualifizierung der Hebammen mit bisheriger Ausbildung. Mit Ausnahme von Hannover (Start 2021) sollen die Studiengänge zum Wintersemester 2020 starten. Im Ministerium wird der Aufbau der Studiengänge und eine gemeinsame Entwicklung eines Curriculums begleitet. Es ist unerlässlich die Zeitschiene einzuhalten, den Studiengängen eine ausreichende finanzielle Ausstattung zukommen zu lassen und rasch die nötige Struktur aufzubauen. Eine Verzögerung des Studienbeginns darf es nicht geben, da bereits jetzt die wenigen Hebammen die klinische und außerklinische Arbeit nicht mehr vollständig leisten können und zusätzlich ein Viertel der Hebammen in den nächsten acht Jahren in den Ruhestand geht.

Die Praxis profitiert

Rund um die Studienstandorte werden viele Kliniken von den Studierenden profitieren, die sie durch gute praktische Ausbildung an sich binden können. Die Praxispartner*innen können sich durch eine zusätzliche Gewährleistung von Praxisanleitung auf die Studierenden vorbereiten. So kann die neue Ausbildung zu einem Gewinn werden.

Literatur bei der Verfasserin

VERONIKA BUJNY, Hebammenverband Niedersachsen e. V.,
Birkenstraße 153, 26810 Westoverledingen, Tel.: (0 49 55) 93 53 38,
E-Mail: vorsitzende-1@hebammen-niedersachsen.de

ANNA HUBER, DENNIS ODUKOYA, HELLA VON UNGER

Gesundheit nach der Flucht – Warum partizipative Forschung angemessen ist

Wenn Menschen flüchten, ist dies oft mit gesundheitlichen Risiken verbunden. Diese können in der Fluchtsituation begründet liegen, mit den Fluchtbedingungen und auch mit den Lebensbedingungen nach der Flucht zusammenhängen. Allerdings gibt es große Unterschiede: nicht alle Menschen mit Fluchterfahrung sind gleichermaßen von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen betroffen. Manche Geflüchtete sind außerordentlich gesund, wie zum Beispiel eine kanadische Studie mit jungen, neu angekommenen geflüchteten Personen aus Syrien zeigt. Die Situation in den Aufnahme-ländern ist oft von eingeschränkten Zugängen zum Gesundheitssystem, ungünstigen Lebensbedingungen und Einschränkungen der sozialen Teilhabe Geflüchteter (zum Beispiel am Arbeitsmarkt) geprägt – so auch in Deutschland. Public Health-Akteure fordern daher eine Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Situation von Geflüchteten in den Aufnahme-ländern. Doch wie lässt sich dies erreichen? Welche Rolle kann Forschung dabei spielen? Welchen Stellenwert haben geflüchtete Personen selbst bei der Entwicklung von Lösungen?



Partizipative Forschung

Einen vielversprechenden Zugang, der international auch mit Geflüchteten bereits erfolgreich angewendet wird, bietet die partizipative Forschung. Partizipativ zu forschen bedeutet, die Menschen, um die es geht, an allen Phasen des Prozesses mit Entscheidungsmacht zu beteiligen. Ziel ist es, eine Situation besser zu verstehen und sie zu verändern, gesellschaftliche Teilhabe zu stärken und soziale sowie gesundheitliche Benachteiligungen abzubauen. Der Ansatz der community-basierten partizipativen Forschung legt einen Schwerpunkt auf lebensweltliche Gemeinschaften. Er verfolgt die Absicht, in und mit Communities die Ursachen von Gesundheitsproblemen zu erforschen und Handlungsstrategien zu entwickeln. Aufgrund der stark regulierten Lebensumstände von Geflüchteten in Deutschland sind Gemeinschaftsstrukturen hier nicht immer vorhanden oder stark ausgebildet. Partizipative Forschung muss daher einen Fokus auf die Förderung und den Ausbau von Gemeinschaftsstrukturen in den Lebenswelten legen. Dies kann beispielsweise durch Gründung von lokalen Initiativen, Gruppen, Vereinen und Netzwerken geschehen.

Ein neues Projekt: EMPOW

Ein neues partizipatives Projekt, das mit Geflüchteten zum Thema arbeitet, ist das EMPOW-Projekt (Vulnerabilität und Empowerment: Partizipative Ansätze der Gesundheitsförderung mit Geflüchteten). Das Projekt wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert, ist an der Ludwig-Maximilians-Universität München angesiedelt und wird an drei Standorten mit Community- und Praxispartnern durchgeführt. In Hannover ist die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. ein zentraler Partner, in Berlin der Verein GEDA e. V. und in München das Beratungs- und Behandlungszentrum Refugio. Im EMPOW-Projekt werden Menschen mit Fluchterfahrung als Co-Forschende und Community-Partner*innen beteiligt: sie bestimmen die Themenwahl, die Zielsetzung, das methodische Vorgehen, die Auswertung und die Entwicklung praktischer Maßnahmen der Gesundheitsförderung wesentlich mit. Partizipative Forschungsmethoden, die zur Anwendung kommen, reichen von kunstbasierten Methoden, über Community-Mapping und Photovoice bis hin zu weiteren Methoden der empirischen Sozialforschung. Ziel ist es, Community-Strukturen zu fördern und zu verstehen sowie gesundheitsbezogene Bedarfe und Ressourcen partizipativ zu bestimmen. Auf dieser Basis werden Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Menschen nach der Flucht gemeinsam entwickelt und soweit möglich verstetigt. Im Hinblick auf den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn

zielt das EMPOW-Projekt darauf ab, das Konzept der Vulnerabilität kritisch zu hinterfragen und weiterzuentwickeln und dabei ein besonderes Augenmerk auf die Perspektiven der geflüchteten Menschen selbst zu legen.

Forschungsethisches Anliegen: einen praktischen Nutzen für Geflüchtete erzielen

Für partnerschaftliche Forschung mit geflüchteten Menschen sprechen auch forschungsethische Gründe. So wurde im Feld der Fluchtforschung der »duale Imperativ« als ethisches Prinzip formuliert. Dieses besagt, dass neben wissenschaftlichen Erkenntnissen auch ein praktischer Nutzen für das Feld erzielt werden soll. Geflüchtete Menschen und ihre Gemeinschaften sollen also ganz praktisch und möglichst nachhaltig vom Forschungsprozess profitieren.

Literatur bei den Verfasser*innen

ANNA HUBER, DENNIS ODUKOYA, PROF. DR. HELLA VON UNGER,
Ludwig-Maximilians-Universität (LMU), E-Mail: unger@lmu.de

UTE SONNTAG

Das MDK-Reformgesetz

Die Bevölkerung kommt mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Berührung, wenn in einem Hausbesuch der Grad der Pflegebedürftigkeit begutachtet wird oder wenn eine berufstätige Person beim MDK einbestellt wird, um die Arbeitsunfähigkeit oder die Sicherung des Behandlungserfolges zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu überprüfen. Weitere Aufgaben des MDK sind die Überprüfung strittiger Krankenhausabrechnungen, Qualitätsprüfungen im Krankenhaus oder von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Auch unterstützt er die Kranken- und Pflegekassen bei vermuteten Behandlungs- oder Pflegefehlern. Ende 2019 wurde der MDK reformiert. Der Bundestag beschloss am 14.12.2019 das MDK-Reformgesetz (Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen). Worum geht es dabei? In diesem Artikel wird eine Auswahl an Aspekten vorgestellt.

Reformaspekt Verwaltungsrat

Wie andere Sozialversicherungsträger auch, hat der MDK einen Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan. Seit mehreren Sozialwahlen steht in den Abschlussberichten der Bundeswahlbeauftragten, dass Frauen in den Verwaltungsräten unterrepräsentiert seien und dies geändert werden müsse. Da bisher nichts geschah, ist im Reformgesetz verbindlich festgeschrieben, dass die Verwaltungsräte paritätisch mit Frauen und Männern zu besetzen seien. Bisher waren ausschließlich Delegierte der verschiedenen Kassenarten in den Verwaltungsräten vertreten. Dies ändert das Gesetz: Von 23 Vertreter*innen werden nur 16 Personen zukünftig von den Kassenarten in den Verwaltungsrat gewählt. Wer dabei wie viele Sitze bekommt, darauf müssen sich die Kassen einigen. Die Reform sagt der Ämterhäufung und der Machtkonzentration den Kampf an: Die Amtszeit darf zwei Amtsperioden nicht überschreiten. Zudem dürfen die Personen nicht mehr als ein anderes Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers oder eines anderen Medizinischen Dienstes (MD) innehaben. Nicht nur die Kassen und MDKs kritisieren diese Regelung, auch aus den Reihen der Gewerkschaft

und der Arbeitgeber kommt Ablehnung. Die Mandatsbegrenzung bedeute Erfahrungs- und Wissensverlust, der die soziale Selbstverwaltung schwäche. Die Arbeit in den Verwaltungsräten der MDKs ist voraussetzungsreich. Wer ehrenamtliche Versichertenvertreter*innen in den Verwaltungsräten haben will, die tatsächlich die Interessen der Versicherten vertreten können, kann nicht nach zwei Amtszeiten schon wechseln wollen. Zudem macht eine solche Regelung einen viel größeren Pool an Personen erforderlich, um immer wieder neue kompetente Interessierte für diese Aufgaben zu rekrutieren. Ob dies gelingt, wird sich in der Zukunft zeigen.

Sieben weitere Personen werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon fünf aus dem Selbsthilfebereich, dem Patient*innenschutz, von Verbraucherschutzorganisationen, Organisationen behinderter und pflegebedürftiger Menschen oder pflegender Angehöriger. Hinzu kommt je ein*e Vertreter*in auf Vorschlag der Landespflegekammern und der Landesärztekammern ohne Stimmrecht.

Reformaspekt Struktur

Bisher waren die MDKs Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, die insbesondere in den neuen Bundesländern als e. V. organisiert waren. Das neue Gesetz legt fest, dass die MDKs MDs werden, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts errichtet werden. Sie sollen damit unabhängiger von den Kassen werden, so der politische Wille. Die bisher unterstellte Abhängigkeit von den Kassen wird von diesen und den MDKs vehement bestritten. Unklar bleibt, warum das Gesetz dann nicht auch die Finanzierung der MDs geändert hat. Sie werden weiterhin allein von den Kranken- und Pflegekassen durch eine Umlage bezahlt. Der bisherige Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird durch den Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) ersetzt, der auch eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes wird und dessen Mitglieder die MDs sind. Dort wird zudem eine unabhängige Ombudsperson angesiedelt, an die sich Versicherte und Beschäftigte des MD Bund bei Unregelmäßigkeiten der Arbeit des MD Bundes wenden können. Der MD Bund ist zuständig für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung der MDs in den Ländern. Er berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen.

Reformaspekt Krankenhausabrechnungen

Bei den Prüfungen der Krankenhausabrechnungen geht es zum Teil um sehr viel Geld. Für Krankenhäuser hatte es bisher keine Konsequenzen, den Kassen zu hohe Abrechnungen vorzulegen. Die Reform führt zwar Konsequenzen ein, schützt aber andererseits die Krankenhäuser. Die Quote der zur Prüfung zugelassenen Abrechnungen wird gedeckelt. Findet die Kasse Unregelmäßigkeiten, muss das Krankenhaus 300 Euro an die Kassen oder einen Aufschlag von 10 Prozent auf den ermittelten Differenzbetrag zahlen. Wird keine Unregelmäßigkeit gefunden, ist es vice versa. Ab 2021 gelten quartalsbezogene Prüfquoten, die für Krankenhäuser mit wenigen Fehlrechnungen geringer ausfallen als für Krankenhäuser, die viele fehlerhafte Rechnungen produzieren.

Die Umsetzung der verschiedenen Teile des Gesetzes erfolgt schrittweise bis Anfang 2022.

Literatur bei der Verfasserin, Anschrift siehe Impressum

Kommunales



NATALIE HELSPER, SIMONE KOHLER, JANA SEMRAU,
LEA DIPPON, KARIM ABU-OMAR, KLAUS PFEIFER &
ALFRED RÜTTEN

KOMBINE – Kommunale Bewegungsförderung zur Implementierung der Nationalen Empfehlungen

Ansätze der kommunalen Bewegungsförderung (kBF) können einen vielversprechenden Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit leisten, indem sie sich an die gesamte Bevölkerung richten, aber eine Stigmatisierung von Menschen mit sozialer Benachteiligung (MSB) vermeiden. Menschen, die Merkmale einer sozialen Benachteiligung wie sehr niedriges Einkommen oder sehr niedrige Schulbildung aufweisen, sind erwiesenermaßen gesundheitlich höher belastet und werden durch Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung bisher nicht ausreichend erreicht.

Die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (NEBB) empfehlen als Ansätze der kBF gemeindebezogene Mehrkomponentenansätze sowie politik- und umweltbezogene Maßnahmen. Das Vorhaben KOMBINE verfolgt die modellhafte Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Konzeptes zur Umsetzung der NEBB im kommunalen Kontext für die gesamte Bevölkerung unter Berücksichtigung von Zugangswegen zu MSB.

Die Laufzeit des Vorhabens beträgt zweieinhalb Jahre und ist in drei Phasen aufgeteilt. Ein Aktivierungs- und Beteiligungsansatz ist in allen Projektphasen grundlegend. Der jeweilige kommunale Kontext, der bestehende politische Rahmen des Präventionsgesetzes, wissenschaftliche Erkenntnisse der NEBB sowie die Perspektive von MSB werden in der Umsetzung gleichermaßen berücksichtigt.

Erste Phase: partizipative Konzepterstellung (Juni 2018 – März 2019)

Anhand zweier Workshops wurden Anfang 2019 in kooperativer Zusammenarbeit mit 64 kommunalen Vertreter*innen, politischen Entscheidungsträger*innen und Wissenschaftler*innen Bedarfe, Erfolgsfaktoren und Hindernisse der kBF mit Fokus auf MSB identifiziert. Basierend auf den gesammelten Nennungen wurden anschließend gemeinsam Schlüsselfaktoren (zum Beispiel »politische Unterstützung«, »vorhandene Strukturen einbinden« sowie »Partizipation«) zur erfolgreichen Umsetzung im kommunalen Kontext erstellt. Diese sind in die Entwicklung eines Handlungskonzeptes zum nachhaltigen Strukturaufbau einer kBF unter Berücksichtigung von Zugangswegen zu MSB eingeflossen.

Zweite Phase: partizipative Konzepterprobung in Modellkommunen bundesweit (April 2019 – März 2020)

Seit April 2019 wird das Handlungskonzept in drei Landkreisen (Bad Kissingen, Schmalkalden-Meiningen, Segeberg), zwei Großstädten (Marburg, Solingen) und einer Metropole (Stuttgart) anhand eines kooperativen Planungsansatzes erprobt. Für eine bedarfsorientierte und kontextspezifische Maßnahmenentwicklung bezieht der Ansatz der kooperativen Planung systematisch lokale Erfahrungen unterschiedlicher Entscheidungsträger*innen aus Verwaltung, sozialen Einrichtungen, Politik, Wissenschaft und von Repräsentant*innen vulnerabler Bevölkerungsgruppen ein. Zur Vorbereitung der kooperativen Planung und Sicherung der Nachhaltigkeit wurden sechs Kümmer*innen als jeweilige Vertreter*in der Kommune für KOMBINE ausgewählt und eine Moderator*innenschulung durchgeführt. Die Kümmer*innen agieren als Ansprechpartner*innen für die örtlichen Projektpartner*innen und ko-moderieren den kooperativen Prozess zusammen mit dem Wissenschaftsteam. Durch eine frühzeitige Verantwortungsübernahme durch die Kümmer*innen sollen Kapazitäten für eine langfristige Fortführung von kBF mit Fokus auf Zugangswegen zu MSB aufgebaut werden.

KOMBINE sieht insgesamt zehn Planungstermine in beteiligten Modellkommunen vor. Zu Beginn der kooperativen Planungsphase sammeln und priorisieren alle beteiligten Akteur*innen gemeinsam Ideen zur Weiterentwicklung der Bewegungsförderung vor Ort. Anschließend werden aus priorisierten Ideen konkrete Maßnahmen abgeleitet, die in Arbeitsgruppen vor Ort vorbereitet werden. Bislang sind zwischen fünf und sieben Planungstreffen vor Ort erfolgt.

Dritte Phase: Verbreitung und Transfer des Konzeptes (April 2020 – Dezember 2020)

Neben einem Workshop mit dem Ziel der Vernetzung von Kommunen und dem bundesweiten Transfer der NEBB ist für die dritte Phase die Erstellung eines Manuals vorgesehen. Grundlage hierfür sind die in den sechs Modellkommunen gesammelten Erfahrungen zur Erprobung des Handlungskonzeptes sowie entsprechende Ergebnisse einer partizipativen Evaluation des Prozesses und der Maßnahmenumsetzung.

Literatur bei den Verfasser*innen

Ansprechperson: NATALIE HELSPER, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, E-Mail: natalie.helsper@fau.de

KRISTINA SUPPER

Gesundheitsförderung in Berufsbildenden Schulen

In Niedersachsen weist die Landschaft der Berufsbildenden Schulen (BBS) eine große Heterogenität an Schulformen auf. Jeder Weg – sei es ein nachgeholt Hauptschulabschluss oder ein dualer Berufsabschluss – bringt die Schüler*innen einen Schritt näher an ihren persönlichen Berufseinstieg. Damit ein guter und gesunder Start in das Berufsleben gelingen kann, sollten bereits während der schulischen Ausbildung die Gesundheitskompetenzen der Berufsschüler*innen und gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in der Schule gestärkt werden.

Hintergrund

Der Präventionsbericht der Krankenkassen von 2019 zeigt, wie in den Jahren zuvor, dass Berufsbildende Schulen noch immer zu den weniger erreichten Lebenswelten zählen. So wurden bisher erst knapp 375.000 Personen in diesem Setting mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen erreicht, wohingegen sich Projekte in Grundschulen bereits an 3,5 Millionen Kinder gerichtet haben. Lediglich 16 Prozent der bisherigen Interventionen setzten sich inhaltlich mit der Gesundheitskompetenz und nur 12 Prozent mit dem Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten auseinander.

Vor diesem Hintergrund initiierte die LVG & AFS gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse 2018 das Projekt »Gesundheitsförderung in Berufsbildenden Schulen«. Hierfür konnten sich niedersächsische Berufsbildende Schulen um eine Teilnahme als Modellschule bewerben. Zu den Pilotschulen zählen die BBS I in Emden, die BBS Haarentor in Oldenburg, die Elisabeth-von-Rantzau-Schule in Hildesheim und die Berufsfachschule Altenpflege des Diakonischen Werkes Wolfsburg e. V. Um die Vielfalt der Berufsschullandschaft auch hier abzudecken, sind insgesamt sechs Modellklassen unterschiedlicher Berufsschulformen, Ausbildungsbereiche und Klassenstufen dabei: In Emden die Heilerziehungspfleger*innen und die Fachoberschulklasse mit dem Schwerpunkt Sozialpädagogik, in Oldenburg eine Fachinformatiker*innenklasse mit Fachrichtung Anwendungsentwicklung, in Hildesheim sind es zwei Klassen mit angehenden sozialpädagogischen Assistent*innen und in Wolfsburg eine Klasse angehender Altenpfleger*innen.

Projektablauf

Nach einem Einstieg in das Thema Gesundheit und der Auseinandersetzung mit den Determinanten für körperliches, soziales und geistiges Wohlbefinden wurde in jeder Klasse eine quantitative Erhebung gesundheitlicher Bedarfe durchgeführt. Die Fragebögen gliederten sich in die fünf Themenbereiche »Schule im Fokus«, »Gesundheitszustand«, »-verhalten«, »-belastungen« und »Arbeits- & Erholungsfähigkeit«.

Insgesamt haben 126 Schüler*innen an der Bedarfserhebung teilgenommen. Die Ergebnisse zeigen trotz der heterogenen Schüler*innenlandschaft überwiegend ein ähnliches Bild. So zählen Klausuren und Müdigkeit in fünf von sechs Klassen zu den häufigsten wahrgenommenen Belastungen in der Schule, am zweithäufigsten (drei von sechs Klassen) wurden langes Sitzen und Konzentrationsprobleme benannt. Alle sechs Klassen gaben an, als häufigstes Symptom in den letzten sechs

Monaten von Müdigkeit und Lustlosigkeit betroffen gewesen zu sein, an zweiter Stelle (vier von sechs Klassen) wurden Kopfschmerzen genannt. Die Schüler*innen gaben außerdem ihre individuelle täglich geschätzte Zeit am Smartphone an, was daraufhin auf einen Klassendurchschnitt aufgerechnet wurde. Das Ergebnis zeigt eine durchschnittliche Spanne von 2,7 bis 4,6 Stunden täglich. Alle sechs Klassen zählen Musik hören und auf der Couch entspannen zu ihrer häufigsten und täglichen Freizeitbeschäftigung, gefolgt von Fernsehen oder Streamen (vier von sechs Klassen).

Anhand der ausgewerteten Ergebnisse konnten klare Bedarfe und Verbesserungsmöglichkeiten herausgestellt werden. Diese wurden von den Berufsschüler*innen gemeinsam erarbeitet und spezifiziert. Die vielfältigen Ideen wurden mit der Schulleitung, den Abteilungsleitungen und den Lehrkräften besprochen und auf eine mögliche Realisierung geprüft. Für Ideen, an denen weitergearbeitet werden konnte, zum Beispiel der Umgestaltung von Gruppenarbeitsräumen, der Anschaffung von Wasserspendern oder regelmäßigen Bewegungsimpulsen im Unterricht, haben die Schüler*innen ein konkretes Konzept erarbeitet, welches nun mithilfe der Schulleitungsebene umgesetzt werden soll.

An allen Modellschulen ist ein gesundheitsförderlicher Prozess angestoßen, welcher teilweise in Arbeitsgruppen weitergeführt wird und die Lebenswelt Berufsbildende Schule gesundheitsförderlicher gestalten wird.

Literatur bei der Verfasserin, Anschrift siehe Impressum

ALEXANDRA SCHÜSSLER, JAN FISCHER, ELISABETH RATAJ

Digitale partizipative Evaluation in Braunschweiger Jugendzentren

Mitbestimmung, Mitgestaltung und Befähigung zur Selbstbestimmung sind die Schlagworte, welche den Begriff der Jugendarbeit im achten Sozialgesetzbuch prägen. Formen der Partizipation sind nicht bloße Optionen der Kinder- und Jugendarbeit, sondern gesetzlicher Auftrag. Mit dem Forschungsverbund für gesunde Kommunen (PartKommPlus) fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung ein Vorhaben, welches sich dezidiert der partizipativen Gesundheitsforschung verschrieben hat. Im Rahmen des Kooperationsprojekts »PEPBS – Partizipative Evaluation der Präventionskette Braunschweig« (Förderkennzeichen 01EL1823E) entwickeln und evaluieren Wissenschaftler*innen der LVG & AFS gemeinsam mit Braunschweiger Jugendzentren Beteiligungsmöglichkeiten für junge Braunschweiger*innen. Ein Projektziel ist dabei, die Jugendlichen bei der Aneignung und Gestaltung ihrer Lebenswelt fördernd zu begleiten. Dafür sollen, neben den pädagogisch begleiteten Angeboten, Räume geschaffen werden, welche sich die Jugendlichen selbsttätig zu eigen machen können. Dies bedeutet, dass sie in diesen Räumen das Recht haben, weitgehende Handlungsautonomie auszuüben, Verantwortung zu übernehmen und eigenständig gestalterisch tätig zu werden. Aufgegriffen wurde hier die Idee von sogenannten »Autonomen Öffnungen«, die ursprünglich auf der Braunschweiger Jugendkonferenz entstanden ist. Diese bieten den Jugendlichen die Chance, ihr Jugendzentrum auch außerhalb der regulären Betriebszeiten eigenständig zu

öffnen und die Räumlichkeiten selbstbestimmt zu nutzen. Eine Methode zur partizipativen Evaluation der »Autonomen Öffnungen« bedient sich des Online-Tools Mentimeter. Die Initiative dazu ging von den Jugendzentren aus.

Partizipation digital unterstützt

Durch die Nutzung digitaler Instrumente zur Beteiligung, kann ein lebensweltnaher sowie barrierearmer Zugang zu Jugendlichen ermöglicht werden. Mittels des Online-Tools Mentimeter wird eine unkomplizierte anonyme Erhebung, Verbreitung und Visualisierung von Umfragedaten ermöglicht. Gemeinsam können die Jugendlichen, die Jugendzentrumsleitung sowie die Forschenden der LVG & AFS ein Erhebungsinstrument zur Evaluation der jeweiligen »Autonomen Öffnung« erstellen. Zugang zur jeweiligen Umfrage erhalten die Teilnehmenden schnell über ihr Smartphone, mit der Eingabe eines bereitgestellten Codes. Die anonymisierten Ergebnisse von mehreren Befragungen werden in Gruppenprozessen ausgewertet. Durch die gemeinsame Aufarbeitung der Ergebnisse können die verschiedenen Perspektiven reflektiert und wichtige Impulse zur gemeinsamen Gestaltung des Jugendzentrums generiert werden.

Digitale partizipative Evaluation »Autonomer Öffnungen«

Die Teilnahme an der Erhebung durch Mentimeter erfolgt regelmäßig im Nachgang einer »Autonomen Öffnung« und umfasst aktuell unter anderem Fragen zu Motivation, Verantwortungsübernahme, Umgang mit herausfordernden Situationen, den unternommenen Aktivitäten, benötigtem Material und weiteren Wünschen.

Schon bei der gemeinsamen Konzeption des Erhebungsinstruments zeigte sich, dass die verschiedenen beteiligten Personengruppen unterschiedliche Erwartungen an die »Autonomen Öffnungen« stellen. Bislang zeigt sich bei den beteiligten Jugendlichen, dass sie mit der regelmäßigen Abfrage vornehmlich sicherstellen wollen, dass der organisatorische Rahmen der »Autonomen Öffnung« ihren Bedürfnissen entspricht. Die Fachkräfte hingegen interessieren sich darüber hinaus für die Persönlichkeitsentwicklung der Jugendlichen. Es wird angestrebt, dass die Jugendlichen durch die »Autonome Öffnung« darin unterstützt werden, ihre eigenen Interessen einzubringen, häufiger Selbstwirksamkeit zu erleben und soziale Kompetenzen auszubauen, die ihre persönliche Entwicklung befördern.

Ein Projekt mit Perspektive

Die Entscheidungsträger*innen der Kommunalverwaltung, insbesondere der Stadtjugendpfleger Andreas Bogner sowie Beatrice Försterra von der Koordination Kinderarmut, sind von Beginn an Teil des PEPBS-Projekts. Durch die unmittelbare Rückkopplung der Ergebnisse zur Verwaltungsebene, können identifizierte Bedarfe direkt implementiert und die Weiterentwicklung des Konzepts gefördert werden. Die zusammengetragenen Erkenntnisse des Projekts sollen in einem Leitfaden weiteren Jugendzentren Orientierung bieten. Durch den Transfer in die überregionale Fachöffentlichkeit können die Erfahrungen darüber hinaus diskutiert werden und Anwendung finden.

Literatur bei den Verfasser*innen, Anschrift siehe Impressum

Impressum



-
- » **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 88 11 89-31
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:** Daniel Albrecht, Sophia Gottschall, Lea Oesterle, Dr. Ute Sonntag, Kristina Supper, Mareike Timmann
-
- » **Beiträge:** PD Dr. Karim Abu-Omar, Thomas Altgeld, Maria Becker, Dr. Tilman Brand, Veronika Bujny, Dr. Heide Busse, Lea Dippon, Marie-Kristin Dunker, Jan Fischer, Dirk Gansefort, Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Dr. Friederike A. Haass, Prof. Dr. Thomas Hartmann, Natalie Helsper, Susanne Hildebrandt, Prof. Dr. Alfons Holleederer, Anna Huber, Jens Hupfeld, Dana Jarczyk, Martina Kipp, Simone Kohler, Prof. Dr. Petra Kolip, Prof. Dr. Christian Krauth, Jan Kreie, Dr. Gerd Landsberg, Sonja Müller, Hans-Dieter Nolting, Dennis Odukoya, Lea Oesterle, Prof. Dr. Klaus Pfeifer, Prof. Dr. Wolf Polenz, Susan Radant, Yvonne Ramus, Elisabeth Rataj, Dr. Carola Reimann, Elena Reuschel, Isabelle Rudolph, Prof. Dr. Dr. Alfred Rütten, Tanja Sädler, Kristina Schaubert, Prof. Dr. Viviane Scherenberg, Alexandra Schüssler, Lennart Semmler, Dr. Jana Semrau, Dr. Ute Sonntag, Kristina Supper, Theresa Vanheiden, Prof. Dr. Hella von Unger, Franziska Wächter, Prof. Dr. Hajo Zeeb
-
- » **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 107: 15.04.2020
-
- Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
-
- » **Auflage:** 10.000
-
- » **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 Autor*innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.
-
- » **Titelbild:** © Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation
-
- » **Fotos:** S. 14: © Eurostat 2019, © adobe.stock.com: © Franz Pfluegl (S. 2), © New Africa (S. 5), © howtogoto (S. 6), © tamayura39 (S. 7), © darknightsky (S. 8), © ink drop (S. 9), © relief (S. 10), © Robert Kneschke (S. 13), © faithie (S. 16, 17), © Art_Photo (S. 20), © Halfpoint (S. 22), © BillionPhotos.com (S. 25), © Андрей Яланский (S. 27), © spq1 (S. 28), © gena96 (S. 30), © Halfpoint (S. 31)
-
- » **Liebe Leser*innen, wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der Impulse speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter info@gesundheit-nds.de widersprechen.**
-
- » **Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.**
-



Agiles Coaching

In diesem Grundlagenwerk erläutert Judith Andresen, die als Organisationsentwicklerin über langjährige Erfahrungen im Bereich des agilen Coachings verfügt, grundlegende Vorgehensweisen sowie Handlungsfragen und handlungsleitende Werte. Zunächst führt sie in die Grundlagen der digitalen Transformation ein und greift den Einsatz von Impulsen, Interventionen sowie Sekundärberatungen auf. Anschließend gewährt sie detaillierte Einblicke in agile Coachingprozesse und stellt die Vielfalt agiler Methoden vor. Ein Kapitel widmet sich explizit der Vermeidung typischer Stolperfallen. Die Autorin verzahnt theoretisches Basiswissen geschickt mit praktischen Anwendungsmöglichkeiten, die durch aussagekräftige Darstellungen visuell untermauert werden. Jedes der 16 umfangreichen Kapitel endet mit einem Fragenkatalog, der zur Selbstreflexion anregt. Das Werk richtet sich sowohl an Berater*innen und Coaches als auch an alle Interessierten, die sich mit agilen Organisationsentwicklungsprozessen auseinandersetzen. Es gibt auf leichtverständliche Art und Weise vielfältige Gedankenanstöße und ermöglicht einen Überblick über agiles Coaching. Ergänzt wird es durch ein E-Book inside. (mk)

JUDITH ANDRESEN: *Agiles Coaching. Die neue Art, Teams zum Erfolg zu führen.* Carl Hanser Verlag, München, 2018, 389 Seiten, ISBN 978-3-446-45168-1, 32,00 Euro

Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit

Die umfangreiche Dokumentation basiert auf dem Workshop »Voneinander lernen und miteinander die Zukunft gestalten!« des Fachverbandes Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit, des Lehrstuhls für Arbeits- und Organisationspsychologie der Friedrich Schiller Universität Jena sowie der allgemeinen Unfallversicherungsanstalt Österreichs. Die Vorträge greifen Themen zur Fachpsychologieausbildung auf: Arbeit, Sicherheit und Gesundheit, Präventionskultur, bedarfsgerechte Betreuung, Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung und Mobbing am Arbeitsplatz. In den 36 Arbeits-Dialog-Kreisen werden unterschiedliche Themen – beispielsweise zu Führung und Organisation, Gefahrenstoffen oder Nachhaltigkeit und Evaluation – von Expert*innen dargestellt. Abschließend werden Inhalte weiterer Tagungsformate wie Fishbowl vorgestellt. Insgesamt liegt eine ausführliche Dokumentation vor, die ein breites Themenspektrum zur Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit behandelt. (frw)

RÜDIGER TRIMPOP, JANA KAMPE, MORITZ BALD, IRIS SELIGER, GEORG EFFENBERGER (HRSG.): *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Voneinander lernen und miteinander die Zukunft gestalten! 20. Workshop 2018.* Asanger Verlag, Kröning, 803 Seiten, ISBN 978-3-89334-633-2, 49,50 Euro

Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung

Der Sachverständigenrat analysiert in diesem Gutachten umfänglich die Entwicklung der Gesundheitsversorgung und daraus resultierende Steuerungsbedarfe. Wesentliche Ausgangsfrage war, wie begrenzte Mittel sinnvoll eingesetzt und alle beteiligten Akteur*innen berücksichtigt werden können, um eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Neben der Benennung von Handlungsbedarfen werden abschließend konkrete Handlungsempfehlungen zur verbesserten sektorübergreifenden Versorgung gegeben. Das Buch orientiert sich in seiner Gliederung an den Sektoren ambulant, stationär sowie Notfallversorgung und enthält nachvollziehbar gestaltete Analysen. Es richtet sich neben allen Interessierten speziell an Personen, welche an der Strukturgestaltung beteiligt sind. (daj)

SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN (HRSG.): *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung Gutachten 2018.* MWV Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2018, 784 Seiten, ISBN 978-3-95466-421-4, 39,95 Euro

ePublic Health – Einführung in ein neues Forschungs- und Anwendungsfeld

Die Digitalisierung durchdringt zunehmend auch die Wissenschaft und Praxis von Public Health und eröffnet dabei neue Fragestellungen: Woran erkenne ich Nutzen und Qualität digitaler Anwendungen? Welche Rolle spielt Digitalisierung in Settings? Neue Technologien, aber alte Ungleichheiten? In 25 Beiträgen legen die Autor*innen eine umfangreiche, gut strukturierte Annäherung an ein neues Forschungs- und Anwendungsfeld dar. Konzeptionelle, methodische, lebensweltliche und nutzer*innenorientierte Perspektiven laden Leser*innen aus Wissenschaft und Praxis zur Reflexion der digitalisierten Gesundheit ein. (ls)

CHRISTOPH DOCKWEILER, FLORIAN FISCHER (HRSG.): *ePublic Health – Einführung in ein neues Forschungs- und Anwendungsfeld.* Hogrefe Verlag, Bern, 2019, 336 Seiten, ISBN 978-3-456-85846-3, 49,95 Euro

Agile Teams lösungs- fokussiert coachen

Mit lösungsfokussiertem Coachen die Arbeit agiler Teams erfolgreicher zu gestalten, ist das zentrale Anliegen des in der dritten Auflage neu erschienenen Buches von Veronika Kotrba und Ralph Miarka. In neun Kapiteln stellen die Autor*innen Grundlagen sowie zentrale Techniken, Methoden und Themen des lösungsfokussierten Coachings vor. So beschäftigen sich die Autor*innen etwa mit den Möglichkeiten sprachlicher Interventionen, der Konfliktbewältigung in Teams oder der lösungsfokussierten Gestaltung von Meetings. Am Ende jedes Kapitels finden die Leser*innen Reflexionsfragen sowie Experimente und Übungen, die das Anwenden des Gelesenen in der Praxis erleichtern. Für Coaches, Scrum Master, Verantwortliche in Projektteams und Führungskräfte bietet das Buch sowohl umfangreiches Grundlagenwissen als auch praxisnahe Anleitungen, die das lösungsfokussierte Coachen in agilen Teams bereichern können. (frw)

VERONIKA KOTRBA, RALPH MIARKA: Agile Teams lösungsfokussiert coachen. dpunkt.verlag, Heidelberg, 3. überarbeitete und erweiterte Aufl., 2019, 262 Seiten, ISBN 978-3-86490-614-5, 32,90 Euro

Hausärztemangel auf dem Land

Die zunehmend schwieriger werdende Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung auf dem Land ist vielerorts ein Thema – somit können diese Werkstattberichte von Studierenden einen wichtigen Impuls zur Ursachenanalyse und Lösungsansätze für die Praxis liefern. In dem Herausgeberband werden aus unterschiedlichen Berufsperspektiven verschiedene (regionale) Ansätze zusammengestellt. Diese wurden qualitativ erforscht, sodass gute Einblicke in die Evidenz und Effektivität verschiedener Konzepte geliefert werden. Im multifaktoriellen komplexen Geschehen kann dabei allerdings keine Vollständigkeit gewährleistet werden. (lo)

MARKUS HERRMANN, HEIKE OHLBRECHT, ASTRID SELTRECHT (HRSG.): Hausärztemangel auf dem Land. Einblick in die ländliche Primärversorgung. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2019, 141 Seiten, ISBN 978-3-86321-398-5, 24,95 Euro

A bis Z der Interventionen in Gruppen

Im Zentrum von Hartwig Hansens Publikation stehen Flipchart-Entwürfe, die Strukturierungsideen für Moderationsprozesse und Impulse für Beratung und Supervision in Gruppen geben. Dabei beschreibt der Autor die Entstehungs- und Anwendungskontexte der Interventionen aus seiner beruflichen Praxis, was den Leser*innen interessante Einblicke gewährt und den Bezug auf eigene Anwendungsgebiete und Handlungsfelder erleichtert. Das Buch bietet sowohl für in Beratung und Supervision Tätige als auch für Gruppenleitungen und Teamentwickler*innen eine umfangreiche Sammlung von Flipchart-Tools, die ihre Arbeit mit Gruppen bereichern können. Es eignet sich zum Querlesen und verfügt über zahlreiche Literaturhinweise, die zu einer vertieften Beschäftigung mit einzelnen Themen und Methoden einladen. (frw)

HARTWIG HANSEN: A bis Z der Interventionen in Gruppen. Flipchart-Tools für Beratung, Supervision und Teamentwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart, 2018, 239 Seiten, ISBN 978-3-608-89186-7, 29,00 Euro

Auswertung qualitativer Daten

In diesem Sammelband werden verschiedene Auswertungsmethoden qualitativer Daten anschaulich dargestellt. Den Autor*innen gelingt es, anhand zahlreicher Materialien das weite Feld unterschiedlicher Verfahren und Vorgehensweisen differenziert zu betrachten. Verschiedene Prozesse zur Auswertung werden transparent aufbereitet und geben den Lesenden somit hilfreiche Handlungsstrategien für den praktischen Umgang mit der Analyse nicht-standardisierter Daten an die Hand. Es wird aufgezeigt, dass es nicht die eine allgemeingültige Herangehensweise gibt. Im Fokus der Autor*innen stehen Datensammlungen, wie sie in kommunikationswissenschaftlichen Studien zu finden sind. (sr)

ANDREAS M. SCHEU (HRSG.): Auswertung qualitativer Daten. Strategien, Verfahren und Methoden der Interpretation nicht-standardisierter Daten in der Kommunikationswissenschaft. Springer VS, Wiesbaden, 2018, 322 Seiten, ISBN 978-3-658-18404-9, 44,99 Euro

Das deutsche Gesundheitssystem Struktur und Finanzierung

Die Ärztin und Hochschulprofessorin der angewandten Gesundheits- und Pflegewissenschaften für Pflegeberufe erläutert in diesem Buch grundlegende Funktionsweisen der unterschiedlichen Leistungssektoren des deutschen Gesundheitssystems. Es handelt sich primär um ein Lehr- und Lernbuch für Pflegekräfte und therapeutische Fachkräfte mit anregenden Fragestellungen zur Selbstkontrolle sowie statistischen Basisinformationen über die einzelnen Leistungsbereiche und deren Finanzierungslogiken. Unter Einbezug praktischer Fallbeispiele gelingt es der Autorin, die schwer durchschaubaren Strukturen der ambulanten und stationären Versorgung verständlich und nachvollziehbar zu veranschaulichen. (daj)

BEATE LAND: Das deutsche Gesundheitssystem – Struktur und Finanzierung. Kohlhammer, Stuttgart, 2018, 259 Seiten, ISBN 978-3-17-030899-2, 29,00 Euro

Übergewichtsprävention im Kindes- und Jugendalter

Dieser Sammelband widmet sich sowohl der Realisierung und Evaluation von Präventionsprogrammen als auch der Frage, wie und in welchen Settings Interventionen zur Übergewichtsprävention im Kindes- und Jugendalter erfolgreich gestaltet werden können. Dabei spannen die Autor*innen einen umfassenden Bogen von Relevanz und Folgen von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter über die Rolle der Lebenswelten bei Entstehung und Prävention bis hin zur Einbindung von Akteur*innen sowie praktischen Beispielen. Das Buch richtet sich an Institutionen wie Kitas und Schulen sowie Unfall-, Kranken- und Pflichtversicherungen, die Präventionsprogramme in Kitas, Schulen und Kommunen finanzieren. Ebenso können Dozent*innen und Studierende der Gesundheitswissenschaften sowie Praxisakteur*innen der Gesundheitsförderung und Prävention von den dargestellten Inhalten profitieren. (jk)

KEVIN DADACZYNSKI, EIKE QUILLING, ULLA WALTER (HRSG.): Übergewichtsprävention im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte in Lebenswelten. Hogrefe Verlag, Bern, 2018, 408 Seiten, ISBN 978-3-456-85722-0, 44,95 Euro



Der Norden geht voran

Seit über 20 Jahren sind die fünf Prinzipien des »Fachkonzepts Sozialraumorientierung« Bestandteil der sozialen Landschaft im Landkreis Nordfriesland. Leistungserbringende und öffentliche Leistungsträger gestalten ihre Zusammenarbeit unter Beteiligung der Leistungsberechtigten, um den Ausbau präventiver, niedrigschwelliger Unterstützungsleistungen zu fördern und am Willen der Klient*innen orientierte, passgenaue Unterstützungen zu entwickeln. Die Publikation versteht sich als Zwischenresümee eines andauernden Veränderungsprozesses in der Eingliederungshilfe. Zentrale Akteur*innen aller beteiligten Institutionen stellen aus ihrer jeweiligen Perspektive dar, wie es gelungen ist, Strukturen, Finanzierungsformen und Abläufe zu verändern und dabei eine gemeinsame fachliche Haltung zu entwickeln, die erhebliche Fortschritte in der Qualität passgenauer Leistungserbringung ermöglicht hat. Das Buch gewährt umfassende Einblicke in ein bundesweit (noch) einmaliges Praxismodell, das einen Paradigmenwechsel darstellt und einen Beitrag zu einer inklusiven Gesellschaft leistet. (mk)

WOLFGANG HINTE, OLIVER MARCO POHL (HRSG.): Der Norden geht voran. Sozialraumorientierung in der Eingliederungshilfe im Landkreis Nordfriesland. Lebenshilfe-Verlag, Marburg, 2018, 160 Seiten, ISBN 978-3-88617-326-6, 15,00 Euro

Handbuch Systemische Organisationsberatung

Eines der Standardwerke zur systemischen Organisationsberatung im deutschsprachigen Raum ist in der dritten Auflage erschienen. Eckard König und Gerda Volmer liefern in sieben Kapiteln ihres Handbuchs fundiertes Wissen zu den theoretischen Grundlagen systemischer Organisationsberatung, ihrer praktischen Umsetzung, der Anwendung systemischer Organisationsberatung in Organisationsdiagnosen und komplexen Beratungsprozessen. Didaktisch ansprechend sind die hervorgehobenen Felder mit zusätzlichen Informationen und Beispielen gestaltet. Hilfreiche Literaturtipps regen zum Weiterlesen an und erleichtern eine schnelle Orientierung in der Thematik. Führungskräfte, Berater*innen, Trainer*innen sowie Teilnehmende der Ausbildung in Organisationsberatung und Coaching finden in diesem Buch ausreichend Grundlagenwissen und erfolgversprechende Anregungen für die Praxis, mit denen sie ihr eigenes Repertoire gewinnbringend erweitern können. (frw)

ECKARD KÖNIG, GERDA VOLMER: Handbuch Systemische Organisationsberatung. Beltz Verlag, Weinheim/Basel, 3. komplett überarbeitete Auflage, 2018, 528 Seiten, ISBN 978-3-407-36668-9, 58,00 Euro

Altersutopien

Steigende Lebenserwartung und eine damit verbundene längere Verweildauer in der Lebensphase Alter werfen die Frage auf, wie diese Spanne ausgestaltet werden kann. In 13 Beiträgen thematisiert der Sammelband die negativen Stereotypen des Alterns, welche die volle Entfaltung der Potenziale in dieser Altersphase hemmen. Es wird jedoch auch hinterfragt, ob ein gesundes Altern bis zum Tod einer Utopie gleichkommt. Die interdisziplinären Beiträge schaffen einen Überblick über die potenzielle und ideale Zukunft des Alters. Dieses Werk bietet insbesondere Wissenschaftler*innen einen facettenreichen Einblick in die Welt der Altersutopien. (som)

HANS-JÖRG EHNI (HRSG.): Altersutopien. Medizinische und gesellschaftliche Zukunftshoffnung der Lebensphase Alter. Campus Verlag, Frankfurt am Main, 2018, 218 Seiten, ISBN 978-3-593-50829-0, 29,95 Euro

APS-Weißbuch Patientensicherheit

Unter Einbeziehung des internationalen Wissensstandes liefert dieses Handbuch eine Analyse des Status quo zur Patientensicherheit in Deutschland. Es möchte zum grundlegenden Nachdenken über Sichtweisen, Definitionen und Konzepte anregen und geht an die Wurzel des Selbstverständnisses. Patientensicherheit wird als grundlegende Haltung und fortlaufender Prozess definiert, der durch involvierte Akteur*innen und deren Innovationsbereitschaft gestaltet wird. Thematisiert werden unter anderem bestehende Hindernisse, Fragen der Erhebungsmethodik sowie ein neues Interventions- und Verantwortlichkeitskonzept auf Führungs- und Aufsichtsebenen in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Abschließend wird eine aktualisierte Agenda zur Verbesserung der Patientensicherheit vorgestellt, die die Patient*innenperspektive in den Fokus nimmt. (tv)

MATTHIAS SCHRAPPE: APS-Weißbuch Patientensicherheit. MWV Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2018, 585 Seiten, ISBN 978-3-95466-410-8, 64,95 Euro

Inklusive Sozialplanung für Menschen im Alter

In diesem Manual für die Planungspraxis inklusiver Sozialplanung für Menschen im Alter wird in sieben Kapiteln ein Überblick über alle wichtigen Felder gegeben. Zu Beginn wird inklusive Sozialplanung als kommunale Gestaltungsaufgabe skizziert und es werden strategische Elemente beschrieben. Praktische Hinweise wie die quantitative Analyse von Sozialräumen sowie die Gestaltung und Evaluation von Planungsprojekten werden in den darauffolgenden Kapiteln dargestellt. Partizipation als Teil des Sozialplanungsprozesses wird, neben guten methodischen Hinweisen zur praktischen Umsetzung, in einem eigenen abschließenden Kapitel dargestellt. (dig)

SABINE SCHÄPER, FRIEDRICH DIECKMANN, CHRISTIANE ROHLER, BIANCA RODEKOH, MICHAEL KATZER, SUSANNE FREWER-GRAUMANN: Inklusive Sozialplanung für Menschen im Alter. Ein Manual für die Planungspraxis. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2019, 222 Seiten, ISBN 978-3-17-030790-2, 39,00 Euro



Geschlechtliche und sexuelle Selbstbestimmung durch Kunst und Medien

Dieses Buch befasst sich mit Möglichkeiten der geschlechtlichen Selbstbestimmung durch Kunst, deren medienpädagogischen Zugängen sowie Chancen der Selbstbestimmung in Film und neuen Medien. Durch den Einbezug des Wissens und der Praxiserfahrung verschiedener Expert*innen werden der*dem Leser*in umfassende Einblicke in die kulturelle Bildung sowie sexualwissenschaftliche Themen geboten. Die Beiträge beleuchten wissenschaftlich, historisch fundiert und kritisch aktuelle Debatten um Themen wie Geschlecht, Sexualität, Selbstbestimmung, Stereotype, Pornografie, Gewalt und Jugendsexualität. Interessant ist der Band somit für Fachpersonen, die ihr Wissen erweitern wollen und Arbeitsweisen reflektieren möchten. Weniger geeignet ist das Buch als Einstieg in die Thematik. (ir)

HEINZ-JÜRGEN VOSS, MICHAELA KATZER (HRSG.): Geschlechtliche und sexuelle Selbstbestimmung durch Kunst und Medien. Neue Zugänge zur Sexuellen Bildung. Psychosozial Verlag, Gießen, 2019, 382 Seiten, ISBN 978-3-8379-2858-7, 44,90 Euro

Wenn Krankheit das Leben verändert

Dieses Werk erzählt authentisch und facettenreich über den Reflexionsprozess einer Krankheitsbewältigung. Es legt die Innenwelt einer Betroffenen dar, die sich unter anderem mit Schmerz, Schuldgefühlen und Hilfe, aber auch Hoffnung und Gelingen auseinandersetzen musste und auf diesen Weg zurückblickt. Sie gewährt anderen primär und sekundär Betroffenen sowie professionell Begleitenden Einblicke und zeigt Zugänge im Umgang mit Krankheit auf. Die Inhalte sind Ergebnis mehrerer über einen Zeitraum von vier Jahren geführten Interviews und erzählen aus der Ich-Perspektive den Weg des Erlebens, Annehmens, Akzeptierens und Umgehens mit dem Unerwarteten einer Erkrankung. Ergänzt wird diese Sicht durch die fachlichen Erläuterungen eines Psychiaters. (ir)

ELISABETH PETROW, TORSTEN PASSIE: Wenn Krankheit das Leben verändert. Über den Umgang mit Brüchen im bisher Vertrauten. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2019, 310 Seiten, ISBN 978-3-8379-2882-2, 29,90 Euro

Empowerment und Selbstwirksamkeit von trans* und intergeschlechtlichen Menschen

Im Umgang mit dem Thema geschlechtliche Vielfalt gibt es immer noch gesellschaftlichen Nachholbedarf. Dieser Band aus der Reihe »Angewandte Sexualwissenschaft« beschäftigt sich interdisziplinär mit diesem Themenfeld. Die Autor*innen weisen auf vorhandene Schwächen unserer Gesellschaft im Umgang mit trans* und intergeschlechtlichen Menschen hin und zeigen gleichzeitig praxisnah auf, welche Möglichkeiten des Empowerments es gibt. Dieses Buch verfolgt zwei Ziele: Es möchte einerseits Menschen für geschlechtliche Vielfalt sensibilisieren und andererseits das Selbstwirksamkeitserleben von trans* und intergeschlechtlichen Menschen steigern. (mkd)

ALEXANDER NAB, SILVIA RENTZSCH, JOHANNA RÖDENBECK, MONIKA DEINBECK, MELANIE HARTMANN (HRSG.): Empowerment und Selbstwirksamkeit von trans* und intergeschlechtlichen Menschen. Geschlechtliche Vielfalt (er)leben. Band II. Psychosozial Verlag, Gießen, 2019, 152 Seiten, ISBN 978-3-8379-2859-4, 19,90 Euro

Aktuelle pflegewissenschaftliche Entwicklungen im Gesundheitswesen

Dieser Sammelband stellt hochschulische Abschlussarbeiten und aktuelle Forschungsprojekte des wissenschaftlichen Nachwuchses der Pflege- und Gesundheitswissenschaften aus den drei beteiligten Hochschulen Hannover, Esslingen und Bielefeld zur Diskussion. Die Beiträge reichen von Gesundheitsförderung in der akademischen und beruflichen Bildung der Pflegeberufe über pflegewissenschaftliche und -didaktische Betrachtungen bis hin zu versorgungsbezogenen und gesundheitsökonomischen Analysen und Konzepten. Mit diesem Werk möchten die Autor*innen ihre Erkenntnisse für wissenschaftliche Diskurse inner- und außerhalb von Hochschulen zur Verfügung stellen. (als)

MATHIAS BONSE-ROHMANN, PATRIZIA RASCHPER, REINHOLD WOLKE (HRSG.): Aktuelle pflegewissenschaftliche Entwicklungen im Gesundheitswesen. Beiträge des wissenschaftlichen Nachwuchses der Hochschulen Hannover, Esslingen und Bielefeld. Jacobs Verlag, Lage, 2019, 372 Seiten, ISBN 978-3-89918-267-5, 23,00 Euro

Hilfe? Hilfe! Wege aus der globalen Krise

Dass Hilfe nicht gleich Hilfe ist, machen Thomas Gebauer und Ilija Trojanow in diesem Buch deutlich. Sie befassen sich kritisch mit den unterschiedlichen Arten des Helfens sowie den Intentionen und Motiven von Helfenden. Der Menschenrechtsaktivist und der Schriftsteller berichten von ihren Reisen in unterschiedliche Länder – wie zum Beispiel Pakistan, Kenia, Sierra Leone oder Guatemala. Anschaulich stellen sie dar, wie verschiedene Hilfe ausgestaltet sein kann und wie sie sowohl misslingen als auch gelingen kann. Dabei wird stets ein Blick auf die Nachhaltigkeit von Hilfestellung sowie die jeweilige ursächliche Struktur geworfen. Die detaillierten und lebendigen Berichte über Hilfe richten sich an jede*n interessierte*n Lesende*n, der*die sich dem Thema durch leichte Lektüre nähern möchte. Abschließend werden Erklärungsversuche für globale Krisen sowie Lösungsanregungen für Wege aus diesen aufgezeigt. (yvr)

THOMAS GEBAUER, ILIJA TROJANOW: Hilfe? Hilfe! Wege aus der globalen Krise. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 2018, 256 Seiten, ISBN 978-3-596-70188-9, 15,50 Euro

Termine LVG & AFS

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



Fuckup Night – Aus Fehlern und Bad Practice in der Gesundheitsförderung lernen

21. April 2020, Hannover

Die Planung von Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention orientiert sich oft an Modellen guter Praxis, der sogenannten Good Practice. Doch lernt man nicht oft gerade besser aus Fehlern? Die Veranstaltung thematisiert, dass eine Kultur der Misserfolge hilfreich sein kann, um ein Verständnis für die Voraussetzungen gelingender Praxis zu reflektieren. Eine etablierte Fehlerkultur kann zum Um- und Andersdenken anregen und Praktiker*innen wie Wissenschaftler*innen animieren, Maßnahmen und Projekte in Zukunft (noch) besser bedarfs- und bedürfnisorientiert zu planen und umzusetzen.

»Gesunde Quartiere in Bremen und Bremerhaven« – Abschlussveranstaltung

23. April 2020, Bremen

Das Quartier bietet großes Potenzial für Ansätze der Gesundheitsförderung. Dies ist mittlerweile allseits bekannt. Das Projekt »Gesunde Quartiere in Bremen und Bremerhaven« führte von Mitte 2015 bis Mitte 2020 landesweite sowie quartiersbezogene Aktivitäten zur Verankerung des Themas Gesundheit auf Quartierebene durch. Die Abschlussveranstaltung liefert wertvollen Input für das Gelingen der Integration von Gesundheitsförderung in die Quartiere und verdeutlicht die weiterhin aktuelle Relevanz des Themas. Darüber hinaus erhalten die Teilnehmenden konkretes Praxis- und Methodenwissen aus den Projektaktivitäten, haben die Möglichkeit Fragen zu stellen und quartiers- und professionsübergreifend in den Austausch zu kommen.

Altenpflege und Seniorenzahnmedizin

24. April 2020, Hannover

Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen haben ein überdurchschnittlich hohes Risiko für Parodontal-, Mundschleimhaut- und Karieserkrankungen. Eine Rolle spielen Faktoren wie eine begrenzte Selbstvorsorgekapazität, Multimorbidität sowie Multimedikation. Daraus folgt ein gesteigerter Präventions- sowie Therapiebedarf für diese Patient*innen. Der Kongress dient einem interdisziplinären Austausch zwischen Pflege und Zahnmedizin, etwa zu den gesetzlichen Grundlagen, die eine Verbesserung im Sinne der zahnärztlichen wie auch pflegerischen Versorgung schaffen sollen. Auch auf konkrete Herausforderungen wie die Kommunikation mit Menschen mit Demenz wird eingegangen.

Selbstevaluation – Schritt für Schritt

07. Mai 2020, Hannover

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung sind wichtige Bestandteile von Projekten und Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei ist die Frage »Was hat's gebracht?« für alle interessant, die Maßnahmen der Gesundheitsförderung entwickeln und anbieten. In dem Workshop werden die Grundlagen der Selbstevaluation vermittelt, um die Teilnehmer*innen in die Lage zu versetzen, kleinere Evaluationsstudien durchzuführen.

Fachtagung des Programms „Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!“

12. Mai 2020, Hannover

Die Fachtagung rückt Fachkräfte, Eltern und Kinder als Akteur*innen der kommunalen Präventionskette in den Mittelpunkt. Ihre Einbindung und Aktivierung ist für die Entwicklung erfolgreicher integrierter kommunaler Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention wichtig. Verschiedene Veranstaltungsformate behandeln Fragen wie: »Was kommt beim Kind an?« oder »Wie aktivieren und gewinnen wir unsere Fachkräfte? Und wie bleiben sie am Ball?« Die Tagung richtet sich an Akteur*innen, Entscheidungsträger*innen und an Interessierte unterschiedlichster Ressorts, von Gesundheit und Jugend bis zu Soziales, Bildung oder Stadtentwicklung.

Gesundheitsfördernde Hochschule gendern

14.–15. Mai 2020, Emden

Welche Faktoren haben einen Einfluss darauf, wie wohl sich männliche, weibliche, diverse und sonstige Studierende an Hochschulen fühlen? Oder darauf, wie Mitarbeitende an Hochschulen gesund bleiben oder krank werden? Die Tagung schaut auf Strukturen und Prozesse und fragt, ob diese gesundheitsfördernd oder -schädigend wirken. Zielgruppen sind alle, die Gesundheitsförderung an Hochschulen umsetzen, Gleichstellungsbeauftragte, studentische Gremien, Abteilungen für Diversity und familienfreundliche Hochschule. Die Tagung wird vom bundesweiten Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen in Kooperation mit der Hochschule Emden durchgeführt und von der Techniker Krankenkasse gefördert.

SGM for Beginners

25.–26. Mai 2020, Hannover

Die größte Gruppe an Hochschulen sind die Studierenden, derzeit 2,9 Millionen in Deutschland. Gesundheitsförderung für Studierende ist somit höchst bedeutsam für Hochschulen. Ziel des Seminars ist, dass die Teilnehmenden die systematische Vorgehensweise eines Studentischen Gesundheitsmanagements (SGM) kennenlernen und Impulse zur Implementierung beziehungsweise Weiterentwicklung an ihrer Hochschule erhalten. Erfahrene SGM-Akteur*innen geben Tipps und Hilfestellungen aus ihrer Praxis. Eingeladen sind SGM-Einsteiger*innen, Akteur*innen aus Hochschulen, die mit dem Aufbau von SGM beauftragt wurden oder im SGM mitarbeiten. Das Seminar wird vom Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschulen durchgeführt, einem Kooperationsprojekt mit der Techniker Krankenkasse.

Konferenz Partizipative Gesundheitsforschung – Erfahrungen und Perspektiven

08. Juni 2020, Berlin

Partizipative Gesundheitsforschung ist ein vielversprechender Ansatz, um mit Menschen gemeinsam herauszufinden, wie ihre Gesundheit gefördert werden kann. Aber wie können Wissenschaft, Praxis und Zivilgesellschaft zusammenarbeiten? Welche Potenziale und Herausforderungen sind mit dem Ansatz verbunden? Diese erste deutschsprachige Tagung bietet die Möglichkeit, sich mit diesen und anderen Fragen auseinanderzusetzen. Die Tagung wird von PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen veranstaltet, der seit sechs Jahren im Rahmen des Förderprogramms »Präventionsforschung« der Bundesregierung partizipative Forschungsprojekte umsetzt. Die LVG & AFS ist mit dem Forschungsprojekt PEPBS² in PartKommPlus vertreten.

Auftaktveranstaltung zum Eltern-Programm Schatzsuche in Bremen

09. Juni 2020, Bremen

Psychische Gesundheit von Kindern gehört zu den Grundpfeilern einer gesunden kindlichen Entwicklung. Kindertageseinrichtungen bieten optimale Möglichkeiten, Eltern zu erreichen und bei der Förderung des seelischen Wohlbefindens der Kinder zu unterstützen. Einen Ansatz liefert das Eltern-Programm Schatzsuche. Ziel ist es, Eltern, Bezugspersonen sowie pädagogische Fachkräfte für die Bedürfnisse der Kinder zu sensibilisieren und die Stärken und Schutzfaktoren der Kinder in den Blick zu nehmen. Ab Januar 2020 wird das Programm in Bremen von der LVG & AFS, gefördert durch die Techniker Krankenkasse, koordiniert. Die Veranstaltung bietet eine inhaltliche Einführung ins Thema sowie nähere Informationen zum Programm.

5. Forum Migration / Flucht und Behinderung

10. Juni 2020, Bremen

Die Veranstaltung thematisiert die Schnittstelle zwischen dem Unterstützungssystem für behinderte Menschen sowie dem für Menschen mit Zuwanderungshintergrund. Ziel der Veranstaltung ist es, durch persönliche Kontakte an den Informationsständen eine Zusammenarbeit der Teilnehmenden über die Grenzen der Unterstützungssysteme hinweg anzubahnen. Neben einem Vortrag über die informelle Ausgrenzung von Geflüchteten mit Beeinträchtigungen wird ein sogenannter Markt der Möglichkeiten, an dem sich zahlreiche Netzwerke aus den Bereichen Behinderung, Flucht sowie Integration beteiligen, den Teilnehmenden einen Überblick zu Unterstützungsangeboten in Bremen geben.

Gesundheitsförderung in der Kita: Das kleine ABC – Anregungen, Beispiele und Chancen

11. Juni 2020, Hannover

Was ist eine gesunde Kita? Wie gelingt Gesundheitsförderung in der Kita? Wann ist Gesundheitsförderung erfolgreich? Das »Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas« (kogeki) lädt pädagogische Fachkräfte und weitere Interessierte ein, sich einen Überblick über die wichtigsten Faktoren für eine gelingende Gesundheitsförderung zu verschaffen. Es werden praktische Tipps und Anregungen für einen gesunden Lern- und Arbeitsalltag vermittelt.



Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen

19. Juni 2020, Berlin

Die Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) Berlin lädt zur nächsten Sitzung des bundesweiten Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) ein. Themen sind der Stand der Umsetzung von Gesundheitsförderung in der gastgebenden Hochschule, das Vorstellen neuer Projekte anderer Hochschulen oder hochschulnaher Organisationen, Neuentwicklungen des studentischen Gesundheitsmanagements und vieles mehr. Zeitnah sind die Informationen zu den Treffen auf der Website des Arbeitskreises www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de eingestellt. Der AGH wird von der Techniker Krankenkasse unterstützt.

Mann, was geht?! –

Psychische Gesundheit und Wohlbefinden von Männern fördern

14. Juli 2020, Hannover

Welche Strategien und Zugänge sind geeignet, um Gesundheit »an den Mann« zu bringen? Mit dem Modellprojekt zur Förderung der psychischen Gesundheit »Mann, was geht?!« werden Ansätze eines männerreflektierten betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie eine wirksamere Erreichbarkeit über eine Internetplattform erprobt. Mit dieser zweiten Fachtagung lädt das Projektteam zu einer Erkundung guter Beispiele der Exploration und Förderung männlichen Gesundheitsverhaltens ein, bei der auch der Fußballverein als wieder- und neuentdeckter Ort für Männergesundheit eine geeignete Lebenswelt darstellen kann. Mann, was geht?! – dies möchten wir zusammen mit Ihnen ausloten.

Gut gemeint ist noch nicht gut gemacht! – Lernwerkstätten zu Good Practice-Kriterien

Qualitätsentwicklung gewinnt im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention zunehmend an Bedeutung. Aufgrund der hohen Nachfrage werden die Lernwerkstätten zu ausgewählten Good Practice-Kriterien auch im Jahr 2020 fortgeführt. Anhand von Impulsen und Praxisbeispielen wird die Bedeutung der jeweiligen Kriterien für die praktische Arbeit aufgezeigt und zusammen mit den Teilnehmenden auf ihre Arbeitssituationen übertragen.

Vertiefende Lernwerkstatt zur Netzwerkarbeit

16. April 2020, Hannover

18. Mai 2020, Hannover

Strategieentwicklung als Basis für gemeinsames Handeln: Integriertes Handlungskonzept und Vernetzung

27. Mai 2020, Hannover

Von der Bestandsaufnahme bis zur Evaluation: Partizipative Methoden

13. Juli 2020, Lüneburg



FORTBILDUNGSPROGRAMM

Vielfalt begegnen – Identität stärken

20. April 2020

Regionale Informationsveranstaltung zu Fördermöglichkeiten im Rahmen des SGB XI Hannover

13. Mai 2020

Frohsinn öffnet Herzen (Wiederholung)

14. Mai 2020

Sinn – oder Unsinn? Wahnhaftes Erleben im Alter

16. Juni 2020



Kompetenzzentrum
für Gesundheitsförderung
in Kitas

FORTBILDUNGSPROGRAMM

Burnout-Prävention für pädagogische Fachkräfte

15.–16. April 2020

Teamentwicklung in der Kita

28. April 2020

Natur bewegt erleben

15. Mai 2020

Weitere Informationen unter: www.kogeki.de



für Führungskräfte und
Beschäftigte in der Pflege
und Betreuung

FORTBILDUNGSPROGRAMM

Das zielführende Mitarbeitergespräch – So kann es gelingen!

21. April 2020

Versteckte Leistungen – Verordnungsmanagement und Abrechnungsfragen

22. April 2020

Im Dschungel der Digitalisierung – Individuelle Wege finden

05. Mai 2020

Alles in Farbe – Aktivierung mit und durch Kreidefarbe

11. Mai 2020

Da bleibt kein Auge trocken – Humor in der Altenpflege

12. Mai 2020

Hygienemanagement – Vom Feind zum Freund?

18. Mai 2020

Die Förderprogramme des PpSGs – Gelder intelligent beantragen und nutzen

26. Mai 2020

Das Fachgespräch mit dem MDK – Die neuen QPRs für die stationäre Pflege

27. Mai 2020

Das Update für PDLs und WBLs – Bringen Sie Ihr Wissen auf Kurs

28. Mai 2020

Schmerzmanagement ernst nehmen – Denn lindern geht immer!

02. Juni 2020

Beratungswissen in der Pflege – 2-tägige Basisfortbildung

03.– 04. Juni 2020

Der »richtige« Personalmix als Entlastungsmaßnahme

08. Juni 2020

Musik bei Demenz – Wenn Musik spricht, weckt, bewegt

09. Juni 2020

Weitere Informationen unter: www.carealisieren.de

NIEDERSACHSEN

16.04.2020 » Weil's so gesellig ist?**Alkoholkonsum in Deutschland**, Hannover

Kontakt: Volkswagen Stiftung

Tel.: (05 11) 83 81 0

E-Mail: events@volkswagenstiftung.de

Internet: www.volkswagenstiftung.de/
veranstaltungen**20.04.2020 » Fachtagung Frühe Hilfen:
Familien im Wandel – frühe Hilfen gestalten
Zugänge**, HannoverKontakt: Niedersächsisches Landesamt für Soziales,
Jugend und Familie und Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung

Tel.: (05 11) 897 01 306

E-Mail: info@kinderschutz-niedersachsen.de

Internet: www.kinderschutz-niedersachsen.de

**05.–06.05.2020 » Die Schnittstelle
Eingliederungshilfe – Pflege gestalten**, HannoverKontakt: Bundesakademie für Kirche und Diakonie
(bakd), Tel.: (030) 488 37-495

E-Mail: michael.rautenberg@ba-kd.de

Internet: www.ba-kd.de

**07.05.2020 » 16. Zwischenahner Dialog –
Vernetzung, Nachwuchs, Bedürfnisse**

Bad Zwischenahn, Kontakt: Landesapothekerverband

Nds. e. V., Tel.: (05 11) 61 573 0

E-Mail: geschaeftsstelle@lav-nds.de

Internet: www.lav-nds.de

**15.05.2020 » Abschlussveranstaltung
LINGA Woche 2020**, Göttingen

Kontakt: Innovationszentrum Nds. GmbH

Tel.: (05 11) 760 726 0, E-Mail: iz@nds.de

Internet: www.linga-online.de

BUNDESWEIT

**01.–02.04.2020 » Bildung neu denken –
gemeinsam. gerecht. grenzenlos**

Frankfurt am Main, Kontakt: IB Gruppe

Tel.: (0 69) 945 45-113, E-Mail: kongress@ib.de oder

Internet: www.kongress.ib.de

**02.–04.04.2020 » 21. Bundestagung der IGfH –
Gemeinsam**, Bad Godesberg, Kontakt: Internationale

Gesellschaft für erzieherische Hilfen e. V.

Tel.: (0 69) 63 86-16, E-Mail: lisa.albrecht@igfh.de

Internet: www.tagesgruppentagung.de

**22.04.2020 » Gesundheitliche Chancengleichheit
in allen Lebensphasen. Wo stehen wir?****Wo wollen wir hin?**, Bayreuth,

Kontakt: Landeszentrum für Gesundheit in Bayern e. V.

Tel.: (0 89) 724 41 93-0

E-Mail: veranstaltung@lzg-bayern.de

Internet: www.lzg-bayern.de/veranstaltungen/
fachforum-gesundheitliche-chancengleichheit-in-
allen-lebensphasen-in-oberfranken.html**23.–25.04.2020 » 70. Wissenschaftlicher
Kongress: Der öffentliche Gesundheitsdienst –
Große Gesundheitsziele fördern wir hier von
klein auf**, Saarbrücken

Kontakt: Landesverband Saarland der Ärztinnen und

Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. &

BZÖG e. V., Tel.: (0 68 41) 162 3950

E-Mail: juergen.rissland@uks.de

Internet: www.bvoegd-kongress.de

**24.–25.04.2020 » Interprofessioneller
Gesundheitskongress**, Dresden

Kontakt: Springer Pflege Kongressorganisation

Tel.: (0 30) 827 87 5513

E-Mail: andrea.tauchert@springer.com

Internet: www.gesundheitskongresse.de

**30.04.2020 » Vielfalt leben im Quartier –
Vom Wunsch zur Wirklichkeit**, Berlin

Kontakt: Soziales neu gestalten (SONG) e. V.,

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Tel.: (0 30) 221 82 98 0, E-Mail: info@kda.de

Internet: www.kda.de

**07.05.2020 » 6. Überregionale Partnerkonferenz:
Dabei sein ist alles – Partizipation ist mehr!**

Schwerin, Kontakt: LVGFSh, Tel.: (0431) 710 387 0

E-Mail: gesundheit@lvgfsh.de

Internet: www.gesundheitsfoerderung-mv.de

**07.05.2020 » Worldwide Day of Genital
Autonomy, 8 Jahre „Köln Urteil“****09.05.2020 » Zentrale Kundgebung**, Köln

Kontakt: aufruf@genitale-selbstbestimmung.de

Infos: www.genitale-selbstbestimmung.de

**08.–09.05.2020 » XIII. Potsdamer BK-Tage,
Berufskrankheiten 2020**, Potsdam,

Kontakt: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

(DGUV), Tel.: (0 30) 130 01-59 00

E-Mail: lv-nordost@dguv.de

Internet: www.dguv.de/landesverbaende

**08.–09.05.2020 » 2. Internationale Konferenz
der deutschen Gesellschaft für Pflegewissen-
schaften**, Berlin, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für

Pflegewissenschaft e. V., Tel.: (02 03) 3567 93

E-Mail: info@dg-pflegewissenschaft.de

Internet: www.dg-pflegewissenschaft.de

14.–16.05.2020 » Ergotherapie-Kongress, Weimar

Kontakt: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.

(DVE), Tel.: (07248) 91-81-0

E-Mail: kongress@dve.info

Internet: www.dve.info/kongress

27.05.2020 » Junge Pflege-Kongress, Stuttgart

Kontakt: DBfK Südwest e. V.,

Hochschule Esslingen & BeKD e. V.,

Tel.: (0 30) 219 15 70

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

**08.06.2020 » Konferenz Partizipative
Gesundheitsforschung – Erfahrungen und
Perspektiven**, Berlin,

Kontakt: PartKommPlus, Tel.: 030-50 10 10 0

E-Mail: michael.wright@khsb-berlin.de

Internet: www.partkommplus.de

**10.06.2020 » HAG-Jahrestagung 2020:
Digitalisierung in Gesundheitsförderung
und Prävention**, Hamburg

Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für

Gesundheitsförderung e. V., Tel.: (0 40) 288 03 64-0

E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

Internet: www.hag-gesundheit.de/magazin/
veranstaltungen/-/profil/359**17.06.2020 » Bundesweite Fachtagung
Schatzsuche – Schule in Sicht**, Hamburg

Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für

Gesundheitsförderung e. V., Tel.: (0 40) 288 03 64-0

E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

Internet: www.hag-gesundheit.de/magazin/
veranstaltungen/-/profil/357**18.–20.06.2020 » dbI-Kongress**, Dresden

Kontakt: Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.

Tel.: (0 22 34) 379 53-0, E-Mail: info@dbI-ev.de

Internet: www.dbI-ev.de

23.06.2020 » 4. Fachtag Kinder stärken, Dresden

Kontakt: Sächsische Landesvereinigung für Gesund-

heitsförderung e. V., Tel.: (03 51) 501 936-71

E-Mail: silke.meyer@sifg.de

Internet: www.kinder-staerken-sachsen.de

**01.–02.07.2020 » Wohneinrichtung
zukunfts-fähig machen – Mitarbeiter*innen
kompetent durch die Veränderung führen**

Erlangen, Kontakt: Lebenshilfe – Landesverband

Bayern, Tel.: (0 91 31) 754 610

E-Mail: fortbildung@lebenshilfe-bayern.de

Internet: www.lebenshilfe-bayern.de

INTERNATIONAL

**14.–15.04.2020 » 6. Internationale Konferenz –
Salutogenese**, Zürich (Schweiz)

Kontakt: Society for Theory and Research on

Salutogenesis (STARS), Tel.: (0 41) 61 836 9878

E-Mail: registration@organizers.ch

Internet: www.stars-society.org

**24.04.2020 » 4. Österreichischer Palliativtag
2020 – Rechtliche Fallstricke**, Wien (Österreich)

Kontakt: Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)

Tel.: (0 31) 140 400 275 20, E-Mail: office@palliativ.at

Internet: www.palliativ.at

15.–20.05.2020 » ATS 2020, Philadelphia (USA)

Kontakt: American Thoracic Society

Tel.: (01) 212 315-8600

E-Mail: conference@thoracic.org

Internet: www.conference.thoracic.org