

112 impulse

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

Impulse online unter www.gesundheit-nds.de

Was ist schon gerecht?

Gesundheitliche Chancengleichheit auf dem Prüfstand

EDITORIAL »

»Gerechtigkeit ist ein normativer, mit einem Sollen verbundener Begriff. Mit ihm ist die Aufforderung verbunden, ungerechte Zustände in gerechte umzuwandeln.« So klar und so einfach liest es sich bei Wikipedia. In der Gesundheitsförderung waren wir lange Zeit froh, dass die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen, durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention einen Beitrag zur »Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen« zu leisten, im SGB V verankert wurde. Allein die jahrelangen Erfahrungen der Umsetzung des Präventionsgesetzes und der aktuellen Pandemiebekämpfung zeigen, dass gesundheitliche Chancengleichheit zu wenig Sollen impliziert und deshalb zu kurz greift.

Mit dieser Ausgabe wollen wir deshalb eine Diskussion um ein neues Leitbild für Gesundheitsförderung und -versorgung anstoßen! Die Beiträge stellen dabei sowohl die Determinanten von Gesundheit als auch Diversitätsdimensionen in den Fokus. Zudem beleuchten wir Strukturen und Methoden, die zu mehr Gesundheitsgerechtigkeit führen. Das reicht bis zu Gerechtigkeitsfragen von Algorithmen beim Einsatz prädiktiver Technologien in der Gesundheitsversorgung und dem beeindruckenden Beispiel aus Utrecht, das aufzeigt, wie weit kommunale Gesundheitsförderung gehen kann, wenn Gerechtigkeit als Zielstellung verfolgt wird. Auch der Impulsbeitrag in diesem Heft stellt Gerechtigkeitsfragen in der Pandemiebekämpfung in den Mittelpunkt und zeigt arme Kinder und deren Familien als Verlierer*innen der Coronakrise auf.

Die nächste Impulse-Ausgabe in diesem Jahr hat das Schwerpunktthema »Gesundheitskompetenz« (Redaktionsschluss 30.09.2021). Die übernächste Ausgabe der Impulse wird das Schwerpunktthema »Gesundheit rund um die Geburt« haben (Redaktionsschluss 15.01.2022). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und News zu beteiligen.

Mit herbstlichen Grüßen aus Hannover und Bremen,
bleiben Sie gesund!

Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Chancengleichheit als Euphemismus	02
Welche Ungleichheit ist »ungerecht« – und welche nicht?	03
Der psychologische Blick auf Gerechtigkeit	04
Bedingungs- und Gelingensfaktoren von Chancengleichheit	06
Darstellung sozialer Ungleichheit in den Medien	07
Misogynie	08
Arbeit, Gesundheit und Gerechtigkeit	09
Teilhabechancen bei geistiger Behinderung	10
Algorithmen als Lebensretter	11
Wegbereiter*innen für gesundheitliche Chancengleichheit	12
Umweltgerechtigkeit	13
Utrecht debt-free programme	14
Impuls: (Arme) Familien in der Pandemie	16
Deutschland braucht eine Männergesundheitsstrategie	18
Diskurse zur »Risikogruppe« in der Corona-Pandemie	19
Das Eltern-Programm »Schatzsuche – Schule in Sicht«	19
Kita-Preis: »Gute und gesunde Kita für alle!«	20
Halbherzige Frauenförderung im Gesundheitswesen	21
Adoleszenz und Transition ins Erwachsenenalter	21
Chancengerechtigkeit als Teil der Trägerkultur	22
Gesundheitsregionen Niedersachsen in 2021	23
Digitale Dörfer in Südniedersachsen	24
Bündnis für gute Nachbarschaft in Niedersachsen	25
Bücher, Medien	26
Termine LVG & AFS	29
Termine	32
Impressum	28



JANINE STERNER, THOMAS ALTGELD

Sei einfach nicht arm! Warum Chancengleichheit eigentlich ein Euphemismus ist

Die Corona-Pandemie hat einmal mehr wie ein Brennglas in den Fokus gerückt, dass in Deutschland die Chancen auf ein langes Leben in Gesundheit sehr ungleich verteilt sind und maßgeblich von den Lebensumständen eines Menschen geprägt werden. Sozialräumliche Analysen des Infektionsgeschehens, zum Beispiel aus Bremen und Köln, belegen, dass die Fallzahlen in benachteiligten Stadtteilen während der zweiten Pandemiewelle mehr als doppelt so hoch lagen wie in bessergestellten Stadtteilen. Als Ursachen gelten etwa beengte Wohnräume, Beschäftigungsverhältnisse, in denen weder Homeoffice noch die Einhaltung von Abstands- und Hygieneregeln möglich sind, eine geringere Gesundheitskompetenz, Sprachbarrieren und der Mangel an niedrigschwelligen Informations- und Beratungsangeboten vor Ort. Auch die Belegung der Intensivstationen spricht Bände. Insbesondere übergewichtige Männer aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sind dort zu finden.

Studien belegen sozioökonomisch bedingte Unterschiede seit Jahrzehnten

Wirklich überrascht hat dies Fachleute sicher nicht. Erste internationale Studien wiesen bereits in den 1970er Jahren nach, dass Gesundheitschancen in Gesellschaften entlang eines sozialen Gradienten unterschiedlich verteilt sind. Die mittlere Lebenserwartung divergiert laut Robert Koch-Institut aktuell bei Frauen im Durchschnitt um 8,4 Jahre, bei Männern sogar um 10,8 Jahre zwischen den niedrigsten und höchsten Einkommensgruppen. Diese Schieflage beginnt bereits im jungen Lebensalter: Bei Kindern und Jugendlichen aus benachteiligten Familien sind Übergewicht, psychische Probleme sowie Verhaltensauffälligkeiten ausgeprägter als bei Gleichaltrigen, die unter besseren Rahmenbedingungen aufwachsen.

Gesundheit für alle!

Die Weltgesundheitsorganisation reagierte 1986 mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta, die bis heute die Grundlage der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung ist und »Gesundheit für alle!« zum Ziel hat. Zahlreiche weitere Konferenzen, Strategiepapiere, Programme, Projekte und andere Aktivitäten folgten auf internationaler Ebene und in vielen Ländern. Auch in Deutschland haben sich in den letzten drei Jahrzehnten viele Akteur*innen »gesundheitliche Chancengleichheit« zum Ziel gesetzt und in dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz ist dies sogar als gesetzlicher Auftrag an die gesetzlichen Krankenversicherungen formuliert worden. Doch reicht das, was für Menschen in benachteiligten Lebenslagen getan wird, wirklich aus? Trotz eines regelrechten Präventionsbooms mit erheblichen Ausgabensteigerungen und vielfältigen Aktivitäten in den vergangenen fünf Jahren machte etwa der 2019 erschienene, erste nationale Präventionsbericht deutlich, dass Aktivitäten selten in sozial benachteiligten Gebieten stattfinden.

Die Determinanten nicht aus dem Blick verlieren

Eine Vielzahl von Angeboten gießkannenartig auszuschütten, löst nicht das Präventionsdilemma, dass viele Angebote vor allem Menschen mit geringen Präventionsbedarfen und hohem Gesundheitsbewusstsein erreichen und nicht diejenigen, die besonders von Gesundheitsförderung profitieren würden. Der Geist der allgemeinen »Volksbeglückung«, nach dem die Gesundheitsförderung egal unter welchen Vorzeichen für alle Bevölkerungsgruppen immer etwas Gutes an sich ist und für alle gleich funktioniert, ist der deutschen Präventionsszene und der sie alimentierenden Gesundheitspolitik nicht auszutreiben.

David Gordon (Townsend Center, University of Bristol) hat 1999 in zehn »Alternativen Gesundheitstipps« sehr plakativ und ironisch vor Augen geführt, dass einfache Gesundheitsinterventionen und Tipps den Kern des Problems – die Determinanten von Gesundheit – mitnichten lösen können. Er empfahl unter anderem:

- » Don't be poor. If you can, stop. If you can't, try not to be poor for long.
- » Don't live in a deprived area. If you do, move.
- » Don't work in a stressful, low-paid manual job.
- » Don't live in damp, low-quality housing or be homeless.
- » Don't be a lone parent.
- » Use education to improve your socio-economic position.

Die komplexen Einflussfaktoren auf Gesundheit zu adressieren und im Sinne von »Health in All Policies« gesundheitsförderliche Gesamtstrategien umzusetzen, erfordert es, aus der Komfortzone der Standardpräventionspfade herauszutreten. »Gesundheitliche Chancengleichheit« darf nicht zu einem leeren Label werden, mit dem man zwar gute Absichten signalisiert, dann aber doch nur Aktivitäten fortsetzt, die an bestimmten Bevölkerungsgruppen vorbei gehen. Die Rahmenbedingungen für ein Leben in Gesundheit zu schaffen, ist tatsächlich anspruchsvoll. Wir sollten offener darüber diskutieren, was wirklich nötig ist und gut funktioniert. Dafür brauchen wir auch andere Begrifflichkeiten, die den (fach-)öffentlichen Diskurs mehr aufrütteln, als unsere Bisherigen es tun, und zugleich international anschlussfähiger sind.

Gerechte statt gleiche Chancen!

Interessanterweise sprechen die Weltgesundheitsorganisation und andere internationale Akteur*innen nicht nur von gesundheitlicher Ungleichheit (»inequality«), sondern sehr viel häufiger von Ungerechtigkeit (»inequity«). Was meinen sie damit? Gesundheitliche Ungleichheiten bestehen zwischen allen Menschen allein schon deshalb, weil wir unterschiedliche Veranlagungen und ein individuelles Gesundheitsverhalten haben. Wenn gesundheitliche Unterschiede allerdings durch sozioökonomische Faktoren wie Einkommen, Wohn- und Arbeitsbedingungen, Zugang zu Gesundheitsdiensten und Bildungsstand verschärft werden, sind diese Unterschiede vermeidbar, ungerecht und behebbar. Im englischen Sprachraum wird daher häufiger »Health Equity« – also gesundheitliche (Chancen-)Gerechtigkeit – als Terminus Technicus und Zielsetzung für Gesundheitsförderung und Prävention verwendet, und dies bereits im englischen Original der Ottawa-Charta sowie von Dahlgren und Whitehead, die das Modell der Determinanten von Gesundheit entwickelt haben. »Health Equity« wurde bereits früh als »gesundheitliche Chancengleichheit« ins Deutsche übersetzt. Ob das den Kerngedanken wirklich korrekt wiedergibt, darüber kann man streiten. Mit »Health Equity« wird der Anspruch verbunden, Maßnahmen zu ergreifen und Ressourcen so zuzuweisen, dass Menschen mit schlechteren Rahmenbedingungen eine im Vergleich stärkere Verbesserung ihrer Gesundheit erfahren können, als dies bei besser gestellten Bevölkerungsgruppen notwendig ist. Der britische Epidemiologe Michael Marmot bezeichnet dieses Prinzip als »proportionate universalism«: Demnach sollen Ressourcen, Unterstützungsangebote und Gesundheitsdienste zwar universell – also für alle Menschen – zugänglich sein, doch in Umfang und Intensität proportional dem Bedarf benachteiligter Gruppen angepasst werden. In einfacheren Worten: Für benachteiligte Menschen sollten wir uns besonders Mühe geben, geeignete Strategien zur Förderung ihrer Gesundheit und ihres Wohlergehens zu entwickeln. Ein Beispiel dafür ist die Strategie »Utrecht schuldenfrei«, die von Braams und Weber in diesem Heft beschrieben wird.

Der Gerechtigkeitsbegriff in Deutschland

In Deutschland wird der Begriff der »Gerechtigkeit« seit Jahrzehnten kontrovers diskutiert. Im deutschsprachigen Public Health-Sektor hat sich vielleicht auch deshalb »gesundheitliche Chancengleichheit« als Leitbegriff und Zielstellung für alle Aktivitäten zur Verringerung von sozial bedingten Unterschieden in der Gesundheit durchgesetzt. In anderen Bereichen und auch in der Öffentlichkeit wird hingegen der Ruf etwa nach sozialer Gerechtigkeit, Bildungsgerechtigkeit, Geschlechtergerechtigkeit, Generationengerechtigkeit und Umweltgerechtigkeit lauter. Im Wesentlichen bezeichnen diese Begriffe das Recht auf eine gerechtere Verteilung von Zugangschancen und Ressourcen. Ob im Gesundheitsbereich »Chancengleichheit« oder »Chancengerechtigkeit« als Leitbegriff konsensfähig ist, ist vielleicht mehr als begriffliche Petitesse: Die zentrale Herausforderung und der Anspruch bleiben, dahin zu kommen, dass eben alle Menschen ein Höchstmaß an Chancen erhalten, ein Leben in Gesundheit und Wohlergehen zu verwirklichen.

Fazit

Im April 2021 startete die Weltgesundheitsorganisation mit dem diesjährigen »World Health Day« eine Kampagne mit dem Ziel einer »faireren, gesünderen Welt«. Die Corona-Pandemie

habe gezeigt, dass »Health Equity« und insbesondere die sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit deutlich stärker adressiert werden müssen. Vielleicht nehmen wir das auch in Deutschland als Impuls auf, Menschen in benachteiligten Lebenslagen und ihre Bedarfe noch stärker in den Fokus zu rücken und effektive Lösungsansätze für und mit ihnen zu entwickeln, um die skandalöse gesellschaftliche Schieflage bei den Gesundheitschancen zu verringern.

Literatur bei den Verfasser*innen, Anschrift siehe Impressum

ANDREAS MIELCK, VERINA WILD

Welche Ungleichheit ist »ungerecht« – und welche nicht?

In den Public Health-Wissenschaften wird häufig gesagt, dass die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ein zentrales Ziel der Gesundheits- und Sozialpolitik sein sollte und dass Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels besonders wichtig sind. Diese Forderung nach sozial- beziehungsweise gesundheitspolitischer Priorisierung wird oft durch Hinweise auf grundlegende ethische Ziele wie »Gleichheit« oder »Gerechtigkeit« begründet.

Bei (selbst-)kritischer Betrachtung dieser Diskussion muss jedoch gefragt werden: Warum sind diese Ziele zentral oder besonders wichtig? Wodurch begründet sich diese Priorisierung und ist die Begründung richtig? Eine explizite Diskussion über diese Fragen ist bisher kaum zu finden, zumindest nicht im deutschsprachigen Raum. Und was genau ist mit »Gleichheit« gemeint, oder mit »Gerechtigkeit«? Worin unterscheiden sich Gleichheit und Gerechtigkeit? Welche Arten von Gerechtigkeit gibt es, und ist eine »besser« als die andere?

Wenn man diesen Fragen nachgeht, wird deutlich, dass sich aus den empirischen Ergebnissen zur gesundheitlichen Ungleichheit »per se« noch keine fundierten politischen Handlungsempfehlungen ableiten lassen. Alle Empfehlungen basieren letztlich auf Annahmen über Normen und Werte, über Rechte, Regeln und Prinzipien. Erforderlich wäre daher eine kritische Reflexion der »normativen« Aussagen hinter den Handlungsempfehlungen.

Kritische Reflexion »normativer« Aussagen

Der Begriff »normativ« verweist auf etwas, was empfohlen oder sogar vorgeschrieben ist. Normen oder normative Empfehlungen beziehungsweise Anweisungen können in Form von Gesetzen in Erscheinung treten oder auch ethisch verstanden werden, zum Beispiel gemäß der Frage: Wie lässt sich aus ethischer Sicht begründen, dass Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit besonders wichtig sind, wichtiger als viele der anderen politischen Maßnahmen?

Wenn eine politische Empfehlung beziehungsweise Forderung formuliert wird, ist es wichtig, sich bewusst zu sein, dass damit eine ethisch-normative Aussage getroffen wird und dass diese auch ethisch möglichst gut begründet werden sollte. Die Public Health-Wissenschaftler*innen haben hier noch einen weiten Weg vor sich. Bei ihren politischen Empfehlungen verhalten sie sich oft normativ, das heißt ethisch bewertend, auch wenn ihnen das vielleicht nicht immer so bewusst ist.

Denkbar wäre auch eine Gegenposition, zum Beispiel: »Ich habe eure empirischen Ergebnisse zur Kenntnis genommen und jetzt weiß ich, dass die Jugendlichen aus der unteren Statusgruppe besonders großen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Aber daraus folgt für mich noch lange nicht, dass hier wirklich dringender politischer Handlungsbedarf besteht.« Die politischen Akteur*innen könnten zu Recht betonen, dass ständig Probleme an sie herangetragen werden, die dringend einer Lösung bedürfen, dass wir daher schon etwas genauer begründen müssen, warum gerade die gesundheitliche Ungleichheit so ein ganz besonders wichtiges Problem sein soll.

Und dann wird es kompliziert. Man könnte darauf hinweisen, dass wir in Deutschland eine stabile rechtliche Grundlage für die Forderung nach Chancengleichheit haben, das im Grundgesetz verankerte Sozialstaatsgebot. Das Sozialstaatsgebot ist jedoch eine sehr unspezifische Vorgabe, damit lassen sich auch Maßnahmen begründen, die nur wenig mit der Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit zu tun haben.

Integration der Public Health-Ethik

Ohne die Zusammenarbeit mit den Public Health-Ethiker*innen wird es nicht gehen. Zu ihrem Aufgabenbereich gehört es, die normative Dimension, die hinter politischen Empfehlungen steht, zu erkennen und kritisch zu reflektieren. Es wäre daher naheliegend, sie zu fragen, welche gesundheitlichen Ungleichheiten aus ihrer Sicht »ungerecht« sind. Aus Sicht der Ethik hängt die Antwort aber vor allem davon ab, welches Verständnis von »Gerechtigkeit« herangezogen wird und wie Gerechtigkeit und Gesundheit miteinander in Beziehung gesetzt werden.

Wir werden also aufgefordert, uns unser eigenes Verständnis von »Gerechtigkeit« zu verdeutlichen und es im Diskurs mit anderen Meinungen einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Ohne die Expertise der Public Health-Ethik (beziehungsweise der politischen Philosophie) ist so ein Diskurs kaum konstruktiv zu führen. Es gibt viele theoretische Ansätze, mit denen versucht wird zu ergründen, warum etwas »ungerecht« ist oder nicht.

In den Gerechtigkeitstheorien wird betont, dass es zur Strukturierung der Diskussion zumeist sinnvoll ist, zwei Fragen zu unterscheiden: (a) Was soll verteilt werden (zum Beispiel die sozialen Determinanten der Gesundheit, oder »nur« der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung)? Ausgangspunkt könnten hier unter anderem die ressourcenorientierten Ansätze (zum Beispiel nach J. Rawls), die Capability-Ansätze (zum Beispiel nach M. Nussbaum) oder die Welfare-Ansätze (zum Beispiel nach J. Griffin) sein. Die zweite Frage lautet: (b) Wie soll das, was verteilt werden soll, verteilt werden? Sie ließe sich zum Beispiel mit dem Egalitarismus (Gleichverteilung), dem Prioritarismus (Bevorzugung besonders benachteiligter Gruppen) oder den Suffizienz-Theorien (Erreichen eines bestimmten Schwellenwertes), oder auch mit Mischformen dieser Theorien beantworten. Weitere gerechtigkeits-theoretische Ansätze wären hier zum Beispiel: Vermeidung der strukturellen Ungerechtigkeiten (zum Beispiel nach I.M. Young) – beziehungsweise der daraus resultierenden »epistemischen« Ungerechtigkeiten, also bezogen darauf, wer als »Wissender« gefragt und gehört wird (zum Beispiel nach M. Fricker) – oder Sicherstellung der »relationalen« (das heißt auf die sozialen Interaktionen bezogenen) Gerechtigkeit (zum Beispiel nach E. Anderson).

Besonders wichtig ist hier die Auseinandersetzung mit dem konzeptionellen Ansatz von M. Whitehead. In den 1990er Jahren schlug sie vor, drei Typen der gesundheitlichen Ungleichheit zu unterscheiden: nicht vermeidbar, vermeidbar aber nicht unfair, vermeidbar und unfair. »Ungerecht« ist demnach vor allem der dritte Typ, bei dem sich die Ungleichheiten auf das nicht freiwillig gewählte Verhalten sowie auf die Arbeits- und Wohnbedingungen zurückführen lassen. In der Public Health-Ethik wird heute aber schon über sehr viel ausgereifere Ansätze zur Erfassung »ungerechter« gesundheitlicher Ungleichheit diskutiert, in den anderen Public Health-Wissenschaften ist das bisher jedoch wenig zur Kenntnis genommen worden (zumindest im deutschsprachigen Raum).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Wenn wir in einer empirischen Studie feststellen, dass gesundheitliche Ungleichheit vorliegt, machen wir zumeist nahezu automatisch den Sprung zu einer normativen Aussage wie: Diese gesundheitliche Ungleichheit sollte verringert werden. Unseres Erachtens ist es jedoch wichtig, nicht jede Ungleichheit sofort als »ungerecht« zu bezeichnen. Erforderlich wäre eine kritische Abwägung der Frage, warum bestimmte gesundheitliche Ungleichheiten »ungerecht« sind und daher verringert werden sollten. Dabei sollte auch gefragt werden: Wie lässt sich begründen, dass die Maßnahmen zur Verringerung dieser Ungleichheit besonders wichtig sind (das heißt wichtiger als viele der anderen sozial- und gesundheitspolitischen Maßnahmen, die ebenfalls sinnvoll sein können)?

Eine ausführlichere Diskussion der hier aufgeworfenen Fragen finden Sie in dem jetzt erscheinenden Buch von Mielck und Wild mit dem Titel »Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten. Fragen und Empfehlungen aus Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik« (Beltz Juventa Verlag).

Literatur bei den Verfasser*innen

DR. ANDREAS MIELCK, Helmholtz Zentrum München, Parkring 11, 85748 Garching, E-Mail: mielck@helmholtz-muenchen.de

PROF. DR. MED. VERINA WILD, Universität Augsburg, Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg, E-Mail: verina.wild@uni-a.de

ISABEL T. STRUBEL, MARIO GOLLWITZER, ELISABETH KALS

Der psychologische Blick auf Gerechtigkeit

Seit der Antike haben sich Menschen mit Fragen der Gerechtigkeit beschäftigt und sich in erster Linie darum bemüht, objektiv zu bestimmen, was Gerechtigkeit ist und welche Gerechtigkeitsprinzipien allgemeingültig sind. Der psychologische Blickwinkel auf Gerechtigkeit unterscheidet sich davon, indem er das subjektive Erleben in den Blick nimmt und dieses verstehen möchte. Entsprechend wird hier ein empirischer Forschungszugang gewählt, der Beobachtungen, Experimente und Befragungen umfasst.

Daher gibt es in der Gerechtigkeitspsychologie auch nicht »die eine« Gerechtigkeit. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass Gerechtigkeit multidimensional ist. Wichtige Gerechtigkeitsdimensionen sind die Gerechtigkeit von Verteilungen, Verfahren, zwischenmenschlichem Umgang und von Bestrafung und Vergeltung.

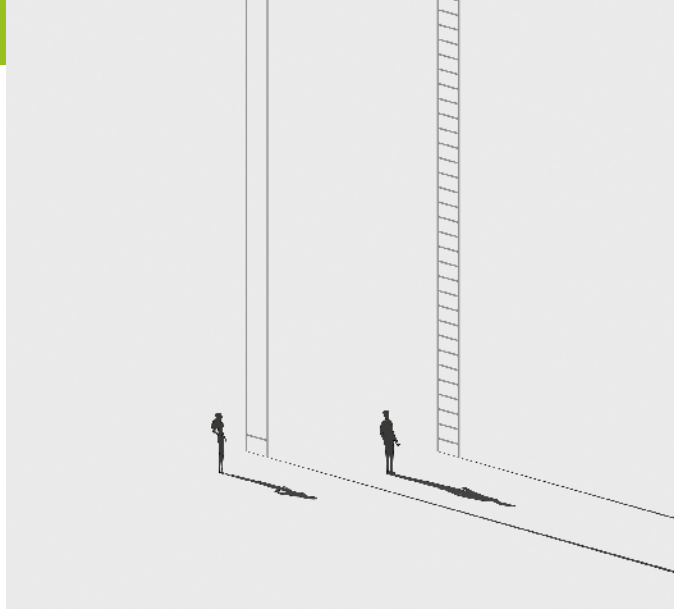
Verteilungsgerechtigkeit

Die Verteilungsgerechtigkeit wurde in der empirisch-psychologischen Forschung vor allem mit Hilfe der Equity-Theorie und des Mehrprinzipienansatzes erforscht. In der Equity-Theorie wird nur ein Verteilungsprinzip angenommen, das Prinzip der Proportionalität. Demnach wird eine Verteilung von Ressourcen (wie Geld, Lob oder Rechte) nur dann als gerecht wahrgenommen, wenn das Verhältnis zwischen Aufwand/Kosten/Leistung (»Inputs«) und Ertrag/Nutzen/Belohnung (»Outputs«) über alle Personen, zwischen denen die Ressource verteilt wird, als gleich wahrgenommen wird. Wird dieses Verhältnis hingegen subjektiv als ungleich wahrgenommen, wird dies als ungerecht erlebt, was dazu motiviert, diese Unausgewogenheit zu verringern.

Die Ein-Prinzip-Annahme der Equity-Theorie wurde vor allem in Hinblick auf nicht-ökonomische Anwendungsbereiche kritisiert und mit dem Mehrprinzipienansatz überwunden. Zusätzlich zum Proportionalitätsprinzip der Equity-Theorie werden dabei insbesondere das Gleichheits- und das Bedürfnisprinzip berücksichtigt. Dabei ist Gleichheit nicht eindeutig bestimmt und kann zum Beispiel als absolute Gleichheit oder als Chancengleichheit verstanden werden. Auch weitere Prinzipien, zum Beispiel Seniorität, werden betrachtet. Die Präferenz für ein bestimmtes Prinzip in einer bestimmten Situation wird maßgeblich durch den Kontext, in dem die Verteilung stattfindet, die Art der darin vorherrschenden Beziehungen und die Art des zu verteilenden Gutes beeinflusst. Somit wenden Menschen vielfältige Gerechtigkeitsprinzipien an, die oftmals zu konkurrierenden Einschätzungen darüber führen, was gerecht ist. Dies zeigt sich zum Beispiel aktuell in besonderem Maße bei der Diskussion um eine gerechte Verteilung von Impfstoffen gegen Covid-19: während die einen es für gerecht halten mögen, allen Bürger*innen den gleichen Zugang zum Impfstoff zu gewähren (Gleichheitsprinzip), wurde von Seiten der Ständigen Impfkommission und der Bundesregierung argumentiert, dass zunächst sogenannte vulnerable Gruppen prioritär geimpft werden sollen (Bedürftigkeitsprinzip) sowie jene, die zur Aufrechterhaltung der »öffentlichen Ordnung« in besonderer Weise beitragen (Beitragsprinzip).

Verfahrensgerechtigkeit

Doch nicht nur das Ergebnis einer Verteilung, sondern auch der Prozess dorthin wird gerechtigkeitspsychologisch beurteilt, etwa hinsichtlich der Frage, ob allen Betroffenen Gehör geschenkt wird. Dies ist Gegenstand der Forschung zur Verfahrensgerechtigkeit. Sie zeigte im Sinne des »Fair Process Effekts«, dass eine hohe wahrgenommene Verfahrensgerechtigkeit die Zufriedenheit mit dem Verfahren und dem Ergebnis deutlich erhöht, selbst wenn letzteres nachteilig ausfällt. Dabei zeigen die Befunde jedoch, dass Verfahrensgerechtigkeit nicht instrumentalisiert werden darf, um ungerechte Verteilungen zu rechtfertigen (etwa indem man »Runde Tische« einberuft, bei denen alle Beteiligten ihre Meinung äußern dürfen, die zu treffenden Entscheidungen allerdings schon längst gefällt worden sind). Bezogen auf die aktuelle Corona-Situation zeigt dies, wie wichtig es ist, dass alle gesundheitspolitischen Entscheidungen auf einem gerecht erlebten Entscheidungsprozess beruhen und dieser auch entsprechend kommuniziert wird.



Erlebte Gerechtigkeit herstellen

Über alle Dimensionen hinweg zeigt sich, dass das Streben nach Gerechtigkeit ein wichtiges Motiv menschlichen Handelns ist. Doch, wie egoistisch ist der Mensch, wenn es um Gerechtigkeit geht? Viele Gerechtigkeitsdiskurse in der Gesellschaft stellen soziale Dilemmata dar, das heißt, die Maximierung des individuellen Nutzens steht im Konflikt mit der Maximierung des kollektiven Nutzens. In der Verhaltensökonomie wird häufig argumentiert: um Menschen dazu zu bewegen, sich für den kollektiven Nutzen zu interessieren, braucht es Anreize und Sanktionssysteme (»extrinsische Motivation«). Aber die psychologische Forschung zeigt, dass es unter bestimmten Umständen auch eine intrinsische Motivation zur Maximierung des kollektiven Nutzens gibt. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind (a) interpersonales Vertrauen, (b) die Wahrnehmung sozialer Eingebundenheit und (c) erlebte Selbstwirksamkeit. Entscheidungsträger*innen (beispielsweise aus der Politik) können insbesondere Vertrauen und soziale Eingebundenheit herstellen, indem sie bei ihren Entscheidungen die Verfahrensgerechtigkeit berücksichtigen. Darüber hinaus weisen die Befunde der Gerechtigkeitspsychologie darauf hin, dass ein Gerechtigkeitsmotiv existiert, das unabhängig von Eigennutz ist. So nehmen Menschen zum Beispiel auch persönliche Einbußen hin, um Gerechtigkeit herzustellen oder engagieren sich ohne eigene Betroffenheit für mehr soziale Gerechtigkeit für andere. Dieses Motiv sollte daher ebenfalls bei politischen Entscheidungen in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens berücksichtigt werden. Das Wissen um die Vielfalt der Verteilungsprinzipien, die Multidimensionalität von Gerechtigkeit und die Bedeutung der Verfahrensgerechtigkeit können dabei helfen, Gerechtigkeitsprobleme als solche zu erkennen, Verteilungskonflikte zu versachlichen und Verfahren so durchzuführen, dass auch ihre Ergebnisse akzeptiert werden.

Literatur bei den Verfasser*innen

DR. ISABEL T. STRUBEL, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Sozial- und Organisationspsychologie, Ostenstraße 25, 85072 Eichstätt, E-Mail: isabel.strubel@ku.de

PROF. DR. MARIO GOLLWITZER, Ludwig-Maximilians-Universität München, Department Psychologie, Lehrstuhl für Sozialpsychologie, Leopoldstraße 13, 80802 München, E-Mail: Mario.Gollwitzer@psy.lmu.de

PROF. DR. ELISABETH KALS, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Professur für Sozial- und Organisationspsychologie, Ostenstraße 25, 85072 Eichstätt, E-Mail: elisabeth.kals@ku.de

SUSANNE HARTUNG

Bedingungs- und Gelingensfaktoren von Chancengerechtigkeit

Ein Leitgedanke von Gesundheitsförderung ist die Einflussnahme auf Determinanten der Gesundheit mit den Zielen »Gesundheit für alle« und gesundheitliche Chancengleichheit. Gesundheitliche Chancengleichheit (engl. health equity) wird von der Weltgesundheitsorganisation definiert als »das Freisein von ungerechten und vermeidbaren bzw. behebbaren gesundheitlichen Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen, die durch soziale, ökonomische, demografische oder geografische Merkmale definiert sind«. Wird gesundheitliche Chancengleichheit erreicht, haben alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Erhaltung, Verbesserung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit.

Während (gesundheitliche) Chancengleichheit einen Zustand – das Vorhandensein gleicher Möglichkeiten – beschreibt, kann (gesundheitliche) Chancengerechtigkeit als Weg dorthin betrachtet werden. Dabei sind es vor allem die (gesamt)politischen Maßnahmen, die einen Unterschied in der gesundheitlichen Ungleichheit machen können. Im European Health Equity Status Report der Weltgesundheitsorganisation von 2019 werden fünf wesentliche Bedingungen – und damit Wege – zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit identifiziert: Einkommenssicherheit und Sozialschutz, menschenwürdige Lebensbedingungen, Sozialkapital und Bildung, Zugang und Qualität der Gesundheitsversorgung sowie menschenwürdige Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen.

Den Weg der Chancengerechtigkeit zu verfolgen, bedeutet, diese Bedingungen so zu verändern, dass vor allem die Möglichkeiten der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen in Bezug auf Gesundheit erweitert werden. Diese Möglichkeiten sind als Chancen zu verstehen, die nicht zwangsläufig wahrgenommen werden müssen, sondern auch selbstbestimmt ausgeschlagen oder verpasst werden können. Aus einem Mehr an Chancen leitet sich damit nicht mehr Selbstverantwortung für eine (bestimmte) Gesundheit(svorstellung) ab. Vielmehr ist es notwendig, dass auf dem Weg der Chancengerechtigkeit benachteiligte Bevölkerungsgruppen umfassend beteiligt werden, damit die geschaffenen Möglichkeiten auch dazu beitragen und genutzt werden, gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren.

Partizipation als essenzieller Faktor für Chancengerechtigkeit

Im Sinne von Chancengerechtigkeit werden Möglichkeiten auf Gesundheit durch veränderte Lebensbedingungen vermehrt. Die Gesundheitsförderung hat sich mit dem Settingansatz bereits auf diesen Weg begeben. Zu den relevanten Elementen gehört die Beteiligung der Angehörigen der Settings (zum Beispiel Bürger*innen in Kommunen) im gesundheitsförderlichen Prozess – von der Bestimmung des Problems, der Entwicklung und Entscheidung über die umzusetzenden Maßnahmen bis hin zu ihrer Bewertung. Besonders Bevölkerungsgruppen, die aufgrund ihrer sozialen Lage benachteiligt und deren Gesundheitsbelastungen höher sind, sollen beteiligt werden. Nur so wird tatsächlich an den Bedarfen und Bedürfnissen dieser Gruppen gearbeitet. Sozial- und Gesundheitsdaten und die Erkenntnisse der gesundheitli-

chen Ungleichheitsforschung allein reichen nicht aus. Auch wenn es statistische Ähnlichkeiten in den Bedarfen der Personengruppen gibt, so sind die Bedingungen ebenso wie die Veränderungsprozesse lokal sehr verschieden.

Durch die Bedingungen vor Ort wird auch die Bestimmung des drängendsten Problems beeinflusst. Dieses sollte nicht nur durch Fach- und Praxisakteur*innen identifiziert, sondern vor allem von den benachteiligten Bevölkerungsgruppen festgelegt werden. Diese Anforderung scheint für Außenstehende einfach umsetzbar. In Prozessen kommunaler Gesundheitsförderung ist sie aber nicht leicht zu erfüllen. Denn diese Prozesse sind zumeist top-down angelegt, ausgehend zum Beispiel vom öffentlichen Gesundheitsdienst und der kommunalen Verwaltung. In solchen Top-down-Prozessen ist es nicht nur schwierig, Menschen für Beteiligungsprozesse zu gewinnen und Beteiligung längerfristig zu erhalten. Eine Herausforderung ist es auch, dass die Personen am Prozess der Gesundheitsförderung partizipieren und ihre Teilnahme nicht nur der Erkenntnisgewinnung dient – sie sollten zum Beispiel in den Gremien der kommunalen Gesundheitsförderung in allen Phasen an den relevanten Entscheidungen teilhaben. Hierfür sind Vertrauen und eine die Partizipation der Bürger*innen wertschätzende Haltung der Fachkräfte notwendig.

Partizipation von Angehörigen des Settings ist abhängig von ihrem vorhandenen Interesse an Gesundheit, von ihrer Gesundheitsvorstellung, prozessrelevanten Fähigkeiten (zum Beispiel Kommunikation), ihren zeitlichen und anderen Ressourcen, ihrer sozialen und biografischen Lebenssituation und ihren Beteiligungserfahrungen. Welcher Veränderungsrahmen tatsächlich vorhanden ist, muss transparent sein, damit Erwartungen passen und kein Frust entsteht. Gesundheitskompetenz ist eine Voraussetzung dieser partizipativen Prozesse, kann aber durch die Beteiligung auch erweitert werden.

Mittlerweise stehen eine Reihe von Beteiligungsformaten und partizipativen Methoden zur Verfügung sowie Erkenntnisse darüber, welche Beteiligungsformen für welche Fragen und für welche Personengruppen geeignet sind. Gute Erfahrungen wurden in der Zusammenarbeit mit Menschen mit niedriger Schulbildung oder Menschen mit Lernschwierigkeiten beispielsweise mit visualisierenden Methoden wie Photovoice und Community Mappings gemacht.

Chancengerechtigkeit in den Fokus rücken

Da Chancengerechtigkeit den Fokus auf benachteiligte Personengruppen legt, ist darauf zu achten, Stigmatisierungen zum Beispiel in der Ansprache für Beteiligungsprozesse zu vermeiden. Da die benachteiligten Gruppen auch intensiver als besser gestellte in ihren Möglichkeiten gefördert werden sollen, könnten Neiddebatten angestoßen werden.

Trotz dieser Herausforderungen kann auf der Ebene der Lebenswelten ein Beitrag zu Chancengerechtigkeit und letztlich zu gesundheitlicher Chancengleichheit geleistet werden. Größere Schritte in diese Richtung ließen sich mit einer gesamtpolitischen Strategie gehen.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. SUSANNE HARTUNG, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Brodaer Straße 2, 17033 Neubrandenburg
E-Mail: hartung@hs-nb.de



MATTHIAS DIERMEIER

Wahrnehmung und Wirklichkeit bei der Darstellung sozialer Ungleichheit in den Medien

Die Mehrheit der Deutschen gibt in Befragungen regelmäßig an, die soziale Ungleichheit in der Bundesrepublik sei zu hoch und der Staat solle stärker eingreifen, um sie zu reduzieren. Zuletzt bewerteten drei Viertel der Befragten in der Allgemeinen Bevölkerungsumfrage (ALLBUS) die hiesigen sozialen Unterschiede als ungerecht. Einer besonderen Popularität zur Finanzierung der angedachten Umverteilung erfreut sich die Besteuerung der höheren Einkommenschichten. In einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach spricht sich mehr als die Hälfte der Deutschen dafür aus, Reiche sollten »nicht nur hohe, sondern sehr hohe Steuern bezahlen«. Dabei deuten sich bei der Ausgestaltung steuerpolitischer Präferenzen Inkonsistenzen mit dem Wunsch einer stärkeren Belastung der Hocheinkommensverdiener*innen an. Menschen, die nach ihren Vorlieben zur steuerlichen Belastung hoher Einkommen (100.000 Euro pro Jahr, alleinstehend) gefragt werden, wünschen sich eine niedrigere Besteuerung als die durchschnittlich 35 Prozent, die aktuell angesetzt werden. Obwohl also eine höhere Besteuerung von Gutverdiener*innen befürwortet wird, zeigt sich die Vorliebe für eine Steuerreform, die diesem Wunsch entgegenwirken könnte.

Wahrnehmung und Wirklichkeit klaffen auseinander

Die Forschung zu Ungleichheit und deren Perzeption hat sich während der vergangenen Jahre den Wahrnehmungen und Meinungsbildungsprozessen zugewandt. In den meisten Ländern misslingt sowohl die eigene Einordnung in die Einkommensverteilung als auch die Einschätzung der gesellschaftlichen Ungleichheit. Auf dem europäischen Kontinent wird die gesellschaftliche Ungleichheit zumeist zu pessimistisch eingeschätzt: Die Mehrzahl der Deutschen sieht die Gesellschaft als eine Pyramide, mit den meisten Menschen in den unteren Schichten – wengleich die Mittelschicht in Schichtanalysen eindeutig die größte Gruppe stellt.

Tatsächlich ist die Verteilungssituation höchst komplex. Die Datenlage ist teils schwierig, gängige Maßzahlen wie der Gini-Koeffizient schwer zu interpretieren und die Systematik selbst für Expert*innen nicht einfach zu durchdringen. Fehleinschätzungen in Verteilungsfragen sind geradezu er-

wartbar. Obwohl sich die stabile Verteilungslage seit 2005 zunehmend als empirischer Befund durchsetzt, wird selbst auf höchster wissenschaftlicher Ebene um Deutungen gerungen.

Ungleichheitsdebatte ist prädestiniert für eine einseitige Berichterstattung

Verwundern darf daher nicht die Fehleinschätzung unter den Laien per se. Erstaunlich klar ist jedoch die »Richtung der Fehleinschätzung«, die eindeutig ins Negative zeigt und eine Spurensuche nach den Gründen dieser negativen Perzeption im Medialen anstößt. Zum einen haben sich Berichte über soziale Ungleichheit in den deutschen Medien seit dem Jahr 2005 mehr als verdoppelt. Zum anderen folgt die Medienberichterstattung grundsätzlich einem Negativity Bias, der dazu führt, dass negative Nachrichten stärker in den Medien rezipiert werden als positive. Gerade die Berichterstattung über Ungleichheitsfragen erscheint anhand von Einzelfallbeispielen prädestiniert für einseitige und skandalisierende Darstellungen.

In vielen Qualitätsmedien hat sich die Debatte während der vergangenen Jahre jedoch professionalisiert. In den Boulevardmedien hingegen werden für spezifische Bevölkerungsschichten einseitige Erzählungen gesponnen, die sich bei den Medienrezipient*innen festsetzen und kaum alternative Deutungsmuster zulassen. Sozioökonomisch benachteiligte Gruppen wie Arbeitslose und Menschen mit Migrationshintergrund wird etwa die Legitimität sozialstaatlicher Ansprüche abgesprochen. Durchschnittlich besser situierte Gruppen wie Rentner*innen werden dagegen als übermäßig bedürftig dargestellt. Obwohl mit einer Armutsgefährdung von 17 Prozent keine überdurchschnittliche Prekarisierung vorherrscht, wird knapp jede zweite berentete Person als von Armut gefährdet bewertet.

Negative Perzeption strahlt weit über die Ungleichheitsdebatte hinaus

Die negativ verzerrte Wahrnehmung von Ungleichheit ist dabei keineswegs ein Einzelfall. Auch bei weiteren sozio-ökonomischen Kennzahlen liegen Wahrnehmung und Wirklichkeit weit auseinander. So wird etwa der Anteil der Arbeitslosen in Deutschland im Durchschnitt auf 23 Prozent der Bevölkerung taxiert – bei einer tatsächlichen Arbeitslosenquote von unter sechs Prozent.

Möglicherweise wirken die nüchtern rapportierten Arbeitsmarktstatistiken bei den Medienrezipienten jedoch wesentlich weniger stark als die einschlägigen deutlich negativ eingefärbten Einzelfallberichte. Eine Hierarchie der vielfältigen medialen Einflussfaktoren auf das Stimmungsbild in der Bevölkerung harrt weiterhin seiner Ergründung. Der weit verbreitete Pessimismus strahlt jedenfalls in viele verwandte Themenkomplexe hinein. Tatsächlich gehen negativ verzerrte Fehleinschätzungen der wirtschaftlichen Lage mit einer schwächeren Zufriedenheit mit der Demokratie, dem sozialen Sicherungssystem und der Verwirklichung der sozialen Gerechtigkeit in Deutschland einher. Menschen, die besonders negativ auf die wirtschaftliche Lage blicken, lehnen eher supra-nationale Organisationen ab und sind tendenziell der rechtspopulistischen AfD zugeneigter.

Besonders verbreitet ist die Kombination von Fehleinschätzungen und den zugehörigen Verunsicherungen bei denjenigen, die politische Informationen vorwiegend über soziale

Medien beziehen. Wesentlich treffsicherer wird die wirtschaftliche Lage evaluiert, wenn politische Informationen primär über Qualitätsmedien rezipiert werden.

Traditionelle Medien stehen in der Beschreibung der sozialen Ungleichheit sowie der wirtschaftlichen Lage zur Wahrung des sozialen Friedens vor einem komplexen Spannungsfeld. Einerseits müssen für möglichst breite Bevölkerungsschichten attraktive Nachrichten produziert werden. Andererseits sollte man nicht den Verlockungen der Skandalisierung nachgeben. Anstatt Konflikte zwischen Bevölkerungsgruppen zu verschärfen, sollten Medien ihre Leser*innen vielmehr mit Problemlösungsvorschlägen für unterschiedliche Gefährdungslagen überzeugen.

Literatur beim Verfasser

MATTHIAS DIERMEIER, Institut der Deutschen Wirtschaft, Konrad-Adenauer-Ufer 21, 50668 Köln, E-Mail: diermeier@iwkoeln.de

SABINE HARK

Misogynie. Stolpersteine auf dem Weg zu Geschlechtergerechtigkeit

»Misogynie ist Bestrafung und Hass und richtet sich besonders gegen ehrgeizige Frauen«, kommentierte die Schriftstellerin Siri Hustvedt vor einigen Tagen in einer viel beachteten Folge des Podcast von Jagoda Marinić, »Freiheit Deluxe«. Frauen, erläutert Hustvedt, sollen in unseren Gesellschaften fürsorglich und unterwürfig sein. Und wenn sie diese Aufgaben nicht wahrnehmen oder diese vermeintlich vernachlässigen, folge eben die Bestrafung. Hillary Clinton habe das auf äußerst schmerzliche Weise 2016 im Wahlkampf in den USA erfahren und auch das, was Annalena Baerbock, die Kanzlerkandidatin der Partei Bündnis 90/Die Grünen, derzeit erlebe, sei nichts anderes als Misogynie, Hass auf Frauen.

Systematischer Frauenhass

Frauenhass wird oft entweder als ideologischer Kampfbegriff der Frauenbewegung abgetan oder aber als rein psychologisches Phänomen gedeutet, als eine Art Kompensationsreaktion von Männern mit mangelndem Selbstbewusstsein. Nicht selten wird es auch zum Phänomen der Vergangenheit erklärt. Doch Misogynie ist weder von gestern noch ein nur individuelles Problem. Es ist eher ein gesellschaftliches Muster denn ein individuelles Verhalten: ein Machtmittel, um die patriarchalische Ordnung aufrechtzuerhalten, indem »eine bestimmte, mehr oder weniger klar umrissene Kategorie von Mädchen und Frauen mit feindseligen oder negativen Konsequenzen belegt wird, um gesellschaftliche Normen durchzusetzen und zu überwachen«, so die Philosophin Kate Manne in ihrem Buch »Down Girl. Die Logik der Misogynie«. »Nicht nur Politikerinnen«, kommentiert auch die Autorin Susanne Kaiser in ihrem Buch »Politische Männlichkeit«, würden »zum Ziel verbaler und bisweilen handfester Attacken, sondern alle Frauen, die im Licht der Öffentlichkeit stehen und für sich beanspruchen, in »männlichen Gebieten« erfolgreich zu sein«. Misogynie äußert sich allerdings nicht erst in Form verbaler Aggression oder gar in Form physischer Gewalt. Auch darin, wie Männer über Frauen denken und untereinander über sie sprechen, finden wir nicht unerhebliche Spuren von Frauen-



hass. So fand die Ökonomin Alice Wu in einer Studie, in der sie untersuchte, wie männliche Ökonomen in Online-Foren über Kolleginnen und Kollegen sowie Studentinnen und Studenten kommunizieren, heraus, dass die 30 Wörter, die am eindeutigsten mit Frauen assoziiert wurden, allesamt sexistisch, herabwürdigend und pornografischer Art waren. Die am häufigsten im Zusammenhang mit Frauen verwandten Wörter, so Wu, seien unter anderem »heiß«, »lesbisch«, »Feminazi«, »Schlampe«, »niedlich«, »geil« und »Prostituierte« gewesen, während die Begriffe, die am häufigsten mit Männern assoziiert wurden, unter anderem »Mathematiker«, »Berater«, »Nobel« und »Philosoph« gewesen seien.

Vergeschlechtlichte Kompetenzen

Eklatant sichtbar wird hier ein misogynies Muster, das die Soziologin Celia Ridgeway mit dem Begriff der »gender status beliefs« umschrieben hat. Damit meint Ridgeway, dass wir unterschiedliche Vorstellungen der Kompetenzen von Frauen und Männern haben und diesen auch unterschiedliche Kompetenzen zuschreiben beziehungsweise Unterschiedliches von ihnen erwarten. Von Männern eben den Nobelpreis, von Frauen, dass sie sexy sind und sich fügen. Diese zugeschriebenen Kompetenzen wiederum sind eng verknüpft mit dem Status, den wir Personen zubilligen. Zum Beispiel Männer sind vernünftig, technisch begabt, mutig, durchsetzungsstark, entscheidungsfreudig, aber auch draufgängerisch, risikobereit und so weiter – weshalb klar ist, dass sie Chefarzt und Chirurg sein können. Frauen hingegen sind fürsorglich, emotional, oft nervös, sprunghaft, eher an Schönerem statt an Funktionalität orientiert, ängstlich und so weiter – und deshalb weder für Führungspositionen noch für den Beruf des Chirurgen geeignet. In der Medizin, um in diesem Feld zu bleiben, können wir das auch daran sehr gut sehen, welches Geschlecht mit welchem medizinischen Fach in Verbindung gebracht wird, aber natürlich auch, wer wo auf der Karriereleiter endet. Hier ist sicher die »gläserne Decke«, von der in der geschlechterbezogenen Professionsforschung die Rede ist, noch dicker und widerständiger als in anderen Berufen und Professionen.

Platzanweiser Geschlecht

Ohnehin ist gerade der Arztberuf ja auch tatsächlich lange Zeit eine ausschließlich männliche Domäne gewesen. Frauen dürfen erst seit etwas mehr als einhundert Jahren studieren, noch kürzer als Professorinnen lehren. Bis heute assoziieren

daher viele Menschen in der Regel mit dem Begriff Arzt eben nicht auch die Ärztin, weshalb, und das nur am Rande, das generische Maskulinum eben als geschlechtergerechte Formulierung nicht taugt. Ähnliches gilt allgemein für den wissenschaftlichen Beruf. Werden beispielsweise Schüler*innen oder Studierende aufgefordert, eine*n Wissenschaftler*in darzustellen, so zeichnet bis heute die Mehrzahl einen weißen, oft bärtigen Mann im Laborkittel. Ebenso hartnäckig hält sich auch das Vorurteil, dass Mädchen kein Mathe können. Ein Befund, der in zahlreichen Studien bestätigt wurde. All das macht deutlich, wie stark das Bild »des Wissenschaftlers« sowohl männlich vergeschlechtlicht als auch von den Naturwissenschaften geprägt ist. Nehmen wir dagegen einen historisch weit überwiegend weiblich geprägten und dominierten Beruf, die Krankenpflege etwa, sehen wir, dass hier extra eine neue Bezeichnung eingeführt wurde – der Krankenpfleger –, weil es selbstverständlich nicht hinnehmbar ist, dass eine männliche Person eine Krankenschwester ist. Auch das zeigt die oft implizite, nicht selten aber eben auch explizite misogyne Herabsetzung und Entwertung von Frauen. Geschlecht ist, kurzum, in unseren Gesellschaften ein sozialer Platzanweiser von beträchtlichem Gewicht.

Misogynie, das sollten diese kurzen Streifzüge durchs Patriarchat deutlich machen, ist ein vielgestaltiges, nicht immer leicht zu erkennendes Denk- und Handlungsmuster, das unsere Kultur und Gesellschaft auf nachhaltige Weise beeinflusst und Männer und Frauen auf die ihnen zugestandenen Plätze verweist. Kürzer gesagt: Misogynie ist ein mächtiger Stolperstein auf dem Weg zu (mehr) Geschlechtergerechtigkeit.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. SABINE HARK, Zentrum für Interdisziplinäre Frauen- und Geschlechterforschung (ZIFG), TU Berlin, Fraunhoferstraße 33–36, 10587 Berlin, E-Mail: sabine.hark@tu-berlin.de

ROLF SCHMUCKER

Arbeit, Gesundheit und Gerechtigkeit

Gesundheit und Wohlbefinden von Arbeitnehmer*innen sind auf verschiedene Weise mit den Arbeitsbedingungen verknüpft. Arbeit kann – in Abhängigkeit von ihrer Gestaltung – sowohl gesundheitsförderlich als auch -schädlich sein. Die gesundheitswissenschaftliche und arbeitsmedizinische Forschung hat für die Arbeitsbedingungen verschiedene Risikofaktoren identifiziert, die die Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen erhöhen. Neben den »klassischen« körperlichen Belastungen, die durch biomechanische Einwirkungen das Muskel- und Skelettsystem schädigen können, haben in den vergangenen Jahren auch die verbreiteten psychosozialen Belastungsfaktoren im Arbeitskontext und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit mehr Aufmerksamkeit erhalten.

Schwere körperliche Anforderungen in Land-, Forst- und Bauwirtschaft

Wie stark die Ungleichheit arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken ausgeprägt ist, zeigen die Daten der repräsentativen Beschäftigtenbefragung mit dem DGB-Index Gute Arbeit 2019. Die Verteilung von körperlichen und psychischen Arbeitsbe-

lastungen wurde auf Ebene der verschiedenen Berufsgruppen ausgewertet. Bei den körperlichen Belastungen (zum Beispiel schweres Heben/Tragen/Stemmen, Arbeiten in ungünstiger Körperhaltung, Lärmbelastung) sind die Unterschiede am deutlichsten ausgeprägt. Beschäftigte mit Berufen in der Land- und Forstwirtschaft sowie im Gartenbau sind bei ihrer Arbeit zu über 70 Prozent mindestens drei körperlichen Belastungsarten ausgesetzt. Bei Beschäftigten in Bauberufen liegt dieser Anteil bei 58 Prozent. Am anderen Ende der körperlichen Belastungshierarchie liegen eher administrative, planende und steuernde Berufe (zum Beispiel in der Unternehmensführung, der IT oder den Finanzdienstleistungen). In diesen Gruppen berichten lediglich 2 bis 4 Prozent von körperlichen Mehrfachbelastungen bei der Arbeit.

Starke psychische Belastung in Lehr- und Gesundheitsberufen

Auch bei den psychischen Arbeitsbelastungen gibt es deutliche Unterschiede, auch wenn die Diskrepanzen nicht ganz so stark ausgeprägt sind. Arbeiten unter Zeitdruck, Störungen und Unterbrechungen sowie widersprüchliche Anforderungen sind Beispiele für häufig genannte Belastungsfaktoren. Die Berufsgruppen, die hier die stärksten Belastungen aufweisen, sind Lehrer*innen, medizinische Gesundheitsberufe (zum Beispiel Krankenpflege, Ärzt*innen) sowie Berufe aus dem Bereich Werbung/Marketing/Medien/Journalismus. In diesen Gruppen sind zwischen 37 und 43 Prozent der Befragten während ihrer Arbeit häufig von mindestens drei der abgefragten psychischen Belastungsfaktoren betroffen. Am seltensten wird die psychische Mehrfachbelastung von Beschäftigten in Reinigungsberufen (17 Prozent), Bauberufen (20 Prozent) sowie Beschäftigten in Berufen der Land- und Forstwirtschaft sowie des Gartenbaus (jeweils 20 Prozent) angeführt.

Ungleichheiten während der Corona-Pandemie

Während der Corona-Pandemie wurde die Vermeidung von Kontakten zu einer zentralen Infektionsschutzmaßnahme. Für die Arbeitswelt bedeutete dies: Wer von zu Hause aus arbeiten kann beziehungsweise darf, schützt sich und andere vor Ansteckung. Erste Auswertungen von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken deuten darauf hin, dass die Unterschiede hinsichtlich des Arbeitsortes sich in den Infektionszahlen niedergeschlagen haben. In den Berufsgruppen Erziehung, Gesundheit und Soziales sowie bei verschiedenen Fertigungsberufen zeigten sich erhöhte Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten. Corona fügte der bekannten sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit eine neue arbeitsweltliche Komponente hinzu.

Ungerechtigkeit als Belastungsfaktor

Unterschiede in den arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken werden spätestens dann zu einem Gerechtigkeitsproblem, wenn Ungleichheiten durch eine präventive Arbeitsgestaltung vermieden werden können (Health Inequity). Gerechtigkeit ist darüber hinaus aber auch ein wichtiges Thema, wenn es um die Wahrnehmung von Ungerechtigkeiten durch die Beschäftigten geht. Das Modell der »beruflichen Gratifikationskrisen« beschreibt diesen Zusammenhang. Eine Gratifikationskrisen kann dann entstehen, wenn sich Beschäftigte für ihre Verausgabung nicht angemessen belohnt sehen. Dabei kann die Gratifikation sowohl materiell (zum Beispiel Einkom-

men, Boni) als auch immateriell (zum Beispiel Wertschätzung, Arbeitsplatzsicherheit) sein. Eine dauerhafte Verletzung des Bedürfnisses nach Anerkennung im beruflichen Kontext erzeugt Stress und damit gesundheitliche Risiken. In einer Reihe von internationalen Studien wurde dieser Zusammenhang empirisch belegt. Sowohl das Risiko für psychische als auch für physische Erkrankungen ist bei Beschäftigten mit einer beruflichen Gratifikationskrise deutlich erhöht. Soziale Gerechtigkeit ist gesundheitsrelevant.

Gesundheit für alle!

Ob mit berufsspezifischen Belastungsprofilen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko verbunden ist, hängt letztlich von der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen ab. Denn grundsätzlich gilt: Belastungsfaktoren der Arbeit sind gestaltbar. Dabei ist die zielgruppenspezifische Verhältnisprävention, die die besonders gefährdeten Beschäftigtengruppen in den Mittelpunkt rückt, der Schlüssel für den Schutz der Gesundheit. Dieses Prinzip spiegelt sich in der Maßnahmenhierarchie des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wider: Vorrang hat die Vermeidung einer Gefährdung der Beschäftigten mit Hilfe technischer oder organisatorischer Maßnahmen. Wo dies aufgrund der spezifischen Tätigkeit nicht (vollständig) möglich ist, muss das Risiko durch eine Reduzierung der Expositionsdauer und persönliche Schutzmaßnahmen minimiert werden. Die konsequente Anwendung dieses Prinzips ist die Voraussetzung dafür, dass tätigkeitsspezifische Belastungen nicht in einer ungerechten Verteilung von Gesundheitschancen resultieren.

Literatur beim Verfasser

DR. ROLF SCHMUCKER, Institut DGB-Index Gute Arbeit, Henriette-Herz-Platz 2, 10178 Berlin, E-Mail: rolf.schmucker@dgb.de

HANNA STAHLHUT

Teilhabe- und Gesundheitschancen im Kontext sogenannter geistiger Behinderung

Bedingt durch fehlende oder niedrige Bildungsabschlüsse und geringes Einkommen verfügen Menschen mit geistiger Behinderung zu einem großen Anteil über einen niedrigen sozioökonomischen Status. Auch die gesundheitlichen Risiken sind erhöht: Prävalenzen, beispielsweise für Herz-Kreislauf- sowie Diabetes-Erkrankungen, wie auch Mortalitätsraten, liegen über dem Bevölkerungsdurchschnitt.

Menschen mit geistiger Behinderung sind in zentralen Lebensbereichen (Wohnen, Arbeiten, Freizeit, Bildung) oftmals mit verfestigten Sonderstrukturen konfrontiert. Sie leben, insbesondere im höheren Erwachsenenalter, häufig in institutionellen Bezügen, die stark strukturiert sind und in denen Mitsprache- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten, auch im Hinblick auf individuelle gesundheitsbezogene Fragen, begrenzt sind. Deutlich zeigt dies die Corona-Pandemie: Informationen zur Pandemie waren beispielsweise aufgrund fehlender Materialien oder eingeschränktem Zugang für den Personenkreis nur bedingt verfügbar. Insbesondere Menschen, die in Wohneinrichtungen (»besonderen Wohnformen«) leben, sind in dieser Zeit neben den allgemeinen Beschränkungen in erheblichem Maße von Besuchsverboten und Kontakt-



abbrüchen betroffen. Zudem werden die Etikettierung als »Risikogruppe« und daraus resultierende pauschale Restriktionen als stark belastend empfunden.

Teilhaberechte für alle – Teilhabemöglichkeiten für einige?

Die Lebens- und Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung macht deutlich, dass die »volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft«, wie sie in Art. 3 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verbrieft ist, bisher nicht vollumfänglich eingelöst wird. Mit dem Recht auf Teilhabe geht die Frage nach Möglichkeiten im Sinne von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen einher, die dem Individuum offenstehen und in denen eine selbstbestimmte Gestaltung des Lebens möglich sein soll. Doch wie können diese Spielräume für alle zugänglich sein?

Bartelheimer und Henke legen in Anlehnung an den Capability-Approach und den Lebenslagen-Ansatz ein Modell vor, mit dem die komplexen Zusammenhänge strukturiert betrachtet werden können. Um Teilhabe in unterschiedlichen Lebensbereichen realisieren zu können, benötigen Menschen materielle (zum Beispiel finanzielle) und immaterielle (zum Beispiel rechtliche) Ressourcen. Ressourcen sind dabei »Mittel zum Zweck«, aus ihnen folgt jedoch nicht automatisch Teilhabe – und auch ein »Mehr« an Ressourcen oder eine gleichmäßige Verteilung aller verfügbarer Ressourcen stellt Teilhabe nicht sicher.

Vielmehr wirken persönliche Voraussetzungen und gesellschaftliche Bedingungen als Faktoren, die die Umwandlung vorhandener Ressourcen in Teilhabechancen für das Individuum beeinflussen.

Individuelle Teilhabeergebnisse werden dadurch realisiert, dass Teilhabechancen in unterschiedlichen Lebensbereichen in tatsächliche Handlungen in der Lebensführung »umgewandelt« werden, die den eigenen Zielen und Vorstellungen oder den gesellschaftlich üblichen (von ihnen geteilten Zielen) entsprechen. Menschen realisieren folglich unterschiedliche Teilhabeergebnisse, auch wenn sie über gleiche Ressourcen verfügen.

Gesundheit und Teilhabe(chancen)

Forschungsergebnisse zu biographischen Erfahrungen von Menschen mit geistiger Behinderung verweisen darauf, dass der Personenkreis aufgrund eigener Lebens- und Bildungserfahrungen sowie gesellschaftlicher Strukturen im Lebens-

verlauf nur eingeschränkt Möglichkeiten zu Mitbestimmung und Entscheidung wahrnehmen kann, mitunter sogar erhebliche Fremdbestimmung erfahren hat. Dies zeigt sich insbesondere im Hinblick auf gesundheitsbezogene Fragen mit teils erheblichen subjektiven Folgen (zum Beispiel Erleben von Zwangsmaßnahmen wie Psychiatrie-Aufenthalt oder ungewollter Sterilisation).

Wie stark Gesundheit und Teilhabe(chancen sowie -ergebnisse) miteinander verknüpft sind, wird deutlich daran, dass

- » Gesundheit als »persönliche Voraussetzung« im Zusammenspiel mit gesellschaftlichen und strukturellen Bedingungen Teilhabechancen eröffnet oder verschließt,
- » die Umwandlung von Teilhabechancen in tatsächliche Handlungen in unterschiedlichen Lebensbereichen immer auch Gesundheit beeinflusst.

Was kann Health Literacy leisten?

In den vergangenen Jahren wird im Hinblick auf Gesundheit angesichts steigender Anforderungen, sich in einer zunehmend komplexen Welt zurechtzufinden, das Konzept der Health Literacy diskutiert. Health Literacy gilt heute als wichtige »Lebenskompetenz« und Aspekt von Grundbildung, die den Menschen befähigt, in verschiedenen Lebensbereichen gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen, die im Einklang mit eigenen Wünschen, Zielen und Erfahrungen stehen. Je nach Konzeptualisierung umfasst Health Literacy neben einer Wissenskomponente auch Fähigkeiten, wie das kritische Nachfragen oder die Vertretung eigener Interessen. Health Literacy kann auf persönlicher Ebene als positiv wirkender Faktor, sowohl hinsichtlich der Umwandlung von Ressourcen in Teilhabechancen als auch hinsichtlich der Realisierung von Teilhabergebnissen, wirken. Neuere Ansätze betonen zudem den Einfluss gesellschaftlicher Bedingungen: die Etablierung von Selbsthilfe- und Peer-to-Peer-Beratungsangeboten und die Qualifizierung von Fachkräften im medizinischen sowie pädagogischen Bereich können dazu beitragen, dass Menschen mit geistiger Behinderung zunehmend mehr Kontrolle über ihre Gesundheit erlangen und selbstbestimmte Entscheidungen treffen können. Health Literacy kann, wenn es als Konzept auch die Lebensbedingungen und Ressourcen vulnerabler Gruppen, wie die der Menschen mit geistiger Behinderung berücksichtigt, hier anknüpfen und zu mehr Chancengerechtigkeit im Hinblick auf Teilhabe und Gesundheit beitragen.

Literatur bei der Verfasserin

HANNA STAHLHUT, Leibniz Universität Hannover, Lange Laube 32, 30159 Hannover, E-Mail: hanna.stahlhut@ifs.uni-hannover.de

RALPH MÜLLER-EISELT

Algorithmen als Lebensretter – eine ethische Gratwanderung

Nach einem Herzinfarkt ist der Kampf ums Überleben ein Wettrennen gegen die Zeit. Jede Minute ohne Sauerstoffzufuhr verringert die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Wiederbelebung um zehn Prozent. Deshalb werden Herzpatient*innen in Krankenhäusern permanent von Medizintechnik überwacht. Wenn einer der gemessenen Gesundheitswerte auf eine unmittelbar bevorstehende Gefahr hin-

deutet, schlagen die Geräte Alarm. Häufig kommt diese Warnung zu spät. Obwohl sie sich bereits in einem Krankenhaus befinden, erleiden in den USA jährlich bis zu 400.000 Menschen eine tödliche Herzattacke, weil Ärzt*innen nicht schnell genug reagieren können.

Rechnet man die Erfahrungen des St. Joseph Mercy Oakland Hospital auf die gesamten USA hoch, könnten jedes Jahr knapp 140.000 Herzpatient*innen durch Algorithmen gerettet werden. Denn in dem Krankenhaus nördlich von Detroit hat eine neue Software die Sterberate von Risikopatient*innen innerhalb von vier Jahren um gut ein Drittel reduziert. Visensia – the Safety Index heißt das algorithmische System einer britischen Softwarefirma, das über Sensoren zunächst dieselben Vitalwerte wie herkömmliche Geräte misst. Neu aber ist, dass ein Algorithmus die Werte in ihrem Zusammenspiel analysiert. Alarm schlägt er nicht erst, wenn ein einzelner Wert erheblich aus der Norm läuft, sondern bereits, wenn mehrere Werte zugleich geringere Auffälligkeiten zeigen. Eine Auswertung der Daten von über 20.000 Patient*innen hat ergeben, dass sich meist schon einige Stunden vor einem lebensbedrohlichen Kammerflimmern solche Muster in den Gesundheitswerten abzeichnen – lange bevor herkömmliche Medizintechnik warnt. Das medizinische Personal gewinnt dadurch oft die entscheidende Zeit, um mit präventiven Maßnahmen Schlimmeres zu verhindern.

Medizintechnik zwischen Ethik und Fortschritt

Expert*innen sind sich einig, dass algorithmisch erstellte Prognosen künftig eine deutlich größere Rolle in der medizinischen Versorgung spielen werden. Doch solche technischen Innovationen heben auch alte Grundsatzfragen wieder neu auf die Tagesordnung. In den USA wird bereits ein algorithmisches System eingesetzt, das das Sterberisiko von Patient*innen innerhalb eines Zeitfensters von drei bis zwölf Monaten berechnet. Dadurch möchte man unheilbar Kranken frühzeitig eine häusliche Palliativversorgung ermöglichen. Die Prognosequalität der Software ist nachweislich höher als die der Ärzt*innen. Ihr Einsatz verschärft aber moralische Fragen, die eng mit dem Diskurs über den Wert des Lebens verbunden sind und seit jeher die Ethikkommissionen der Medizin beschäftigen. Was darf die Behandlung eines unheilbar Kranken noch kosten, dem nicht mehr viel Zeit bleibt? Welche Therapie ist gerechtfertigt, um ein Menschenleben ein Jahr, einen Monat oder nur eine Woche zu verlängern? Und wer – Patient*in, Angehörige, Ärzt*innen oder gar Krankenkassen – entscheidet letztlich nach welchen Maßstäben das geschehen oder unterbleiben soll?

Schon heute bietet die Versorgungsforschung Kennzahlen, um das subjektive Gut Gesundheit messbar zu machen. So steht ein QALY, kurz für »quality adjusted life year«, für ein Lebensjahr bei voller Gesundheit und ermöglicht eine Kosten-Nutzen-Analyse von medizinischen Maßnahmen. Der Wert einer Therapie wird sowohl in Lebensdauer als auch in Lebensqualität bemessen. Schenkt ein Medikament für 50.000 Euro Patient*innen zwei zusätzliche gesunde Lebensjahre, kostet es 25.000 Euro pro QALY. Bringt es zum gleichen Preis nur sechs zusätzliche Monate, kostet es 100.000 Euro pro QALY. In Großbritannien hat man sich zum Beispiel vorgenommen, nicht mehr als 30.000 Pfund pro QALY auszugeben. Die Konsequenzen solcher Obergrenzen sind mit den heutigen Prognosealgorithmen keine theoretischen Gedankenspiele mehr, die ethische Abwägung zwischen individuel-

lem Nutzen und kollektiver Wirtschaftlichkeit wird zur praktischen Herausforderung im Versorgungsalltag.

Wer entscheidet über den Einsatz prädiktiver Technologien?

Algorithmen stellen unser Gemeinwesen vor die Entscheidung, was es mit ihren immer präziseren Vorhersagen anstellen soll. Das Spektrum möglicher Reaktionen reicht vom Verbot bis zur forcierten Umsetzung in präventive Maßnahmen. Wenn wir als Gesellschaft die Chancen algorithmischer Vorsorge nutzen wollen, zwingt uns das dazu, widerstreitende Werte gegeneinander abzuwägen. Im Zentrum steht die Frage, wie wir den zukünftigen Schutz der Gesellschaft gegenüber den Grundrechten des Individuums im Hier und Jetzt bewerten. Diese Abwägung ist eine politische Entscheidung. Dafür gelten Maßstäbe: Wie schwerwiegend ist der notwendige Eingriff in das einzelne Leben? Wie groß ist das Risiko, dass ein befürchtetes Ereignis eintritt? Und sollte es eintreten, wie weitreichend wären die Auswirkungen auf die Gesellschaft? Die Abwägung, wo Freiheit und Rechte des Individuums zugunsten kollektiver Interessen eingeschränkt werden dürfen, kennt aber kein eindeutig richtiges oder falsches Ergebnis, erst recht nicht auf Dauer. Denn im Laufe der Zeit ändern sich auch unsere Vorstellungen davon, was wir für ethisch angemessen halten.

Für die algorithmische Prävention bedeutet das: Wir müssen immer wieder gesellschaftlich darüber debattieren, streiten und politisch entscheiden, wie viel wir überhaupt über die Zukunft wissen wollen und wo der prognostische Blick ausdrücklich begrenzt werden soll. Vieles, was auf den ersten Blick verheißungsvoll klingen mag, entpuppt sich auf den zweiten Blick als ethische Gratwanderung. Nicht jede*r will wissen, woran oder sogar wann man mit welcher Wahrscheinlichkeit sterben könnte. Doch umgekehrt würde ein generelles Verbot prädiktiver Technologien bedeuten, dass anderen so die Chance auf ein sichereres oder längeres Leben entginge.

Literatur beim Verfasser

Dieser Text basiert auf Passagen aus dem Kapitel »Prävention: Gewisse Zukunft« des vom Autor bei DVA veröffentlichten Buches »Wir und die intelligenten Maschinen«. RALPH MÜLLER-EISELT, Bertelsmann Stiftung, Carl-Bertelsmann-Straße 256, 33311 Gütersloh, E-Mail: ralph.mueller-eiselt@bertelsmann-stiftung.de (Weitere Informationen unter: www.algorithmenethik.de)

NICOLA JAKOBS, THERESA VANHEIDEN, MAREN PREUSS

Wegbereiter*innen für gesundheitliche Chancengleichheit in Bund und Ländern

Die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit ist ein hehres, bis dato immer nur in Ansätzen erreichtes Ziel der Gesundheitsförderung. Es erfordert ein Zusammenwirken unterschiedlicher Akteur*innen in allen Politikbereichen. Dieser sogenannte Health in All Policies-Ansatz findet sich bereits in der Ottawa-Charta aus dem Jahr 1986, die zentrale und bis heute gültige Grundsteine der Gesundheitsförderung definiert.

Verantwortlichkeiten im Präventionsgesetz

Konkretisierung erfuhr dieser Ansatz in Deutschland mit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahr 2015. Es

schaftt strukturelle Voraussetzungen dafür, dass Gesundheitsförderung und Prävention als gemeinsame Aufgabe der Träger*innen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung festgeschrieben werden. Diese kooperieren im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz insbesondere auch mit Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit, der Interessenvertretung der Patient*innen und der Sozialpartner*innen. Zentrales Ziel ist, zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen.

Neben diesen gesetzlich definierten Verantwortlichkeiten existieren noch weitere Akteur*innen, die sich maßgeblich für gesundheitliche Chancengleichheit engagieren. Hierzu zählen zum Beispiel seit vielen Jahren die Landesvereinigungen für Gesundheit (oder ähnliche Institutionen), die hier angesiedelten Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit und der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.

Landesvereinigungen für Gesundheit, Kooperationsverbund und Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit

Um die sozialsituationbezogene Gesundheitsförderung in der (fach-)öffentlichen Wahrnehmung zu stärken und praktische Umsetzungsprozesse zu befördern, hat sich im Jahr 2003 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf Bundesebene der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit gegründet. Diesem Verbund gehören mittlerweile 74 Mitglieder an, beispielsweise Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Interessenvertretungen, kommunale Spitzenverbände und Ministerien.

Mitglieder sind unter anderem auch die Landesvereinigungen beziehungsweise Landeszentralen für Gesundheit, die es in allen Bundesländern gibt – teilweise als gemeinnützige Vereine, teilweise an Ministerien angegliedert. In Niedersachsen ist dies die LVG & AFS als gemeinnütziger, unabhängiger und landesweit arbeitender Fachverband für Gesundheitsförderung, Prävention und Sozialmedizin. Sie wurde 1905 als erste der Landesvereinigungen gegründet. Wenn auch zu Beginn mit anderem Fokus, liegt auch heute noch der Hauptzweck in der Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung. Die Landesvereinigungen sind in den Bundesländern wesentliche Einrichtungen zur Unterstützung eines koordinierten, setting- und dialoggruppenorientierten Vorgehens in der Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Ziel, zur gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen. Zu ihren Aufgaben gehören unter anderem die Konzeption, Koordination, Umsetzung und begleitende Evaluation von Projekten und Programmen in Kommunen und Landkreisen, in Bildungs- und Pflegeeinrichtungen sowie anderen Settings. Sie arbeiten dabei mit vielfältigen politischen, administrativen und zivilgesellschaftlichen Akteur*innen auf Bundes-, Länder- regionaler und kommunaler Ebene zusammen.

Unter dem Dach der LVG & AFS sind auch die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen und Bremen angesiedelt. Es handelt sich um landesweite Kompetenz- und Vernetzungsstellen zur Gesundheitsförderung mit benachteiligten Personengruppen. Sie bestehen seit dem Jahr 2010 und gingen aus den 2003 gegründeten



GABRIELE BOLTE

Umweltgerechtigkeit: Interventionsorientiertes Leitbild für Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit

Sozial unterschiedliche Verteilungen von Umweltbelastungen und -ressourcen, sozial unterschiedliche Vulnerabilität in Bezug auf Gesundheitswirkungen von Umweltexpositionen und unterschiedliche Teilhabe- und Verwirklichungschancen sind zentral für das Forschungs- und Handlungsfeld Umweltgerechtigkeit.

Umweltgerechtigkeit als normatives Konzept

Umweltgerechtigkeit geht über eine reine Beschreibung sozialer Unterschiede in Umweltbelastungen/-ressourcen und der Vulnerabilität durch Verbindung wissenschaftlicher Evidenz mit einer normativen Bewertung hinaus. Aus Public Health-Sicht sind vermeidbare, als unfair empfundene Ungleichheiten bei Umwelt und Gesundheit als ungerecht zu bewerten. Diese Ungleichheiten können durch sozial ungleich verteilte Umweltexpositionen entstehen, durch soziale Unterschiede in der Vulnerabilität gegenüber Umweltbelastungen (unterschiedliche Gesundheitseffekte bei gleichem Ausmaß der Belastung) oder durch soziale Unterschiede in den Teilhabechancen bei Entscheidungsprozessen. Umweltungerechtigkeiten liegen oftmals Prozesse der Diskriminierung von Bevölkerungsgruppen zugrunde. In der Umweltgerechtigkeitsdiskussion sind die beiden Gerechtigkeitsdimensionen Verteilungsgerechtigkeit und Verfahrensgerechtigkeit zentral.

Verteilungsgerechtigkeit bedeutet eine angemessene, gerechte und faire Verteilung von Umweltressourcen und nicht vermeidbaren Umweltbelastungen zwischen Bevölkerungsgruppen und Regionen. Dies bedeutet nicht zwingend eine gleiche Verteilung im Sinne gleicher Betroffenheit aller; als fair und gerecht können auch unterschiedliche Verteilungen gemäß dem Verursacherprinzip oder dem Grad der Vulnerabilität der Menschen bewertet werden.

Verfahrensgerechtigkeit beinhaltet die angemessene Beteiligung aller potenziell Betroffenen an umweltpolitisch relevanten, gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen und Planungsverfahren. Dies schließt die Befähigung zur Teilhabe, die Möglichkeit, Informationen zu erhalten und Belange einzubringen, sowie das Recht auf Beteiligung ein.

Weitere Gerechtigkeitsdimensionen von Umweltgerechtigkeit sind beispielsweise Vorsorgegerechtigkeit und intergenerationelle Gerechtigkeit in Anknüpfung an das Vorsorgeprinzip und ökologische Nachhaltigkeitskonzepte. Als Teil von Umweltgerechtigkeit wurde – ursprünglich vor allem in Verbindung mit intergenerationeller Gerechtigkeit – Klimagerechtigkeit aus einer globalen Perspektive betrachtet. Im Mittelpunkt steht die globale Diskrepanz zwischen Hauptverursachern des menschengemachten Klimawandels und von den Folgen Betroffenen. Mittlerweile ist offensichtlich, dass Klimawandelfolgen nicht nur ein Thema für nachfolgende Generationen sind. Sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind oft stärker von Extremwetterereignissen wie Hitzewellen, Starkniederschlägen und Stürmen betroffen und haben weniger Ressourcen, diese zu bewältigen.

»Regionalen Knoten« hervor, die wiederum nach dem Vorbild des 1996 gegründeten niedersächsischen Arbeitskreises »Armut und Gesundheit« entstanden. Primär gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Länder Niedersachsen und Bremen wird hier unter anderem für das Thema »Gesundheitliche Chancengleichheit« sensibilisiert, Beispiele guter Praxis sichtbar gemacht, Beratung und Unterstützung bei der Umsetzung entsprechender Angebote gewährt, Vernetzungsstrukturen aufgebaut und Qualifizierungsangebote geschaffen. Die Sensibilisierung für die psychische Situation von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen, die Verbreitung von Beispielen guter Praxis zu gelingenden Digitalisierungsprozessen oder Zugangswegen zu Dialoggruppen in Pandemiezeiten sowie die Initiierung von gegenseitigen Lernprozessen sind hier nur einige aktuelle Beispiele. Verantwortliche in den Lebenswelten finden hier eine konkrete Anlaufstelle.

Gesundheitliche Chancengleichheit entsteht vor Ort

Kooperationsverbund, Landesvereinigungen und Koordinierungsstellen bieten einen Orientierungsrahmen sowie Unterstützungsstrukturen und sensibilisieren auf der Landes- sowie Bundesebene für soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung. In Kooperation mit anderen wichtigen Akteur*innen, zum Beispiel dem Gesunde-Städte-Netzwerk, dem GKV-Bündnis für Gesundheit und weiteren landesweiten Programmen (zum Beispiel Gesundheitsregionen, Präventionsketten) kann lediglich der Boden bereitet werden. Die Saat wird jedoch von den Verantwortlichen vor Ort ausgebracht, die in den Lebenswelten gemeinsam mit den Dialoggruppen agieren. Hier werden Bedarfe erkannt, entsprechende Angebote konzipiert und dabei verhaltens- und verhältnisbezogene Ansätze miteinander verzahnt. Konkrete Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit werden vor Ort geschaffen, insbesondere durch Möglichkeiten zur Partizipation der Dialoggruppen und Empowermentstrategien. Die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die ein gesamtgesellschaftliches Handeln erfordert.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum



Aktuelle Herausforderungen

In Bezug auf Verteilungsgerechtigkeit gibt es sowohl auf nationaler Ebene als auch auf kleinräumiger, vor allem städtischer, Ebene zunehmend Aktivitäten des Monitorings sozialer Ungleichheiten bei Umweltexpositionen und deren zeitlichen Trends. Konkrete Bewertungsmaßstäbe, was im jeweiligen Kontext als ungerecht einzustufen ist, fehlen bislang, verschiedene Modelle von Urban Health Equity Indicators werden derzeit erprobt. Darauf aufbauend bedarf es einer systematischen Evaluation politischer Strategien, Programme und Maßnahmen hinsichtlich der Effekte auf Umweltgerechtigkeit. Methoden der prospektiven Gesundheitsfolgenabschätzung werden aktuell weiterentwickelt zur umfassenderen Berücksichtigung von gesundheitlicher Chancengleichheit und zur Integration partizipativer Ansätze. Hinsichtlich Verfahrensgerechtigkeit bedarf es partizipativer Planungs- und Entscheidungsprozesse, die verschiedenen Bevölkerungsgruppen gerecht werden. Die Erfahrungen mit Beteiligungsverfahren bei der Lärmaktionsplanung haben beispielsweise gezeigt, dass innovative Methoden für kontextspezifische Beteiligungsprozesse notwendig sind, um die Beteiligung insbesondere vulnerabler Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

Relevanz von Umweltgerechtigkeit in der COVID-19-Pandemie

Wie Gundula Ludwig bereits in der letzten Impulse-Ausgabe mit dem Schwerpunkt COVID-19-Pandemie betont hat: »In der Corona-Krise werden wie in einem Brennglas soziale Ungleichheiten sichtbar«, überrascht es nicht, dass auch Umweltgerechtigkeit in vielerlei Hinsicht in der Pandemie relevant ist. Es ist vielfach belegt, dass sozioökonomisch schlechter gestellte Menschen meist höheren Luftschadstoffbelastungen ausgesetzt sind. Abgesehen von den unmittelbaren gesundheitlichen Folgen ist es biologisch plausibel, dass Luftschadstoffbelastungen die Inzidenz einer SARS-CoV-2-Infektion, die Schwere des Verlaufs und die Prognose einer COVID-19-Erkrankung beeinflussen. Es wird angenommen, dass akute Luftschadstoffbelastungen durch Beeinträchtigung der Atemwege die Wahrscheinlichkeit einer SARS-CoV-2-Infektion erhöhen. Eine langfristige Belastung mit Luftschadstoffen geht mit einem höheren Risiko für chronische Erkrankungen einher, die wiederum die Vulnerabilität für einen

schweren COVID-19-Krankheitsverlauf erhöhen. Erste Studien, die Städte oder Stadtteile mit unterschiedlicher Luftqualität vergleichen, unterstützen diese Annahme.

Soziale Ungleichheiten in der Wohnumwelt sind unmittelbar relevant, wenn Infektionsschutzmaßnahmen Hygieneregeln und Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen beinhalten: Beengte Wohnverhältnisse, schlecht beheizbare oder sich im Sommer aufheizende Wohnungen, unzureichende sanitäre Einrichtungen oder ein fehlender Zugang zu urbanen Ressourcen wie Grün- und Erholungsflächen kommen noch stärker zum Tragen.

Zudem ist zu befürchten, dass eine Aufweichung von Klima- und Umweltschutzziele aufgrund der wirtschaftlichen Folgen der Pandemie bestehende soziale Ungleichheiten in Umweltexpositionen verschärft und langfristig gesundheitliche Ungleichheiten verstärkt.

Ausblick

Die komplexen und vielschichtigen Ursachen sozialer Ungleichheiten in der umweltbezogenen Gesundheit erfordern einen intersektoralen, alle Politikbereiche einbeziehenden Strategieansatz. Umweltgerechtigkeit als interventionsorientiertes Leitbild bietet neue Perspektiven, den programmatischen Ansatz Health Equity in All Policies für Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit umsetzbar zu machen.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. GABRIELE BOLTE, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Sozialepidemiologie, WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities, Grazer Straße 4, 28359 Bremen, E-Mail: gabriele.bolte@uni-bremen.de

MARIJKE BRAAMS, MIRIAM WEBER

Utrecht debt-free programme: addressing socio-economic determinants of health inequalities

Utrecht, centrally located in the Netherlands, is the fastest-growing Dutch city, with a relatively young and highly educated population of approximately 359.500 inhabitants. Like other European cities however, we see differences in health outcomes and various socio-economic determinants of health. Inequalities have become more visible during the Corona pandemic, during which specific groups were particularly hit by the COVID-19 virus and/or by preventive measures. These are reasons for the municipality of Utrecht to even stronger invest in and accelerate the implementation of Utrecht's vision of »Healthy Urban Living for Everyone«.

Reducing health inequalities requires addressing socio-economic determinants of health as well. Since 2019, the municipality of Utrecht has been vigorously committed to tackling problematic debts of its residents. With the program »Utrechters debt-free« we are working to ensure that Utrechters can make ends meet, participate in society, and become free of debt and related worries and stress. We are doing this with the help of many partners in the city and apply the following strategy: (i) get help sooner, (ii) tailor help and (iii) stay out of debt. In 2021 and 2022 about € 4 million a year will be available for this program.

At least 13.000 Utrecht households are struggling with problematic debts. This means that their financial problems are so severe that they can no longer cope without professional help.

The taboo and the shame about debts are great: It often takes around five years before people finally seek help from the municipality, by which time their debt has risen to an average of € 40.000.

Living with debts results in stress, and the consequences for health are undeniably significant.

With good social security arrangements, we ensure that Utrechters can make ends meet and participate in society. We also offer a safety net to prevent debts from arising. If there are any arrears, the municipality takes action. We offer people support that is close-by and tailored to their needs. We do whatever it takes to eliminate debts and stabilize people's lives: Sometimes by helping financially, sometimes by teaching them how to handle money better, and sometimes by accepting that we have to support someone for the rest of his or her life.

The Corona pandemic affects many people, but some even harder than others. In order to be able to respond optimally, the focus within the program »Utrechters debt-free« is on three specific target groups that are particularly affected by the consequences of COVID-19: the self-employed, young people and those working at the lower end of the labour market.

Involve at an earlier stage

» In order to break the taboo on debts and to broach the subject of financial problems, we offer professionals and volunteers a free workshop called »Worried about money? Talking helps«. The workshop gives family doctors, teachers, social workers, volunteers and others in the social domain the tools to identify and discuss money worries. They also learn where they can refer affected people to.

» Together with so-called »fixed expenses parties« like for instance housing corporations, health insurers, energy companies, telephone providers, we carry out early warning. As soon as a resident is in arrears with payments to one or more parties, the municipality will be informed. If only one signal comes in, the municipality sends an e-mail with tips on how to stay financially fit. If several signals come in about a person or household, the municipality makes a home visit to find out what is going on and to offer help.

» Multidisciplinary teams can make use of the »Prevent-worse-Fund«: a budget of up to € 500 that can be used in situations where someone got stuck in the system and fell »between two stools«. Cases are shared via an app-group. If at least three members of the group – comprised of neighbourhood workers and social workers – agree with the use of the fund and there is no other provision, the fund can be used.

Tailored assistance

» Based on the motto »light where possible, intensively where necessary«, we look for tailor-made solutions to each resident's debts. Financial volunteers and practical support staff, who are Utrechters who themselves had lived in poverty and debt, advise and assist residents in getting their finances in order in preparation for a debt repayment arrangement.

» Many young people find the transition to financial independence difficult. If they get into debt, they are often unable

to apply for a conventional debt repayment arrangement because they do not have a stable income. The »Youth Fund« was established to help young people. The municipality takes over the young person's debts, comes to an arrangement for payment and offers intensive counselling towards a debt-free future.

Permanently out of debt

» In Utrecht the so-called »Household Booklet« has been developed. This booklet is a tool for residents whereby the rent, water, energy and health insurance are guaranteed to be paid each month and the resident receives a fixed amount of money to live on. This gives people peace of mind because their finances are well taken care of.

» We offer individual budget coaching to residents who receive debt assistance so that they can be debt-free in the long run. And we recently developed a unique method for debt assistance: The »Corona Settlement«. The essence is that we will be clearing debts much faster. If people were able to stabilize their spending and debt repayment, we will waive one of the three years of repayment. Consequently, residents sooner have a prospect of a debt-free future and thus less stress.

In conclusion

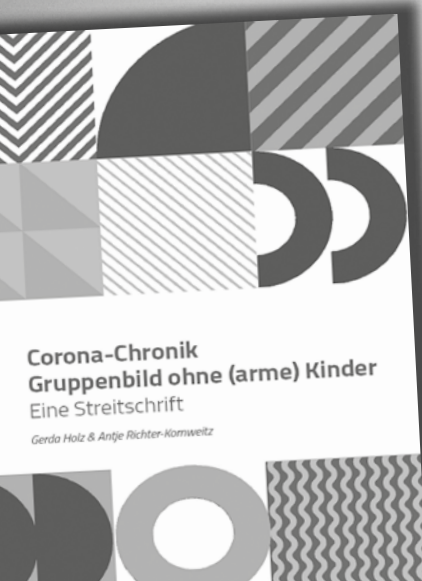
Debt is a large and persistent problem that has a major impact on both individuals and society. There is not one simple approach and not one party that can make the difference on their own; it will also not be solved in one (politician's) term. With the Utrecht approach »Get there sooner, tailor-made help and get out of debt permanently«, a whole number of partners – from the municipality to housing corporations, health insurers, energy companies, telephone providers – are working together to ensure that Utrechters can make ends meet, participate and be debt (care) free. As such, we try to address and reduce health inequalities.

Literature from the authors

MARIJKE BRAAMS AND MIRIAM WEBER, Municipality of Utrecht, Niederlande,
E-Mail: m.weber@utrecht.nl

impulse

Wenn Sie die Impulse regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie die Zeitschrift bitte unter Angabe der Bezugsart (per E-Mail als PDF oder per Post als Druckexemplar) unter folgender E-Mail-Adresse: info@gesundheits.nds.de



ANTJE RICHTER-KORNWEITZ, GERDA HOLZ

(Arme) Kinder, Jugendliche und Familien – Verlierer der Corona-Pandemie

Im Zentrum des politischen Handelns des pandemiebedingten Lockdowns im Frühjahr 2020 steht vieles, aber nicht die junge Generation. Stattdessen wird die politische Debatte über notwendige Maßnahmen fast vollständig aus der Perspektive von Erwachsenen geführt. Die Bedürfnisse von arbeitsbetroffenen Kindern und Jugendlichen, die in dieser Zeit besonders hohen Belastungen ausgesetzt sind, sind kaum Thema im politischen Handeln und sie erhalten auch keine mediale Aufmerksamkeit. Insgesamt werden dazu im Jahr 2020 nur drei finanzielle Hilfen des Bundes beschlossen, eine vierte folgte im Mai 2021. Die Chronologie von Krisenmaßnahmen des Bundes für die erste Jahreshälfte 2020, mit Fokus auf Kinder und Jugendliche, zeigt drei Linien:

Junge Menschen erfahren die gravierenden Folgen des Lockdowns sehr früh und gehören zu den letzten Gruppen, die in den Genuss schrittweiser Lockerungen kommen.

- » 1. Finanzielle Soforthilfen für Familien richten sich zu Beginn vorrangig an solche mit erwerbstätigen Eltern(-teilen), um finanzielle Notlagen zu verhindern beziehungsweise zu begrenzen.
- » 2. Der Rettungsschirm für die soziale Infrastruktur wird – ganz im Gegensatz zu Wirtschaft, Handel, Gesundheitswesen – erst im zweiten Schritt und in eher langsamem Tempo aufgespannt.
- » 3. Das ändert sich auch im weiteren Pandemieverlauf nicht. Die Interessen junger Menschen bleiben ein Randthema in der Pandemie-Bewältigung.

Multiple Auswirkungen der Pandemie

Die Analyse des Geschehens der seitdem folgenden Monate zeigt: Familie soll alles ausgleichen – bei gleichzeitig wegbrechenden Ressourcen. Doch je geringer die familiären Ressourcen sind, desto mehr Belastungen treten in allen Lebensbereichen auf. Zwar bringt die anhaltende Dreifachbelastung als Arbeitnehmer*innen, Kinderbetreuer*innen und Erzieher*innen beziehungsweise Lehrer*innen viele Eltern an ihre Belastungsgrenzen. Doch für jede fünfte Familie kommen konkrete existenzielle Sorgen dazu. Besonders für Alleinerziehende (zu rund 90 Prozent weiblich) erweisen sich die jetzt fehlenden oder eingeschränkten Betreuungsangebote in Kita und Schule wegen des Risikos, den Job zu verlieren, als existenzielle Bedrohung. Reale Einkommensverluste treffen etwa 40 Prozent aller Arbeitnehmer*innen. Die hohen Einkommensverluste von mehr als 50 Prozent erleben aber primär jene Beschäftigte, die weniger als 1.500 Euro im Monat zur Verfügung haben. Aufstockende Leistungen bei Kurzarbeit greifen bei Niedrigeinkommen kaum und Jobverlust trifft besonders die, die schon vor der Pandemie einen geringen Verdienst hatten. Zusätzliche pandemiebedingte Belastungen sind beispielsweise:

- » Mit den grundsätzlich zu niedrig bemessenen SGB II-Sätzen müssen Familien zusätzliche Mahlzeiten und Alltagsgüter finanzieren, weil Kita- und Schulverpflegung wegen geschlossener Einrichtungen fehlen, und die regelhaft genutzte Notfallversorgung (Tafeln, Kleiderkammern, ...) ausfällt.

- » Bildungsbenachteiligung wird verstärkt, wenn innerfamiliäre Ressourcen für die Begleitung der Hausaufgaben fehlen, ein ruhiger Arbeitsplatz in der engen Wohnung nicht existiert, Beschäftigungs- und Entwicklungsanreize ausbleiben, und Kinder viele Stunden des Tages allein verbringen, auch weil Eltern zwar in »systemrelevanten«, aber schlecht bezahlten Jobs arbeiten.
- » Entwicklungsverzögerungen beziehungsweise -auffälligkeiten und Förderbedarfe der Kinder werden durch fehlende institutionelle Betreuung und hinausgezögerte Früherkennungsuntersuchungen verspätet festgestellt. Kindern fehlt die zeitnahe medizinische, therapeutische oder pädagogische Förderung, die sie benötigen.

Multiple Auswirkungen werden seit Beginn der Pandemie sichtbar. So berichten mehr als 50 Prozent der Eltern von zunehmenden psychosomatischen Beschwerden, von Schwierigkeiten, ihre Kinder zu beschäftigen sowie von mehr Streit beziehungsweise Konflikten in der Familie.

Belastungen für Kinder und Jugendliche

Familien mit niedrigem Haushaltseinkommen schätzen die Belastung ihrer Kinder deutlich höher ein als jene mit gesicherter Finanzlage. Psychische Auffälligkeiten betreffen laut COPSY-Studie des Hamburger Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf nun ein Drittel der 7- bis 17-Jährigen, zuvor nur zwei von zehn in dieser Altersgruppe. Viele junge Menschen sind viele Stunden allein, mit einem um bis zu 75 Prozent erhöhten Medienkonsum bei den 10- bis 17-Jährigen, ohne Anrechnung der Home Schooling-Zeiten. Damit ist mit Sicherheit auch Bewegungsmangel verbunden. In welchem Ausmaß auch Fehlernährung beziehungsweise die Anzahl von übergewichtigen Kindern zunimmt, muss dringend umfassend wissenschaftlich untersucht werden.

Erste Daten aus Schuleingangsuntersuchungen zeigen bereits, dass sich die schon im Kita-Alter vorfindbaren Entwicklungsunterschiede je nach sozio-ökonomischem Status der Familie in der Pandemie ausweiten, etwa im Bereich Motorik, beim Zählen oder im Bereich Sprachentwicklung. Sicher ist schon jetzt, dass die Lernentwicklung infolge der Bildungsunterbrechung Abweichungen zeigt und die Bildungsbenachteiligung verstärkt wird. Studien aus europäischen Nachbarländern belegen einen um bis zu 55 Prozent höheren Wissensverlust bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status gegenüber jenen aus statushohen Familien.

All das ist genauso wenig Bestandteil der politischen Anstrengungen bestmöglicher Krisenbewältigung wie die Sichtweisen der Heranwachsenden. Vertreter*innen der Perspektiven von Kindern und Jugendlichen sind nicht immer und überall in Krisenstäben und anderen zentralen Gremien vertreten. Die Folgen langfristig fehlender Kontakte zu Gleichaltrigen für die kindliche Entwicklung werden erst spät und nur zögerlich thematisiert. Die Frage, ob Schule unter digitalen Vorzeichen im Endeffekt (noch) mehr Bildungsungleichheit erzeugt, steht nicht im Mittelpunkt der Maßnahmen zur Pandemiebewältigung, obwohl die folgenden Aspekte zum Basiswissen – in und nach der Pandemie – gehören:

- » junge Menschen in Armutslagen von den Krisenfolgen immer mehr, tiefgehender und langanhaltender getroffen sind,
- » ihnen Ressourcen zur produktiven Auseinandersetzung oder Kompensation der Krise fehlen und
- » sie zusätzlich die Folgen staatlicher Mängel durch die sichtbaren Systemprobleme, fehlende Soforthilfen und mangelhafte Infrastruktur für Kinder/Familien tragen.

Präventionsorientiert handeln – Politik und Praxis stehen in der Verantwortung

Die Corona-Pandemie offenbart die Schwachstellen im System öffentlicher Unterstützung und Hilfen. Sie sollte Wendepunkt für jeden gesellschaftlichen Bereich sein – lokal, regional und global. Dies zukunftsweisend zu gestalten, ist Herausforderung und Pflicht aller im Feld verantwortlich agierenden Akteur*innen. Sie sind im Hinblick auf das Aufwachen aller Kinder und Jugendlichen gefordert, überzeugende Antworten auf Fragen wie diese zu geben:

- » Warum werden die relevanten Themen für Kinder, Jugendliche und Familien immer wieder mit Hinweis auf föderale Zuständigkeiten und institutionelle Kompetenzen vertagt?
- » Wann spielt die Perspektive von Jugendlichen und jungen Erwachsenen endlich eine Rolle?
- » Welche Haltung steht dahinter, wenn man es immer wieder ablehnt, armutsbetroffenen Eltern Bargeld zur Deckung der Bedarfe ihrer Kinder auszuzahlen?
- » Wann werden gezielte, wirksame Angebote für Schüler*innen etabliert, über die ein Lernrückstand aufgeholt werden kann?
- » Wie lange soll die Unterfinanzierung und die personelle Unterbesetzung von Kitas, Schulen und Kinder-/Jugendhilfe noch akzeptiert werden?
- » Wie steht es um die digitale Ausstattung für Kinder im Hartz IV-Bezug in Schulen?
- » Wann werden auch bei uns allerorts die längst vorhandenen Konzepte umgesetzt, die Schulen im Zusammenwirken mit vielen Professionen zu Lebens- und Lernorten machen?
- » Wann erhalten Kommunen die Finanzmittel, die sie für den kontinuierlichen Auf- und Ausbau von Präventionsketten zur Förderung eines Aufwachsens in Wohlergehen brauchen?
- » Was macht es so schwer, im Alltag professionell und präventionsorientiert auf Armut zu reagieren, das heißt armutssensibel in Wissen, Haltung und Handlung?

Es besteht die dringende Notwendigkeit, Kinder und Jugendliche insgesamt – besonders aber die, die in Armut leben – mehr in den Mittelpunkt sozial inkludierender Handlungsstrategien durch Politik und Praxis zu rücken.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. ANTJE RICHTER-KORNWEITZ, Anschrift siehe Impressum
GERDA HOLZ, Frankfurt am Main, gerdaholz@t-online.de



THOMAS ALTGELD, MARTIN SCHUMACHER,
LENNART SEMMLER

Deutschland braucht eine Männergesundheitsstrategie

Der Bedarf für eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Männern ist offenkundig. Auch wenn sich die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre beider Geschlechter in ihrer Anzahl nicht erheblich voneinander unterscheiden, so liegt die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern bei Geburt nach wie vor circa fünf Jahre niedriger als die von Frauen. Dazu tragen insbesondere gesundheitsriskantere Verhaltensweisen wie Tabak- und Drogenkonsum, Alkoholabusus, Suizide oder tödliche Arbeitsunfälle bei, die sich in einer Übersterblichkeit vornehmlich in jüngeren Altersgruppen bemerkbar machen und stark durch gesellschaftliche Rollenbilder beeinflusst werden. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass vor allem Gruppen von Männern mit niedrigem Sozialstatus die höchste Krankheitslast schultern.

Männergesundheit national und international

Die geschlechterbezogenen Auswirkungen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit machen eine strategische Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Lage von Männern im politischen Raum unabdingbar. Viele gute Ansätze zur Förderung der Gesundheit von Männern haben sich in den letzten Jahren in Deutschland etabliert. Mittlerweile gibt es diverse Maßnahmen, um Männer wirksamer für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren, zu mehr Gesundheitsfürsorge zu motivieren und im Krankheitsfall effektiver zu versorgen. Die Angebote sind jedoch in der Regel »Insellösungen« – man findet Projekte, Kampagnen und Aktionen von begrenzter Dauer, jedoch ergeben die Puzzleteile noch kein Gesamtbild. Im internationalen Raum kann bereits seit längerer Zeit ein politischer Wille zur strategischen Verankerung von Männergesundheit konstatiert werden. Bereits seit Jahren haben Neuseeland, Irland, Brasilien und Südafrika nationale Strategie-

gen zur Verbesserung der Männergesundheit implementiert. Australien hat sogar eine Zukunftsstrategie für die nächsten zehn Jahre vorgelegt. Darüber hinaus setzen Länder wie Dänemark Spezialprogramme um, etwa zur Verringerung der Suizidrate. In Ländern mit erklärtem politischen Willen, der in entsprechende Strategien überführt wurde, ist eine nachweisliche Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Männern festzustellen. Für Deutschland steht ein solches Gesamtbild noch aus.

Ein Manifest für Deutschland

Das »Netzwerk Jungen- und Männergesundheit«, das »Bundesforum Männer« und die »Stiftung Männergesundheit« haben die Initiative ergriffen, um die Puzzleteile zusammenzusetzen und die noch fehlenden zu beschaffen. Anlässlich der Veranstaltung zum fünfzehnjährigen Bestehen des »Netzwerks Jungen- und Männergesundheit« wurde Ende 2019 ein Auftakt zur Entwicklung einer nationalen Männergesundheitsstrategie für Deutschland beschlossen. Besonderes Augenmerk wurde auf die WHO-Euro-Strategie zur Männergesundheit (»The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach«) sowie Transferperspektiven für den deutschen Kulturraum und das hiesige politische System am Beispiel der psychischen Gesundheit gelegt. Die Arbeitsgruppen identifizierten zahlreiche Bedarfe für eine ganzheitliche Männergesundheitsstrategie: von einer besseren Datenlage über modernere Bildungs- und Versorgungskonzepte bis hin zur Überwindung von Geschlechterklischees bei der Maßnahmenentwicklung.

Anforderungen und erste Schritte

Eine Männergesundheitsstrategie sollte

- » vom Deutschen Bundestag beschlossen werden,
- » nachprüfbare Ziele zum Gesundheitsstatus, zur Gesundheitsbildung, Qualifikation von Fachkräften, Prävention und Versorgung sowie Forschung enthalten,
- » die Gesundheit von Männern in der Gendermedizin stärker berücksichtigen,
- » gesundheitsbezogene Bildungsangebote, insbesondere für zugangsbenechtigte Gruppen, forcieren,
- » Partizipation, Niedrigschwelligkeit und männerfreundliche Zugänge (in Settings) entwickeln und ausbauen sowie
- » praxisrelevante Forschung fördern.

Dafür sollten die Impulse der WHO-Euro-Strategie zur Männergesundheit aufgegriffen und in einem partizipativen Prozess weiterentwickelt werden. Es bedarf Mittel und Impulse für die Implementierung männerbezogener Gesundheitsbildung und -förderung durch die zuständigen Bundesministerien.

Viele OECD-Länder sind bereits dabei vorangeschritten, Männergesundheit auf ein nachhaltigeres, zukunftsweisendes Fundament zu heben. Es ist an der Zeit für ein Update der Gesundheitspolitik in Deutschland.

Literatur bei den Verfassern, Anschriften siehe Impressum

REBECCA MASKOS

Sozialdarwinistische Diskurse zur »Risikogruppe« in der Corona-Pandemie

Erstmals in rein digitaler Form fand vom 16. bis 18. März 2021 der Kongress »Armut und Gesundheit« statt. Das Panel »Gesundheit – aber nicht für alle? Sozialdarwinistische Diskurse in Zeiten von Corona« beschäftigte sich mit Diskursen der Pandemie und der Konstruktion der »Risikogruppe«. Ihr Schutz und die Entlastung des Gesundheitssystems waren die Ziele von Lockdown und Schutzmaßnahmen, so ließen es zumindest offizielle Stellen verlautbaren.

Erreicht wurden diese Ziele jedoch nicht. Menschen starben zu Tausenden in Pflegeheimen. Stationär und ambulant lebende behinderte und alte Menschen mussten sich strikt isolieren und waren von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen. Im Diskurs der Pandemie tauchte »die Risikogruppe« zwar rhetorisch ständig auf, in der Umsetzung der Maßnahmen aber blieben die Perspektiven der vulnerablen Personen meist außen vor.

Durchsetzung von Lockdown-Maßnahmen

Dabei bestraft die Pandemie behinderte und pflegebedürftige Menschen in besonderer Weise. Lockdown-Maßnahmen wurden in vielen Heimen und Einrichtungen mit besonderer Konsequenz durchgesetzt. Betroffenenvertreter*innen berichten von Sedierungen und Einsperrungen von Bewohner*innen. Durch mangelnde Internetverbindungen in Pflegeheimen und Wohneinrichtungen für behinderte Menschen war oft nicht mal ein Online-Kontakt zur Außenwelt möglich. Wer seine Pflege privat über Angehörige oder Assistent*innen organisiert, lebte monatelang in der Angst, Pflegekräfte könnten das Virus unbemerkt nach Hause tragen. Eine priorisierte Impfung oder Schutzausrüstung für ambulante Gepflegte oder deren Pflgeteams gab es dennoch für viele erst nach monatelangen bürokratischen Kämpfen.

Auch wenn die meisten Sterbefälle in der Gruppe der über 80-Jährigen zu verzeichnen waren – nach Angaben des Robert Koch-Instituts zählen ganze 37 Prozent der gesamten Bevölkerung zu den durch COVID-19-Gefährdeten. Die Spannweite der Beeinträchtigungen, bei denen ein schwerer Verlauf wahrscheinlicher ist, ist breit und altersunabhängig: Asthma, COPD, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Übergewicht, Diabetes, um nur wenige Beispiele zu nennen. Darüber hinaus produziert »Long COVID« zusätzlich Beeinträchtigung und chronische Krankheit für etwa zehn bis zwanzig Prozent der Betroffenen.

Konstruktion einer abgrenzbaren »Risikogruppe«

Die vor allem zu Anfang der Pandemie medial diskutierte, kleine und abgrenzbare »Risikogruppe« folglich ist eine Konstruktion. Sie erscheint im Nachhinein als nützliche Rationalisierung in einer für alle Menschen bedrohlichen Situation: Es betrifft vermeintlich »nur« jene mit »Vorerkrankungen«. Schottet man diese ab, kann man dem Rest der Gesellschaft wieder Normalität ermöglichen – ein viel gepflegter Mythos im Jahr 2020. Dem »Schutz der Risikogruppe« wurden im Diskurs gerne die »Kosten« dieses Schutzes gegenübergestellt. So fragte etwa Investor Alexander Dibelius Ende März 2020 im Handelsblatt: »Ist es richtig, dass zehn Prozent der [...]

Bevölkerung geschont, 90 Prozent samt der gesamten Volkswirtschaft aber extrem behindert werden?« Auch Jakob Augstein, Herausgeber des »Freitag«, beschwerte sich Anfang April 2020 über die Bürde, die die gefährdeten Gruppen der Gesellschaft auferlegten: »Nach allem, was wir wissen, handelt es sich bei COVID-19 um eine Krankheit, die eine Minderheit der Menschen ernsthaft bedroht. Die Politik hat beschlossen, zugunsten dieser Minderheit der Mehrheit sehr schwere Lasten aufzubürden.« Corona wirkt hier wie ein Brennglas auf sozialdarwinistische Diskurse, die in Deutschland eine lange Tradition haben, und in denen Leben danach beurteilt ist, für wie »lebenswert« und »nützlich« es gehalten wird.

Ableistische Vorstellungen in Triage-Kriterien

Ein Echo fanden diese Diskurse in Leitlinien zur Triage im Fall knapper Ressourcen in den Krankenhäusern. Hier standen behinderte und alte Menschen ausnahmsweise an erster Stelle. Unter Protest von Aktivist*innen der Behindertenbewegung gab die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) Handlungsempfehlungen zur Auswahl von Patient*innen mit Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung heraus. Die in Anschlag gebrachten Kriterien entsprachen unter anderem ableistischen Vorstellungen von mangelnder Lebensqualität behinderter Menschen: Rollstühle und Rollatoren, mangelnde Beweglichkeit und Pflegebedarf gelten nach einer dort genutzten Klassifikation pauschal als Indikatoren für Aussichtslosigkeit. Behinderte, alte und chronisch kranke Menschen waren hier zusätzlich gefährdet, ihr Leben zu verlieren – nicht nur allein durch einen schweren COVID-19-Verlauf, sondern auch durch diskriminierende Annahmen über Behinderung.

Literatur bei der Verfasserin

REBECCA MASKOS, Universität Bremen, Bibliothekstraße 1, 28359 Bremen,
E-Mail: rmaskos@uni-bremen.de

PATRIZIA ROTHOFER, EVA-MAGDALENA THALMEIER

Alle an Bord!

Das Eltern-Programm »Schatzsuche – Schule in Sicht« in Niedersachsen

Der Schuleintritt ist für ein Kind und seine Familie meist ein großer und wichtiger Schritt in einen neuen Lebensabschnitt. Bereits lange Zeit vor dem eigentlichen Schulbeginn werden erste Vorbereitungen getroffen. Der feierlich zelebrierte erste Schultag stellt dabei den Höhepunkt des Übergangs von der Kita in die Schule dar. Begleitet von Gefühlen wie Vorfriede und Stolz, aber auch Unsicherheit und Sorgen, wird nicht nur das Kind ein Schulkind, sondern auch die Eltern werden zu Eltern eines Schulkindes. In der Übergangszeit ist es demnach wichtig, Familien zu unterstützen und deren Resilienz zu fördern, da frühkindliche Bildungserfahrungen als wichtige Grundlage für erfolgreiches lebenslanges Lernen gelten und somit einen großen Einfluss auf die individuelle Bildungsbiografie haben. In Anbetracht der Zunahme psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen bieten die Lebenswelten Kita und Grundschule optimale Möglichkeiten, Eltern bei der Förderung des seelischen Wohlbefindens ihrer Kinder zu unterstützen.

Reiseplan von »Schatzsuche – Schule in Sicht«

Die »Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.« (HAG) hat in einem dreijährigen Modellprojekt unter Mitwirkung verschiedenartiger Akteur*innen das Eltern-Programm »Schatzsuche – Schule in Sicht« entwickelt, welches auf die bewährten Prinzipien des Eltern-Programms »Schatzsuche – Basis« aufbaut und den Übergang von der Kita in die Schule als besonders herausfordernden Lebensabschnitt in den Blick nimmt. Das Eltern-Programm wurde damit um die Lebensphase von sechs bis zehn Jahren erweitert. Ziel des Programms ist es, Familien darin zu unterstützen, den Übergang in die Grundschule seelisch gesund zu meistern. Dabei wird die Aufmerksamkeit vermehrt auf die Stärken und Schutzfaktoren der Kinder gerichtet.

Um das Programm »Schatzsuche – Schule in Sicht« durchführen zu können, nehmen je zwei pädagogische Fachkräfte einer Kindertageseinrichtung an einer zweitägigen Weiterbildung teil. Voraussetzung für die Teilnahme an »Schatzsuche – Schule in Sicht« ist die abgeschlossene Weiterbildung von »Schatzsuche – Basis« sowie die Zertifizierung der Einrichtung als Schatzsuche-Kita. Zu den inhaltlichen Schwerpunkten der Weiterbildung zählen die Bedeutung von Übergängen, die kindliche Entwicklung im Übergang und in der Grundschule, die Reflexion der elterlichen Schulbiografie sowie das Kennenlernen des Eltern-Programms. Ferner werden die pädagogischen Fachkräfte in ihrer Methodenkompetenz und Referent*innenrolle geschult und in ihrer Berufsrolle gestärkt.

Im Anschluss werden von den zertifizierten Schatzsuche-Referent*innen wahlweise zwischen vier bis sieben Eltern treffen in der eigenen Kita, der Vorschule oder Grundschule mit Hilfe eines umfangreichen und kreativen Medienpakets umgesetzt. Die ansprechenden Methoden und Materialien des Medienpakets erreichen alle Eltern – unabhängig von Herkunft oder Bildungsstatus. In den Treffen selbst bekommen Eltern die Möglichkeit, sich mit bestimmten Themen auseinanderzusetzen, beispielsweise mit dem Zwiespalt zwischen dem Bedürfnis, das Kind zu beschützen und der Notwendigkeit, das Kind loszulassen. Ebenso steht die Reflexion der eigenen Schulzeit im Fokus, um gesammelte Erfahrungen nicht unmittelbar auf das Kind zu übertragen. Neben der Wissensvermittlung und der Anregung zur Selbstreflexion, steht vor allem der Austausch der Eltern untereinander im Vordergrund.

Seit April 2021 fördert die Techniker Krankenkasse die Implementierung des Eltern-Programms »Schatzsuche – Schule in Sicht« in der niedersächsischen Kita-Landschaft. Koordiniert wird »Schatzsuche – Basis« und »Schatzsuche – Schule in Sicht« durch die LVG & AFS. Gegenwärtig wird das Eltern-Programm »Schatzsuche – Schule in Sicht« in vier Bundesländern umgesetzt.

Ausguck

Für die erste Reise in Niedersachsen haben im Oktober 2021 insgesamt zehn Kindertageseinrichtungen die Gelegenheit, sich mit ihrem Team, den Eltern und Kindern auf Schatzsuche zu begeben. Die zweite Entdeckungsreise für pädagogische Fachkräfte findet im Frühjahr 2022 statt.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschriften siehe Impressum
Weiterführende Informationen zu »Schatzsuche« finden Sie auf der Homepage unter www.schatzsuche-kita.de



Kompetenzzentrum
für Gesundheitsförderung
in Kitas

Kita-Preis

»Gute und gesunde Kita für alle! Kita-Qualität durch Gesundheits- förderung stärken«

Der Kita-Preis des Kompetenzzentrums für Gesundheitsförderung in Kitas (kogeki) geht in die nächste Runde und beschäftigt sich erneut mit den Themen Gesundheit und Prävention im Kita-Alltag.

Gesundheitsförderung und Prävention in der Kita können zur Verringerung von Belastungen und damit zur Verbesserung der Gesundheit der Erzieher*innen und Kinder beitragen. Gesundheitsförderliche Strukturen und Abläufe wirken darüber hinaus bis in die Familien hinein und erreichen damit auch die Eltern sowie weitere Familienmitglieder.

Kitas, die gesundheitsförderliche Strukturen aufgebaut haben und erfolgreich in ihrer Einrichtung umsetzen, bekommen die Möglichkeit, zu zeigen, wie Gesundheitsförderung im Alltag gelingen kann. Damit sind sie wichtige Impulsgeber*innen für weitere Einrichtungen.

- » Gesundheit und Prävention sind auch in Ihrer Einrichtung ein großes Thema?
- » Sie haben tolle Ideen, wie Sie Gesundheit und Prävention in Ihren Kita-Alltag einbringen?
- » Sie haben gute Ansätze, wie Sie Ihre Kita-Kinder, Eltern und Kolleg*innen mit einbinden?
- » Sie sind schon auf einem guten Weg, diese Ideen umzusetzen oder haben sogar bereits erste Erfolge erzielt?

Bewerben Sie sich jetzt!

Bewerbungen können bis zum **15. November 2021** eingereicht werden. Alle weiteren Informationen finden Sie hier auf der Website www.kogeki.de.

UTE SONNTAG

Frauenförderung im Gesundheitswesen kommt halbherzig

»Der Frauenanteil am Gesundheitspersonal beträgt 75 Prozent. [...] Ein entgegengesetztes Bild zeigt sich in den Schlüsselpositionen der Körperschaften und Organisationen des Gesundheitswesens. Dort liegt der Anteil der Frauen an Spitzenpositionen bis auf wenige Ausnahmen unter zwanzig Prozent. [...] Zum Beispiel gibt es unter den insgesamt 24 Vorstandsmitgliedern der 10 größten Krankenkassen nur 2 Frauen«, so der Verein »Spitzenfrauen Gesundheit«, der sich für die Förderung der Gleichberechtigung von Frauen im Gesundheitswesen und in der Gesundheits- und Pflegepolitik einsetzt. »Einige wissenschaftliche Studien zeigen auch einen Zusammenhang zwischen dem Anteil der Frauen an den entscheidenden Positionen im Gesundheitswesen [...] und dem medizinischen Outcome. Eine stärkere Beteiligung von Frauen führt zu signifikant besseren Ergebnissen, und zwar für Männer und Frauen.«

Erste Schritte zur Änderung dieses Ungleichgewichtes werden mit dem Führungspositionengesetz II gemacht, das im Juni 2021 von Bundestag und Bundesrat verabschiedet wurde. Es schreibt vor, dass bei Vorständen ab drei Personen mindestens eine Person eine Frau und eine ein Mann sein muss. Das Gesetz gilt für 70 börsennotierte und paritätisch mitbestimmte Unternehmen der Privatwirtschaft, aber auch für Körperschaften des öffentlichen Rechts. Dazu gehören Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungen und die Bundesagentur für Arbeit. Insgesamt wird das Mindestbeteiligungsgebot für circa 155 Sozialversicherungsträger gelten.

Kritik

Der Bundesrat hat das Gesetz in seiner ersten Stellungnahme begrüßt. Er bemängelt aber, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Medizinischen Dienste sowie deren Spitzenverbände nicht unter diese Regelung fallen. Obwohl der Bundestag diese Prüfbitten nicht aufnahm, wurde das Gesetz vom Bundesrat positiv abgestimmt. Gegen die entsprechenden Lobbygruppen konnte die Ausweitung der Regelung auf die weiteren Gremien im Gesundheitswesen nicht durchgesetzt werden. Der Bundesrat bittet den Bundestag, in einem Monitoring- und Evaluierungsprozess dieses Gesetzes dessen Effekte auf die Gleichstellung genau zu prüfen und gegebenenfalls zügig nachjustieren. Der Verein »Spitzenfrauen Gesundheit« schließt sich in einer Stellungnahme vom Februar 2021 zum damaligen Gesetzentwurf dieser Kritik an. Darüber hinaus empfiehlt der Verein gleichlautende Regelungen auch für alle anderen Körperschaften des öffentlichen Rechts und weitere Organisationen zu treffen, die im Regelungsgebiet des Fünftens und Elften Buches des Sozialgesetzbuches Aufgaben der Gesundheitsversorgung und Pflege übernehmen. Die Länder werden in der Pflicht gesehen, dies in den Landeskammern der Heilberufe durchzusetzen. Auch wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten einbezogen werden. Die »Spitzenfrauen Gesundheit« bemängeln zudem die im Gesetz festgeschriebene Übergangsregelung für bestehende Verträge, die es ermöglicht, Verträge vor Inkrafttreten des Gesetzes zu verlängern und so den Zeitpunkt für die Umsetzung der Frauenbeteiligung in Vorständen zu verzögern.

Abschließende Bewertung und Ausblick

Ob die Einführung nur eines Vorstandssitzes ab drei Personen Auswirkungen auf die inhaltliche Arbeit und auf die Gesamtkultur der Unternehmen haben wird, ist fraglich. Was die ehrenamtlichen Verwaltungsräte in den Körperschaften des Gesundheitswesens angeht, so gibt es gleichstellungspolitisch einen Lichtblick. Auf Vorschlag der Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen von 2017 hat der Deutsche Bundestag im November 2020 gesetzlich festgeschrieben, dass zukünftig zur Sozialwahl eingereichte Vorschlagslisten für Vertreter*innenversammlungen und Vorstände der Renten- und Unfallversicherungsträger nur zugelassen werden dürfen, wenn mindestens ein Drittel der Kandidat*innen Frauen/Männer sind. Für die Krankenkassen existiert schon eine solche Regelung. An den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste hat Gesundheitsminister Spahn im MDK-Reformgesetz ein Exempel statuiert, indem er festgelegt hat, dass die Verwaltungsräte paritätisch besetzt sein müssen. Dennoch sind die machtvollen Posten der Vorsitzenden oder bestimmter weiterer Ämter in den Verwaltungsräten nicht paritätisch geregelt worden.

Warum kann nicht auch für die anderen Körperschaften des öffentlichen Rechts und andere Organisationen im Gesundheitswesen eine solche Quote für Vorstände, Verwaltungsräte und deren Vorsitzende verfügt werden? Weil die meisten Lobbyist*innen Männer sind.

Literatur bei der Verfasserin, Anschrift siehe Impressum

ROMAN RUDYK, DANIEL NOWIK

Adoleszenz und Transition ins Erwachsenenalter

Eine schwierige Aufgabe wird durch die Pandemie noch schwieriger

Die Pandemie bringt für viele Gruppen der Gesellschaft spezifische Herausforderungen mit sich. Das macht es sehr schwer, für einzelne Gruppen zu sprechen, ohne gleichzeitig andere zu vernachlässigen, die nicht weniger hart betroffen sind. Trotzdem hat es uns als niedersächsische Psychotherapeutenkammer nachdenklich gemacht, dass bei einer kleinen Umfrage unter unseren Mitgliedern die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen als gegenwärtig belastetste Gruppe wahrgenommen wird. 42,4 Prozent der 1237 befragten Psychotherapeut*innen sahen bei diesen Patient*innen die größten Nöte. Im Folgenden möchten wir kurz Erklärungsansätze dafür darstellen und insbesondere aufzeigen, welche Hilfsangebote es gibt.

Besondere Belastungen

Für dieses Ergebnis gibt es überzeugende entwicklungspsycho(patho)logische Erklärungsansätze. Zum einen sind Verstärkungen bereits vorhandener psychischer Probleme durch die Pandemie bekannt und junge Erwachsene weisen im Vergleich die höchsten 12-Monatsprävalenzen psychischer Erkrankungen auf. Doch auch für bislang gesunde Menschen sind die Auswirkungen der Pandemie in diesem Alter gravierend. Zum einen ist da die Angst vor einer eigenen Infektion und möglichen Langzeitfolgen oder der Ansteckung von

wichtigen Bezugspersonen. Hiermit sind auch erschwerte Trauerprozesse verbunden, wenn beispielsweise die Großmutter an Covid-19 gestorben ist und durch die Restriktionen ein Abschiednehmen nach den eigenen Vorstellungen erschwert wurde. Zum anderen werden die normalen Entwicklungsschritte für diese Altersgruppe, wie das Herausgehen in die Welt, das Ablösen vom Elternhaus, das Sammeln von Erfahrungen mit Gleichaltrigen und das Finden eines eigenen Platzes in der Welt, deutlich erschwert. Auch ohne Pandemie werden wichtige Meilensteine der Entwicklung im Schnitt heutzutage deutlich später erreicht als noch vor einigen Jahrzehnten. Hier wird von einer Verlängerung des Transitionsalters gesprochen.

Beeinflusst werden diese Schwierigkeiten durch Verstärkungen bereits bestehender sozioökonomischer Ungleichgewichte, die für sich genommen schon ein Risiko für psychische Erkrankungen darstellen. Durch die Pandemie haben sich bereits bestehende soziale Ungleichheiten noch verstärkt. Der Wegbruch von Ausbildungsstellen oder Nebenjobs, um das Studium zu finanzieren, stellt junge Menschen oftmals vor existenzielle Nöte und Zukunftsängste.

Hilfsangebote

Die psychotherapeutischen Praxen, psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken erhalten vermehrt Anfragen, die sie allerdings nicht ohne erhebliche Wartezeiten abdecken können. Insbesondere Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen berichten von massiven Steigerungen der Therapieplatzanfragen. Auch in unserer Umfrage wurden Anmerkungen geäußert wie »Ich habe so viele Anfragen, dass ich rund um die Uhr arbeiten könnte und dennoch eine Warteliste führen müsste.« Trotzdem geben die niedergelassenen Psychotherapeut*innen ihr Möglichstes, um allen Hilfesuchenden wenigstens Termine zur Abklärung zeitnah anzubieten. Alle unter 21-Jährige können sich dabei an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und alle über 18-Jährige an Psychotherapeut*innen für Erwachsene wenden. Ebenso können Beratungsstellen weiterhelfen. Auch haben sich in den letzten Jahren tagesklinische Angebote speziell für diese Personengruppe entwickelt. Sollten ambulante oder teilstationäre Angebote nicht geeignet sein, gibt es auch analog dazu stationäre Angebote.

Wie bei allen chronischen Erkrankungen bestehen auch hier systemseitige Schwierigkeiten beim Übergang aus dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche in den Erwachsenenbereich. In der Psychotherapeutenchaft ist dieses Thema sehr präsent. So gab es im Rahmen der Ausbildungsreform lebhaft Diskussionen darüber, ob Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen nicht sinnvoller Weise Patient*innen über das gesamte Transitionsalter (heute häufig bis zirka 25 Jahre) behandeln können sollten.

Literatur bei den Verfassern

ROMAN RUDYK, DANIEL NOWIK, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen,
Leisewitzstraße 47, 30175 Hannover,
E-Mail: r.rudyk@pknds.de, D.Nowik@pknds.de

Kommunales



SUSANN BUNZEL

Chancengerechtigkeit als Teil der Trägerkultur

Um in der Kinder- und Jugendhilfe glaubwürdig Ideen von Partizipation und Chancengerechtigkeit anregen zu können, muss auch in der eigenen Organisation Partizipation und Vielfalt gelebt werden. Dabei geht es um die Zusammenarbeit in und zwischen Teams, das Verhältnis von Arbeitgeber*in und Arbeitnehmer*in und die Trägerkultur. Echte Partizipation ist auch ein Thema zwischen Träger*innen der Jugendhilfe und Fördermittelgeber*innen. Denn es sind oft die Strukturen, die Chancen ermöglichen oder verwehren. Ein gutes Beispiel für diese Art der Trägerkultur ist das Institute for participation and equal opportunities (inpeos e. V.). Der Verein, der Teilhabe und Chancengerechtigkeit bereits im Namen verankert hat, arbeitet in den Bereichen Gewalt- und Suchtprävention, Hilfen zur Erziehung, Sozialarbeit in Schulen, Supervision und kulturelle Vielfalt. Alle Konzepte und Ideen des Vereins haben das Ziel, Ausgrenzung, Stigmatisierung, Benachteiligung und Vorurteile abzubauen.

Arbeitszufriedenheit und Motivation der Mitarbeitenden

Schon bei der Einstellung von Fachkräften stellt sich für Arbeitgeber*innen wie Mitarbeiter*innen die kritische Frage: Mit welchem Blick wird auf Menschen mit schlechteren Chancen geschaut? Haben Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen oder Migrationsgeschichte wirklich eine Chance, wenn es nicht gerade um ein einschlägiges soziales Projekt geht? Chancengerechtigkeit zu schaffen, kann aus unserer Sicht vor allem mit einer Haltung der Offenheit für die andere Person, die Teil der wichtigen Fachkompetenz ist, erreicht werden. Sobald in einem Verein viele Menschen mit unterschiedlichen Voraussetzungen, Herkünften oder Geschlechtern zusammentreffen, zeigt sich in der Praxis, inwiefern diese Haltung »trägt«. Denn am Arbeitsplatz Chancengerechtigkeit zu leben, bedeutet unserer Erfahrung nach, die Verschiedenheit von Menschen, ihre unterschiedlichen Biografien, Lebensweisen sowie Befähigungen anzuerkennen. Konkret bedeutet das: Interessen, Wissen und Hobbies werden von Arbeitgeber*innen geschätzt und können gegebenenfalls Teil der Arbeit werden. Unterschiedliche Stärken und Fähigkeiten werden gesehen und ergänzen sich. Kultu-

relle Unterschiede werden gefeiert. Viele in der Forschung beschriebene Aspekte, die die Arbeitszufriedenheit und Motivation bei Mitarbeitenden im Feld der Sozialen Arbeit erhöhen, stehen im Zusammenhang mit Partizipation und Chancengerechtigkeit:

- » Gestaltung-, Wahl- und Entwicklungsmöglichkeiten,
- » eine als sinnstiftend erlebte Arbeit,
- » Arbeitsbedingungen, die das Erreichen von Zielen fördern,
- » eine gemeinsame Grundhaltung zwischen Vorgesetzten und Kolleg*innen,
- » eine Atmosphäre, in der Probleme angesprochen werden können,
- » Ideen und Kritik sind erwünscht.

Rückkopplung zur Kinder- und Jugendarbeit

Wenn Sozialarbeiter*innen diese Aspekte in ihrem Arbeitsalltag leben können, dann prägt das auch die Beziehungsarbeit in allen unseren Angeboten. Was wir selbst im Arbeitsalltag erleben, können wir glaubwürdig im Rahmen unserer Praxisprojekte an Kinder und Jugendliche sowie an andere Fachkräfte weitergeben. Im Projekt »PlanLOS« beispielsweise begleiten wir Schulen und entwickeln einen individuellen schulischen Präventionsplan bestehend aus Coaching der Steuerungsgruppe, Lehrerfortbildungen sowie Projektunterricht und Elternabende im Tandem mit Pädagog*innen vor Ort. Wir entwickeln partizipativ mit den Schüler*innen und Lehrkräften Regeln und Handlungsleitfäden bezogen auf die jeweilige Schule, arbeiten mit verschiedenen Methoden zur Suchtprävention und regen Konsumkompetenz an. Spielerisch setzen sich Kinder und Jugendliche beispielsweise in dem Kartenspiel »argument« mit Konsum und sinnvollen Regeln auseinander. Sie schlüpfen dabei in unterschiedliche Rollen (zum Beispiel die von Eltern, Mitschüler*innen, der Schulleitung, der Polizei) und lernen Entscheidungen zu treffen und diese zu vertreten. Sie lernen, dass Regeln nicht gemacht werden, um auszuschließen, sondern um individuell unterschiedliche Menschen zu integrieren. Verstehen zu wollen, was jedes Kind bewegt, gilt bei uns als eine Triebfeder für Veränderung.

Literatur bei der Verfasserin

SUSANN BUNZEL, inpeos e.V., Müllerstraße 16, 09113 Chemnitz,
E-Mail: susann.bunzel@inpeos.de

MARIUS HAACK, LEA OESTERLE, STEFFEN SCRIBA

Neue Förderrichtlinie, neue Projekte Gesundheitsregionen Niedersachsen in 2021

Das Jahr 2020 war auch für die Gesundheitsregionen Niedersachsen ein besonderes. Gesundheitsregionen setzen insbesondere auf Austausch und Zusammenarbeit der Akteur*innen vor Ort, um ihre Ziele zu erreichen: bedarfsgerechte integrierte Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention. Das Zusammenkommen der Beteiligten aber wurde durch die notwendigen Kontaktbeschränkungen limitiert. Wenngleich fast überall in Präsenz geplante Gesundheitskonferenzen abgesagt werden mussten, machte das regionale Engagement in immerhin jeder vierten Region eine Konfe-



renz möglich; nicht immer vor Ort, aber auch digital erfolgreich. Auch das Maßnahmenangebot für die Bevölkerung musste nicht eingestellt, sondern konnte zunehmend auf digitale Projekte umgestellt werden.

Dass zudem gerade die Pandemiebewältigung von den Strukturen profitiert, die in den Gesundheitsregionen gewachsen sind, ist bereits in einem Interview aus den Anfängen der Corona-Pandemie deutlich geworden: Akteur*innen kennen sich aus Steuerungs- und Arbeitsgruppen, Absprachen finden auf kurzen Wegen statt, man ist gewöhnt und gut darin, zusammenzuarbeiten (mehr dazu in Impulse 107 aus 2020). Auf den Erfahrungen des letzten Jahres wollen wir aufbauen und freuen uns auf viele digitale Veranstaltungen und vielleicht auch schon wieder auf Zusammenkünfte vor Ort.

Fünf neue Projekte mit neuer Richtlinie gefördert

2021 hält für die Gesundheitsregionen aber noch mehr bereit. Bereits zum Jahresanfang ist die neue Förderrichtlinie in Kraft getreten. Sie erhöht die maximale jährliche Fördersumme für die regionalen Budgets der Regionen und gilt erstmals für fünf Jahre. Außerdem ist bereits die erste Projektförderrunde des Jahres abgeschlossen und fünf neue regionale Innovationen stehen in den Startlöchern:

Die Gesundheitsregion Celle forciert die Ausbildung von Mental Health Scouts an Schulen. Lehrkräfte und Sozialarbeiter*innen werden zu Kontaktpersonen zum Thema psychische Gesundheit ausgebildet. Dabei werden sie auch über das therapeutische Versorgungsangebot im Landkreis informiert und können auf diese Weise eine Lots*innenfunktion einnehmen.

Delmenhorst setzt sich in Kooperation mit dem Landkreis Oldenburg zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege ein. Humor in der Pflege als Baustein zur Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene soll die Selbstwahrnehmung der Pflegeberufe verbessern, die Nachwuchsgewinnung erleichtern und den Alltag in den Einrichtungen verändern. Prominente Unterstützung kommt von Dr. Eckhart von Hirschhausen.

Die Gesundheitsregion Göttingen/Südniedersachsen bringt die regionalen Hochschulen und den öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Im Projekt »Gemeinsam lernen« erhalten Studierende Einblicke in Einrichtungen der öffentli-

chen Gesundheit und können sich als Lernende aktiv und mit wissenschaftlichen Fragestellungen einbringen. Neben der Verknüpfung von Praxis und Wissenschaft ist es Ziel des Projekts, die Attraktivität der öffentlichen Gesundheitsfürsorge als späteres Berufsfeld unter den Studierenden zu erhöhen. Mit »LuckyMotion« startet ein zweites Projekt in Göttingen/Südniedersachsen. Über einen niedrigschwellig zugänglichen und partizipativ entwickelten Methodenkoffer soll die körperliche Aktivität von Kindern mit speziellem Förderbedarf im Alltag adressatengerecht gesteigert werden. Das Konzept kann in Förderschulen zum Einsatz kommen, richtet sich aber auch an andere Fachkräfte und an Eltern.

Die Gesundheitsregion Peine verfolgt unter dem Motto »Gesünder und gelassener älter werden« den Aufbau von Präventionsnetzen für ältere Menschen. Vorhandene Strukturen im Landkreis sollen besser vernetzt, Versorgungslücken aufgedeckt und mit neuen Angeboten ergänzt werden. So sollen insbesondere gute Übergänge im Alter ermöglicht werden.

So geht es dieses Jahr weiter

Darüber hinaus wird es in diesem Jahr um Gesundheit rund um die Geburt gehen. Braunschweig startet mit einer Gesundheitskonferenz zum Thema und auch die landesweite Jahrestagung am 4. November führt das Motto weiter. Schon heute arbeiten viele Gesundheitsregionen an diesem wichtigen Gesundheitsziel: etwa in Projekten zur (digitalen) Schwangerenversorgung, zur Stillförderung, beim Aufbau von Hebammenzentralen oder in enger Kooperation mit den Frühen Hilfen vor Ort.

Literatur bei den Verfasser*innen, Anschrift siehe Impressum

CAROLA CROLL, MATTHIAS BERG

Digitale Dörfer in Südniedersachsen

Das Wohnen auf dem Land bietet viele Vorteile, jedoch gibt es auch einige infrastrukturelle Nachteile. Gerade in den Bereichen der Mobilität, des Zugangs zur öffentlichen Verwaltung oder bei der medizinischen Versorgung wird die Landfrage für einige zur Bleibefrage. Auch die Kommunikation mit anderen im Dorf Lebenden wird im Alltag häufig erschwert, da viele Menschen werktags zur Arbeit pendeln und im Dorf nur wenig Zeit verbringen können. Um an diesen Stellen Lösungen zu erarbeiten, wurde das Projekt *bremke.digital* von 2018 bis 2021 vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft im Programm *Land.digital* gefördert. Ziel des Modellprojektes war die Erprobung und anschließende Übertragung eines Modells zur Gewinnung von mehr Lebensqualität und zur Förderung des dörflichen Zusammenlebens durch die Nutzung digitaler Dienste im Ortsteil *Bremke* der Einheitsgemeinde *Gleichen* in Südniedersachsen.

Das Dorf wird digital

In *Bremke* arbeiten die Projektpartner*innen »Haus kirchlicher Dienste« und »Stiftung Digitale Chancen« mit den verschiedenen Akteur*innen aus dem Dorf zusammen. Der daraus entstandene Projektkreis mit ehrenamtlichen Vertreter*innen der Vereine, des Ortsrats und der Kirche war von der Antragstellung bis zur Umsetzung der digitalen Lösungen involviert. In *Bremke* fiel die Entscheidung zur Umsetzung auf



die Nutzung der Plattform *Digitale Dörfer* des Fraunhofer-Instituts für Experimentelles Software Engineering IESE. Die bereits verfügbaren digitalen Angebote *DorfFunk* und *DorfPages* wurden um den digitalen Schaukasten erweitert. So können Nutzer*innen die Informationen aus Dorf und Gemeinde nicht nur auf der Webseite (*DorfPage*) einsehen, sondern mit dem *DorfFunk* direkt auf ihr Smartphone erhalten: zum Beispiel Hinweise auf Baustellen und Umleitungen, aktuelle Termine und Neuigkeiten aus dem Dorf oder tagesaktuelle Richtlinien und Bestimmungen zur *Covid-19*-Pandemie. Die wichtigsten Informationen und Termine rund um das Leben in der Gemeinde werden im digitalen Schaukasten ausgespielt, der im Schaufenster des Dorfladens aufgestellt ist. So sind die Informationen für alle Bewohner*innen zugänglich, auch diejenigen, die weder Smartphone noch Computer besitzen.

Vom Dorf zur Gemeinde

Aufgrund der *Covid-19*-Pandemie wurde das Projekt beschleunigt und die Angebote konnten vorzeitig im März 2020 an den Start gehen. So konnte die Kommunikation trotz Kontaktbeschränkungen aufrechterhalten werden. Der Transfer des Angebots auf alle 16 Dörfer *Gleichen* (*gleichen.digital*) wurde im Juli 2020 von der Gemeinde auf den Weg gebracht. Nach dem Ende der Projektlaufzeit wird die Pflege und Weiterentwicklung des digitalen *Gleichen* von einem ehrenamtlichen Redaktionsteam übernommen.

Von der Gemeinde nach Südniedersachsen

Das Kooperationsprojekt *Digitale Dörfer* *Niedersachsen*, durchgeführt von der Stiftung *Digitale Chancen* und Fraunhofer IESE, wird nun genau hier ansetzen. Zunächst für einen Zeitraum von 18 Monaten vom Niedersächsischen Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung gefördert, werden im Reallabor in Göttingen gemeinsam mit Kommunen in Südniedersachsen die Bedarfe der Bevölkerung im ländlichen Raum bezüglich mehr digitaler Teilhabe ermittelt. An der Schnittstelle von Bürger*innen und Verwaltung wird erprobt, wie die Angebote der *Digitale Dörfer*-Plattform genutzt und weiterentwickelt werden kön-

nen, um mehr Lebensqualität im dörflichen Zusammenleben zu ermöglichen. Dabei stehen das regionale Engagement der Akteur*innen vor Ort und die Anbindung an kommunale (Verwaltungs-)Strukturen in den Landkreisen Göttingen, Goslar, Holzminden und Northeim im Mittelpunkt. Mit einem Transfer-Tag wurde am 19. und 20. Juni offiziell der Übergang vom Modellprojekt zur Verstetigung in den vier Landkreisen gefeiert. Matthias Wunderling-Weilbier, Niedersächsischer Staatssekretär für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung, gab einen Ausblick auf die kommende Arbeit im Projekt: »Maßgeschneiderte Kommunikationsangebote stärken die Daseinsvorsorge und tragen dazu bei, dass der ländliche Raum für die Bürger*innen attraktiv bleibt, nicht nur als Wohn-, sondern auch als Arbeits- und Wirtschaftsstandort.« Genau hierbei unterstützen die im Projekt bereitgestellten und entwickelten Lösungen, indem sie den Austausch wie auch die Teilhabe vor Ort intensivieren und das ländliche Zusammenleben fördern.

Literatur bei den Verfasser*innen

DR. CAROLA CROLL, Stiftung Digitale Chancen, Neustadt 4, 37073 Göttingen,
E-Mail: croll@digitale-chancen.de

DR. MATTHIAS BERG, Fraunhofer IESE, Fraunhofer-Platz 1, 67663 Kaiserslautern,
E-Mail: matthias.berg@iese.fraunhofer.de

JANINE STERNER, MARKUS KISSLING

Bündnis für gute Nachbarschaft in Niedersachsen

Gute Nachbarschaft ist von wesentlicher Bedeutung für ein positives Lebensgefühl. Quartiere sind die Orte, an denen Menschen einen Großteil ihres alltäglichen Lebens verbringen. Deshalb haben gute Rahmenbedingungen einerseits, sowie Zusammenhalt, Teilhabe und wechselseitige Unterstützungsbereitschaft andererseits einen hohen Anteil daran, dass wir in Wohlbefinden, gesund und aktiv leben können. Gleichzeitig stellen Pandemien, Globalisierung, Zuwanderung, Diversitäten, wachsende soziale Ungleichheit und der demographische Wandel den gesellschaftlichen Zusammenhalt auf die Probe. Daher ist es wichtig, die örtlichen Potenziale zu aktivieren, Ressourcen zu nutzen und die Rahmenbedingungen für eine gute Nachbarschaft zu verbessern. Den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu erhalten und zukunftsfähig zu gestalten ist die gemeinsame Aufgabe von Politik, Institutionen und der gesamten Zivilgesellschaft.

Vor diesem Hintergrund wurde im April 2021 das »Bündnis für gute Nachbarschaft in Niedersachsen« ins Leben gerufen, um gemeinsam mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Akteur*innen das nachbarschaftliche Zusammenleben in Niedersachsen zu stärken.

Ziele des Bündnisses

Die »Leipzig-Charta zur nachhaltigen europäischen Stadt« von 2007 und ihre Fortschreibung zur Neuen Leipzig-Charta im Jahr 2020 zeigen Leitbilder, Grundsätze, Strategien und Instrumente auf: Die resiliente Stadt – also eine Kommune, die in der Lage ist, sich bei Herausforderungen und Veränderungen angemessen anzupassen – ist gerecht und gemeinwohlorientiert, grün und produktiv. Das Bündnis knüpft daran an und möchte die Kooperation von Akteur*innen auf lokaler,

regionaler und Landesebene unterstützen sowie Impulse für die Verbesserung des Zusammenlebens vor Ort geben. Das Bündnis soll unter anderem:

- » Expertise vernetzen und Austausch organisieren,
- » Ehrenamtliches und hauptamtliches Engagement zueinander bringen,
- » Vorhandene Strukturen und Treffpunkte bekannt machen,
- » Ansprachewege für Initiativen und Ehrenamtliche ebnen und das Zusammenwirken stärken,
- » Konzepte entwickeln und Lösungswege aufzeigen,
- » Dialog- und Ansprechpartner für Politik und Öffentlichkeit sein,
- » Schutz, Sicherheit und Inklusion stärken, insbesondere für Frauen, Kinder und Menschen mit besonderen Herausforderungen.

Ortszentren neu beleben

Gute Nachbarschaft ist nicht nur ein Thema für Wohngebiete. Gerade in zentralen Ortslagen und Mischgebieten mit hoher Nutzungsvielfalt sind die Akteur*innen mit ihren oft sehr unterschiedlichen Belangen auf gegenseitige Akzeptanz und Kooperation angewiesen. Das gilt besonders in Zeiten des strukturellen und demographischen Wandels, der in vielen Innenstädten, im ländlichen Raum und in Ortsteilzentren bereits lange vor Corona begonnen hat und der nun überall zu gestalten sein wird. Dieser Strukturwandel geht alle an – die wirtschaftlichen Interessengruppen, aber auch die Bürger*innenschaft mit ihren Interessen an Infrastruktur, Aufenthaltsqualität, Kultur- und Freizeitangeboten und einer guten Mischung von Wohnen und Arbeiten.

Hauptamtliche Akteur*innen sowie Ehrenamtliche leisten in einer Vielzahl von Projekten und Initiativen bereits unverzichtbare praktische Arbeit für das Gemeinwesen, aber auch für Gesundheitsförderung vor Ort. Sie alle können die Entwicklungen gemeinsam maßgeblich mitgestalten und voranbringen. Hierfür will das Bündnis für gute Nachbarschaft in Niedersachsen Vorbild sein, Impulse geben und bei Bedarf aktiv beraten und unterstützen.

Bündnismitglieder

Die Bündnisgründung wurde von der LAG der Träger der freien Wohlfahrtspflege gemeinsam mit dem Minister für Umwelt, Energie, Bauen und Klimaschutz, Olaf Lies, initiiert. Zu den Gründungsmitgliedern zählen dabei unter anderem die Interessenverbände im Bereich Wohnen und Grundeigentum, Gewerkschaften, Sport- und Freizeitvereine, Kirchen und Religionsgemeinschaften, der Niedersächsische Städte- und Gemeindebund, der Flüchtlingsrat Niedersachsen sowie die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. Koordiniert werden die Bündnisaktivitäten von der LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen e. V.. Alle Kommunen, Verbände, Initiativen, Unternehmen und Personen, die das Bündnis unterstützen möchten, können dem Bündnis beitreten. Weitere Informationen zum Bündnis finden Sie unter: www.gutenachbarschaft-nds.de. Am 30. Oktober 2021 wird die offizielle Auftaktveranstaltung des Bündnisses online stattfinden.

Weitere Informationen finden Sie unter »Veranstaltungen«.

Literatur bei den Verfasser*innen

MARKUS KISSLING, LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen e. V., Stiftstraße 15, 30159 Hannover, E-Mail: info@gutenachbarschaft-nds.de

Bücher, Medien



BKK Gesundheitsreport 2020

44 Prozent der Beschäftigten in Deutschland pendeln zu ihrem Arbeitsplatz oder arbeiten anderweitig mobil. Vor diesem Hintergrund nimmt der BKK Dachverband in seinem Gesundheitsreport für das Berichtsjahr 2019 neben den üblichen Zahlen zur Arbeitsunfähigkeit und zur ambulanten und stationären Versorgung auch Daten zur Mobilität in den Blick. Diese spielt in ihren unterschiedlichen Ausprägungen nicht nur berufs-, sondern auch gesundheitsbezogen eine ernstzunehmende Rolle. Die Herausgeber fassen mit den Beiträgen die aktuelle Situation im Krankheitsgeschehen der fast neun Millionen BKK-Versicherten sowie deren Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen zusammen. Der Report will nicht nur Hinweise für Handlungsbedarfe in puncto Mobilität und Arbeit aufzeigen, sondern auch Impulse für eine gesundheitsgerechte Gestaltung arbeitsbedingter Mobilität geben. (frh)

FRANZ KNIEPS, HOLGER PFAFF (HRSG.): BKK Gesundheitsreport 2020: Mobilität Arbeit, Gesundheit. Zahlen, Daten, Fakten, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2020, 485 Seiten, ISBN 978-3-95466-599-4, 39,95 Euro

Der Streit ums Nadelöhr

Entwicklung lebt von Widersprüchen – nach diesem Motto nimmt uns Herausgeber Matthias Ohler mit an den Tisch eines Streitgesprächs zwischen dem Psychiater, Psychoanalytiker und Familientherapeuten Fritz B. Simon und dem emeritierten Professor für Psychotherapie und Klinische Psychologie Jürgen Kriz. Inhaltlich geht es in dem Gespräch um Unterschiede im systemischen Ansatz und deren Folgen für die Praxis von (Organisations-)Berater*innen, Coach*innen und Psychotherapeut*innen. Zentral sind dabei die Fragen: Welche Bedeutung hat das Subjekt und ist das »Nadelöhr« Subjekt in der Beratung unverzichtbar, wie es der personenzentrierte Ansatz postuliert oder könnte man es in bestimmten Kontexten »ungestraft wegdenken«? Wodurch geschieht Veränderung und worauf richten wir unsere Aufmerksamkeit? Das Buch ist insbesondere für jene Leser*innen interessant und unterhaltsam, die an theoretischen und praktischen systemischen Fragen interessiert sind. Vorhandene Grundkenntnisse systemischer Theorien sind hierbei hilfreich. (js)

JÜRGEN KRIZ, FRITZ B. SIMON, MATTHIAS OHLER (HRSG.): Der Streit ums Nadelöhr. Körper, Psyche, Soziales, Kultur – Wohin schauen systemische Berater? Carl Auer Verlag GmbH, Heidelberg, 2019, 152 Seiten, ISBN 978-3-8497-0313-4, 29,95 Euro

Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum

Gesundheitsförderung und Versorgung auf dem Land sind wichtige, aber bislang zu wenig untersuchte Themen. Dieser Sammelband bietet im deutschsprachigen Raum erstmalig einen umfassenden Überblick dazu an. In vier übersichtlichen Abschnitten werden Erklärungsansätze für Stadt-Land-Unterschiede, Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung, innovative Ansätze der Versorgung sowie Vernetzungsansätze für den ländlichen Raum aufgezeigt. In allen Abschnitten werden konkrete Projekt- und Umsetzungsbeispiele vorgestellt. Ein umfangreiches Sachwortverzeichnis vereinfacht das selektive Lesen. Daher ist der Band nicht nur für Wissenschaftler*innen und Studierende, sondern auch für Praktiker*innen gut geeignet. (mvg)

CHRISTIAN WEIDMANN, BIRGIT REIME (HRSG.): Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte. Hogrefe Verlag, Bern, 2021, 360 Seiten, ISBN 978-3-456-85979-8, 49,95 Euro

Migration und Gesundheit

Dieser umfassende Sammelband bietet einen Überblick über das Themenfeld »Migration und Gesundheit«. In sechs Abschnitten stellen Autor*innen verschiedener Disziplinen zukünftige Herausforderungen und Entwicklungen dar. Neben epidemiologischen Erklärungsmodellen und Erkenntnissen aus der empirischen Forschung werden unter anderem Integration und Belastungen von medizinischen Beschäftigten mit Migrationsgeschichte, interkulturelle Kompetenzen und Diversitätsbewusstsein in der Pflege und psychosozialen Versorgung beleuchtet. Außerdem werden die gesundheitlichen Dimensionen von Rassismus und Diskriminierung dargestellt. Am Ende des Buches finden sich Ausführungen zur Förderung von Gesundheitskompetenz und zur Teilhabe sowie praxisnahe Ansätze einer lebensweltorientierten Gesundheitsförderung. (les)

JACOB SPALLEK, HAJO ZEEB (HRSG.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien. Hogrefe Verlag, Bern, 2021, 496 Seiten, ISBN 978-3-456-85995-8, 59,95 Euro

DHS Jahrbuch Sucht 2020

Die jährlich erscheinende Ausgabe des Jahrbuchs Sucht der »Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen« gibt die aktuellen Daten, Zahlen und Fakten bezüglich Suchtstoffen, Suchtformen sowie der Leistungen der Suchtkrankenhilfe wieder. So werden den Leser*innen unter anderem ausgewertete Daten zum Konsum von Alkohol, Tabak und Arzneimitteln, zum Glücksspiel und zu Essstörungen, zum Suchtmittelkonsum im Straßenverkehr, aber auch zu Straftaten unter Alkoholeinfluss vermittelt. Darüber hinaus werden in dieser Ausgabe die materiellen und immateriellen Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums behandelt. Als weiteres Thema findet der Zusammenhang zwischen den »Volkskrankheiten« Sucht und Depression sowie Alkoholkonsumstörungen Berücksichtigung. Das Buch richtet sich an Mitarbeitende aus dem Suchthilfesystem sowie an alle fachlich Interessierten. (as)

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HRSG.):
DHS Jahrbuch Sucht 2020. Pabst Science Publishers,
Lengerich, 2020, 288 Seiten,
ISBN 978-3-95853-589-3, 20,00 Euro

Jungen als Bildungsgewinner

Jungen gelten in der öffentlichen Diskussion häufig als Bildungsverlierer – insbesondere dann, wenn sie aus bildungsfernen Milieus kommen, ihre Eltern arbeitslos sind oder sie einen Migrationshintergrund aufweisen. Aber welche Faktoren begünstigen unter diesen Rahmenbedingungen Bildungserfolge? Auf Grundlage einer qualitativen Studie, die auf autobiografisch-narrativen Interviews mit heranwachsenden Jungen fußt, arbeitet der Autor Einflussfaktoren heraus. Eine wichtige Rolle spielen beispielsweise Erwartungen an die Erträge von Bildungserfolgen sowie prozessorientierende Impulse, also motivierende Faktoren, die zur Partizipation an Lern- und Bildungsprozessen anregen. Aus diesen theoretischen Erkenntnissen leitet er erste Anregungen für die Praxis ab. (mp)

MICHAEL RICHTER: Jungen als Bildungsgewinner.
Eine qualitative Studie zu bildungserfolgreichen
Jugendlichen in Risikolagen. Verlag Barbara
Budrich, Opladen, Berlin, Toronto, 2021, 251 Seiten,
ISBN 978-3-8474-2529-8, 54,00 Euro

Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus

Wie eine angemessene Versorgung unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus trotz der rigiden auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Vorgaben möglich sein kann, zeigt dieses Fachbuch anhand von 13 innovativen Konzepten westdeutscher Kliniken praxisnah auf. Angelehnt an die teils ausschmückend dargestellte Projektarbeit werden vielfältige Anregungen und Erfahrungen sowie der aktuelle Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse beschrieben. Unter Berücksichtigung des finanziellen Aspekts bleiben Humanität und Integrität der Betroffenen im Vordergrund. Das Buch ist von und für Praktiker*innen verfasst und stellt für all diejenigen, die tagtäglich Menschen mit Demenz im Klinikalltag versorgen, ein zukunftsweisendes Werk dar. (jod)

MICHAEL LÖHR, BERND MEISSNER, BENJAMIN VOLMAR
(HRSG.): Menschen mit Demenz im Allgemein-
krankenhaus. Innovative Konzepte für eine multi-
professionelle Betreuung und Versorgung. Verlag
W. Kohlhammer, Stuttgart, 2019, 191 Seiten,
ISBN 978-3-17-033018-4, 39,00 Euro

Salutogene Kommunikation zur gesunden Entwicklung

Was ist dir bedeutsam? Was willst und kannst du tun? Was willst und kannst du lernen? Basierend auf dem Konzept der Salutogenese und der systemischen Therapie sollen diese drei Fragen als Leitfaden für gelungene Kommunikation in therapeutischen, beraterischen und pädagogischen Settings fungieren und Menschen zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit ihrem Leben motivieren. Die Monografie richtet sich mit ihren praxisnahen Beispielen aus der Salutogenen Kommunikation nicht nur an Expert*innen, sondern an alle, die sich mit den Themen Selbstregulation, gesunde Entwicklung und soziale Interaktion auseinandersetzen wollen. (lae)

THEODOR DIERK PETZOLD: Salutogene Kommunikation
zur gesunden Entwicklung. Verlag Gesunde Ent-
wicklung, Bad Gandersheim, 2021, 262 Seiten,
ISBN 978-3-9813922-8-9, 17,00 Euro

Intersektorale Versorgung im deutschen Gesundheitswesen

Die Segmentierung des deutschen Gesundheitswesens ist ein zentrales Thema, wenn es um die Analyse und die Generierung von Verbesserungspotenzialen in der Patient*innenversorgung geht. Die Herausgeber des Buches fassen die aktuelle Situation der sektorenübergreifenden Versorgung zusammen und präsentieren unterschiedliche Ideen und Konzepte für eine effizientere und effektivere Überwindung der Sektorengrenzen. Dabei finden sich Modelle zur Neustrukturierung der ärztlichen Bedarfsplanung genauso wieder wie innovative Versorgungs- und Vergütungsmodelle und Vorschläge, wie auch die Patient*innen stärker in die Gestaltung der Behandlung einbezogen werden können. Erfreulich ist, dass auch die Weiterentwicklung der Pflege im sektorenübergreifenden Kontext bedacht wird. (frh)

STEFAN G. SPITZER, VOLKER ULRICH (HRSG.):
Intersektorale Versorgung im deutschen Gesund-
heitswesen – Gegenwart und Zukunft, Analysen
und Perspektiven. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart,
2020, 165 Seiten, ISBN: 978-3-17-034319-1,
49,00 Euro

Krankenhaus-Report 2020

In diesem Sammelband wird die Krankenhausfinanzierung und -vergütung in Deutschland analysiert. Es werden aktuelle Entwicklungen aufgezeigt und Perspektiven für die Weiterentwicklung des Finanzierungssystems erörtert. Damit bietet der Report eine Informationsgrundlage für Akteur*innen aus Wissenschaft und Politik. Diskutiert wird unter anderem, welche Wirkungen die Einführung des G-DRG-Systems hervorgerufen hat, wie eine effektivere, an den Bedürfnissen der Patient*innen ausgerichtete Steuerung umgesetzt werden könnte und welche Ansatzpunkte es für sektorenunabhängige Vergütungsformen gibt. Die Inhalte werden durch zahlreiche Grafiken und Tabellen veranschaulicht. (irl)

JÜRGEN KLAUBER, MAX GERAEDTS, JÖRG FRIEDRICH,
JÜRGEN WASEM, ANDREAS BEIVERS (HRSG.):
Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und
Vergütung am Scheideweg. Springer Verlag,
Berlin, Heidelberg, 2020, 488 Seiten,
ISBN 978-3-662-60486-1, 53,49 Euro



#highways2health Digitaler Wandel in der Gesundheitsförderung

Auf der Website www.highways2health.de veröffentlicht die LVG & AFS regelmäßig Podcasts und Blogbeiträge von und mit Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis zu Themen rund um den digitalen Wandel in Gesundheitsförderung und Prävention. In den neuesten Beiträgen befassen wir uns mit Inklusion und Teilhabe. Insbesondere für Menschen mit Beeinträchtigungen entstehen mit neuen digitalen Technologien und Medien Chancen, die die Inklusion fördern können. Doch was gilt es hierbei zu beachten? Wir diskutieren, welche Rolle Gesundheit im Rahmen digitaler Inklusion spielt, welche Dialoggruppen in der digitalen Gesellschaft ausgeschlossen werden und welche Faktoren dabei eine Rolle spielen. Auch Themen rund um die digitale Teilhabe während der Pandemie beschäftigen uns weiterhin. Wir gehen der Frage nach, wie die Pandemie die Spaltung der Gesellschaft verschärft, »Offliner« ausgrenzt und sprechen mit Expert*innen aus den Projekten »IQ-Covid« sowie »Gesundheitsfachkräfte in Bremer Quartieren« darüber, wie Bevölkerungsgruppen, die bisher nicht oder nur unzureichend erreicht wurden, mit passgenauen Informationen zum Coronavirus versorgt werden können. Lesen und hören Sie rein! Alle Beiträge finden Sie auf www.highways2health.de (siehe QR-Code).



Beratung – Begleitung – Empowerment

Die Verwunderung darüber, dass Verständigung zwischen Menschen überhaupt gelingt, dürfte einige Leser*innen im ersten Teil dieses Fachbuches beschleichen. Aber nur Mut: Kurz gehaltene und didaktisch gut aufbereitete Überblicksartikel geben (zukünftigen) Berater*innen jedoch ausreichend Orientierungswissen an die Hand. Es werden unterschiedliche Kommunikationstheorien dargestellt, die den Leser*innen als Vorbereitung auf die Schwerpunktthemen »Beratungen in der Gruppe« und »Beratung im Lebenszyklus« dienen können. Interessante Fallbeispiele aus dem therapeutischen und sozialpädagogischen Arbeitsalltag inklusive Tipps und Checklisten erleichtern den Theorie-Praxis-Transfer. Das Grundlagenbuch eignet sich besonders für Auszubildende oder Studierende in Sozial- und Gesundheitsberufen wie auch für Beratende, die ihre Arbeit systematisch reflektieren möchten. (dab)

BIRGIT KILLERSREITER, EVA-MARIA ROTTLAENDER:
Beratung – Begleitung – Empowerment. Kommunikationsgrundlagen für Sozial- und Gesundheitsberufe. Verlag UTB, Stuttgart, 2021, 156 Seiten, ISBN 978-3-8252-5547-3, 22,90 Euro

Lob der Scham

Scham ist eines der am schwierigsten auszuhaltenden Gefühle. Das Gefühl von Scham hat zwei wesentliche Aspekte – den sozialen und den persönlichen. Die Scham ist dabei immer mit dem gesellschaftlichen Wandel verbunden, hierin begründen sich Potentiale und Risiken gleichermaßen. Warum das so ist und welche Auswirkungen das auf uns und unser soziales Leben hat, erklärt Daniel Hell anschaulich anhand disziplinübergreifender Theorien sowie Praxisbeispielen. Dabei wird deutlich, dass die Scham eine besondere Funktion erfüllt, die uns hilft und schützt, wenn wir uns sowohl diesem Gefühl als auch einander zuwenden. Dieses Sachbuch richtet sich an alle, die sich konstruktiv mit dem Gefühl Scham auseinandersetzen möchten und Anregung zur Selbstreflexion suchen. (at)

DANIEL HELL: Lob der Scham. Nur wer sich achtet, kann sich schämen, Herder Verlag, Freiburg, Basel, Wien, 2019, 256 Seiten, ISBN 978-3-451-03145-8, 14,00 Euro

Impressum

» Herausgeberin: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskekweg 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

» Twitter: Folgen Sie uns auf Twitter: @LVGundAFS

» ISSN: 1438-6666

» V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

» Redaktion: Prof. Dr. Susanne Fleckinger, Nicola Jakobs, Dr. Maren Preuß, Stephanie Schmitz, Astrid Thulke, Theresa Vanheiden, Marcus Wächter-Raquet, Sabrina Weitemeier

» Beiträge: Daniel Albrecht, Thomas Altgeld, Dr. Matthias Berg, Prof. Dr. Gabriele Bolte, Marijke Braams, Susann Bunzel, Dr. Carola Croll, Matthias Diermeier, Johanna Diedrich, Laura Ebert, Dr. Moritz von Gliszczynski, Prof. Dr. Mario Gollwitzer, Dr. Marius Haack, Prof. Dr. Sabine Hark, Prof. Dr. Susanne Hartung, Frank Herbert, Gerda Holz, Nicola Jakobs, Prof. Dr. Elisabeth Kals, Markus Kissling, Iris Lettau, Angelika Maasberg, Rebecca Maskos, Dr. Andreas Mielck, Daniel Moll, Ralph Müller-Eiselt, Daniel Nowik, Lea Oesterle, Dr. Maren Preuß, Elena Reuschel, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Patrizia Rothofer, Roman Rudyk, Stephanie Schmitz, Dr. Rolf Schmucker, Martin Schumacher, Steffen Scriba, Alexandra Schüssler, Lennart Semmler, Dr. Ute Sonntag, Janine Sterner, Hanna Stahlhut, Dr. Isabel Strubel, Eva-Magdalena Thalmeier, Astrid Thulke, Theresa Vanheiden, Miriam Weber, Prof. Dr. Verina Wild

» Redaktionsschluss: Ausgabe Nr. 113: 30.09.2021
Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» Auflage: 9.000

» Gestaltung: Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» Druck: Druckerei Hartmann GmbH & Co. KG

» Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal
Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor*innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» Titelbild: © adobe.stock.com: Prostock-studio

» Fotos: Seite 24: © digitale Dörfer, alle anderen: © adobe.stock.com: Romolo Tavani (S. 2), jozefmivic (S. 5), 1StunningART (S. 7), Prostock-studio (S. 8), Mangostar (S. 10), Pablo Lagarto (S. 13), Dilok (S. 14), Halfpoint (S. 16), zinkevych (S. 18), New Africa (S. 22), contrastwerkstatt (S. 23), NDABCREATIVITY (S. 26), perawit (S. 28)

» 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.

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

Integrationskonferenz Flucht und Behinderung

05. Oktober 2021, Osnabrück

Der Fachtag beschäftigt sich mit der Situation geflüchteter Menschen mit Behinderungen und im Besonderen mit der Schnittstelle zwischen den verschiedenen Unterstützungssystemen. Nach grundlegenden Informationen zur Situation von geflüchteten Menschen mit Behinderungen in Deutschland sowie zu den Leistungsansprüchen dieser Personengruppe stellen sich Netzwerke aus den Bereichen Behinderung und Flucht sowie Integration vor, die im Südwesten Niedersachsens aktiv sind.

13. Niedersächsischer Aktionstag für seelische Gesundheit: Die Sprache der Seele

06. Oktober 2021, online

Am 13. Niedersächsischen Aktionstag für seelische Gesundheit wollen wir uns mit verschiedenen Ausdrucksweisen seelischen Erlebens beschäftigen und unterschiedlichen Mitteilungsförmlichkeiten der Seele Raum geben. Nicht alles, was die Seele uns mitteilen will, wird uns bewusst oder ist als Ausdruck eines Bedürfnisses erkennbar. Manchmal brauchen wir Unterstützung dabei, den Signalen unserer Seele Ausdruck zu verleihen und diese lesen und deuten zu lernen. Unser Fachtag nimmt sowohl sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede in den Blick als auch kreative und hilfreiche Methoden für eine bessere Verständigung miteinander.

Digitale Veranstaltungsreihe: Gesundheit, Klima, Nachhaltigkeit – jetzt gemeinsam handeln!

07. Oktober, 04. November, 09. Dezember 2021, online

Dass Klima-, Umwelt- und Gesundheitsfragen in einem engen Zusammenhang miteinander stehen, ist lange bekannt. Doch was bedeutet die Klimaveränderung konkret für das Gesundheitswesen, für die Gesundheitsversorgung, für soziale und gesundheitliche Einrichtungen und schließlich für die Gesellschaft und jeden Einzelnen? Wie kann klimatischen Herausforderungen begegnet werden und welche innovativen Ansätze gibt es bereits? Diesen Fragen soll in einer dreiteiligen Veranstaltungsreihe auf den Grund gegangen und über diese Themen soll gemeinsam mit Expert*innen und interessierten Teilnehmenden diskutiert werden.

XXXI. Niedersächsische Suchtkonferenz

11. Oktober 2021, online

Verhaltens- sowie verhältnisbezogene Prävention ist im Bereich der Suchtprävention wesentlich, um frühzeitig riskante Konsum- und Verhaltensmuster zu erkennen, zu intervenieren sowie kritische Verhaltensweisen und den Suchtmittelkonsum legaler oder illegaler Substanzen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Die 31. Niedersächsische Suchtkonferenz rückt das Thema der Verhältnisprävention in den Mittelpunkt und beleuchtet die Frage, inwiefern anhand von verhältnispräventiven Maßnahmen ein Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung unterschiedlicher Abhängigkeitserkrankungen ausgeübt werden kann und welche davon sich als sinnvoll und richtig erweisen.

Hinweis

Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie werden einige der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand September 2021) erfolgen daher vorbehaltlich.

Bitte informieren Sie sich auf unserer Website, ob die Veranstaltungen wie geplant stattfinden:
www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen

Kommune macht gesundheitskompetent

14. Oktober 2021, online

Viele Menschen in Deutschland haben eine unzureichende Gesundheitskompetenz. Kommunen können eine Schlüsselrolle bei der Adressierung dieses Problems einnehmen. Erfahren Sie mehr zur Bedeutung von Gesundheitskompetenz, zu innovativen Ansätzen für Gemeinden in Österreich sowie zur Auseinandersetzung mit dem Thema in niedersächsischen Kommunen. Die Veranstaltung wird vom Deutschen Netzwerk Gesundheitskompetenz e. V. sowie der LVG & AFS ausgerichtet.

Was war? – Was ist? – Was bleibt? Traumata und Depression – Auswirkungen transgenerationaler Prozesse

03. November 2021, online

Im Mittelpunkt der Fachtagung der »AG Gender und Depression« des »Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover« stehen die psychischen Langzeitfolgen von Kriegen und der transgenerationalen Weitergabe der damit verbundenen Traumata. Die sogenannten »Kriegskinder«, die »Nachkriegskinder« und auch die »Kriegsenkel« setzen seit etwa der Jahrhundertwende dieses Thema in unterschiedlicher Weise auf die Tagesordnung. Die Tagung will Impulse dazu geben, das Themenfeld in die eigene Berufspraxis zu integrieren und Klient*innen für eigene Aspekte in der Biografie und Familiengeschichte zu diesem Thema zu sensibilisieren.

8. Jahrestagung der Gesundheitsregionen Niedersachsen – »Rundum gesund rund um die Geburt«

04. November 2021, Hannover

In den Gesundheitsregionen Niedersachsen setzt sich täglich ein ganzes Netzwerk von Fachpersonen aus Geburtshilfe, Familienberatung, Prävention und Gesundheitsförderung für eine möglichst gute Versorgung der Allerjüngsten unserer Gesellschaft und deren Familien ein. Bei der gesundheitlichen Versorgung rund um die Geburt sehen sich fachlich Beteiligte und Eltern vielen Herausforderungen gegenüber, zum Beispiel dem Hebammenmangel, zunehmenden Kaiserschnittraten oder sozialen Ungleichheiten. Erfahren Sie mehr über den Handlungsrahmen des Nationalen Gesundheitsziels sowie über neue wissenschaftliche Erkenntnisse und (regionale) Versorgungsformen, vertiefen Sie den Blick auf die Wünsche der Familien und Eltern und kommen Sie untereinander ins Gespräch.

Lesungen im Dialog – Psychiatrie mal Anders**04. November und 09. Dezember 2021, online**

Die »Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen« (LSPK) lädt zum zweiten Mal zur digitalen Lesereihe ein und setzt das erfolgreiche Format aus dem letzten Jahr fort. Die Autor*innen lesen Passagen aus ihren Büchern vor und treten anschließend mit der Moderatorin sowie den Zuhörer*innen in die Diskussion. Somit wird Interessierten die Möglichkeit geboten, sich dem Thema »Psychiatrie« auf besondere Weise zu nähern. Das Werk »Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen« von Jann E. Schlimme, Thelke Scholz und Renate Seroka wird am 04. November 2021 Bestandteil der ersten Lesung sein. Am 09. Dezember 2021 sprechen wir mit Carlotta Frey über ihr Buch »Mutterglück: Wie ich trotz postpartaler Depression zurück zu meinen Kindern fand«.

Kommunikation im Studentischen Gesundheitsmanagement (Arbeitstitel)**04. November 2021, Frankfurt**

Eine gute Kommunikationsstrategie ist im Rahmen eines Studentischen Gesundheitsmanagements ein Schlüsselement, um mit der Dialoggruppe, aber auch mit internen sowie externen Akteur*innen in den Kontakt zu treten und im Kontakt zu bleiben. Insbesondere durch die COVID-19-Pandemie wurde die Relevanz von Kommunikation noch einmal deutlich, da sehr viele Informationen verbreitet wurden. Dies geschah meist parallel über verschiedene Kommunikationskanäle. Das Karlsruher Institut für Technologie (KIT) und die Technische Universität Kaiserslautern (TUK) geben in diesem Seminar Einblicke in ihre Kommunikationsstrategien im Studentischen Gesundheitsmanagement sowie in die erlebten Herausforderungen und Erfolge. Gemeinsam mit den Teilnehmenden sollen Handlungsansätze und Umsetzungsschritte für die eigene Hochschule diskutiert werden.

Reise ins Ungewisse? Gesundheit mobiler Beschäftigter in der Fleischindustrie und Landwirtschaft**11. November 2021, online**

Die deutsche Wirtschaft ist auf Zuwanderung angewiesen. Ohne mobile Beschäftigte ist der Betrieb in vielen Branchen nicht denkbar. In Niedersachsen sind durch Fleischindustrie und Landwirtschaft zwei Sektoren stark vertreten, die besonders auf solche Arbeitskräfte angewiesen sind. Über die gesundheitliche Lage dieser Menschen wurde aber vor der Corona-Pandemie in der breiten Öffentlichkeit wenig diskutiert. Mit der Fachtagung »Reise ins Ungewisse?« soll daher ein Blick auf die gesundheitliche Situation mobiler Beschäftigter und auf Ansätze ihrer Beratung in Niedersachsen geworfen sowie Herausforderungen und Handlungsansätze diskutiert werden.

**15. Jahrestagung Netzwerk Kita und Gesundheit
Gesundheit – Bildung – Alltagskompetenzen stärken:
Chancen der Gesundheitsbildung im Alltag****18. November 2021, online**

Regelmäßiges Zähneputzen, Schuhe zubinden und andere ausreden lassen – Alltagskompetenzen wie diese sind für die »Großen« oft nur kleine Nebensächlichkeiten, aber für die »Kleinen« neue und große Abenteuer. Neben offensichtlichen Fähigkeiten, wie etwa das Lesen der Uhr, sind auch die sozialen Kompetenzen von großer Bedeutung. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Resilienz – aber auch Fähigkeiten zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, zum lösungsorientierten Handeln, zum Treffen von Entscheidungen sowie Empathie, kreatives und kritisches Denken. Während der Fachtagung wird diskutiert, wie pädagogische Fachkräfte in ihren Einrichtungen Lebenskompetenzen anregen können, wie Kinder gefördert und unterstützt werden und wie die Zusammenarbeit mit Eltern gelingen kann.

Jahrestagung der Bremer Elternwerkstatt: Eltern unter Druck**18. November 2021, Bremen**

Belastende Lebensumstände prägen Familien: Finanzielle Armut, beengte Wohnverhältnisse und Sprachbarrieren erzeugen Dauerstress, wirken sich auf die Eltern-Kind-Beziehung aus und beeinflussen Erziehungsvorstellungen sowie elterliche und kindliche Verhaltensweisen. Mit der Fachtagung »Eltern unter Druck« möchten wir Kita-Fachkräfte einerseits auf die belastenden Lebensumstände, besonders von Familien in Armutslagen, aufmerksam machen. Dabei nehmen wir die elterliche Beziehungsqualität unter die Lupe, die für das Aufwachsen von Kindern eine Gesundheitsressource sein kann. Andererseits gehen wir der Frage nach, welche Möglichkeiten Kita-Fachkräfte haben, Eltern und Kinder in dieser Situation zu unterstützen.

Kommunale Strategien – von losen Fäden zum Knotenpunkt**25. November 2021, Hannover / online**

Prävention und Gesundheitsförderung in der Kommune gelten nach wie vor als eine Art Königsdisziplin, da sich in diesem Setting alle sozialen Gruppen vereinen und niedrigschwellig erreichen lassen. In der Umsetzung tauchen aber immer noch Schwierigkeiten auf, wenn sich die Vielzahl an Angeboten und Netzwerken kaum noch überblicken und somit nicht mehr gut koordinieren lassen oder erstmal ein Anfang für gemeinsame Strategien gefunden werden muss. Das Projekt »Kontextcheck« der LVG & AFS liefert Hilfestellungen und begleitet Kommunen nun schon in der zweiten Förderphase dabei, kommunales gesundheitsförderliches Handeln thematisch zu vertiefen, aufzubauen oder neu zu strukturieren. Wir haben in diesen Prozessen einige Erfahrungen gemacht, die wir gerne mit Ihnen teilen und diskutieren wollen – praxisnah und thematisch so vielseitig, wie Kommunen eben sind!

Preisverleihung: Niedersächsischer Gesundheitspreis 2021**29. November 2021, online**

Im Rahmen der Preisverleihung werden die besten Praxisansätze aus Niedersachsen in den Preiskategorien »Psychische Gesundheit in jeder Lebensphase stärken, Gemeinsam in Bewegung bleiben und eHealth – digital unterstützt in Behandlung, Pflege und Reha« ausgezeichnet. Der Preis wird von den Niedersächsischen Ministerien für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung und der Kassenzentralen Vereinigung Niedersachsen, der Apothekerkammer Niedersachsen und der AOK Niedersachsen ausgelobt.

**Good Practice-Online-Seminar:
Nachhaltigkeit und Multiplikator*innenkonzepte****01. Dezember 2021, online**

Die Good Practice-Kriterien sollen kommunale Multiplikator*innen sowie Fachkräfte aus verschiedenen Lebenswelten unterstützen, qualitätsgesicherte Projekte und Maßnahmen im Rahmen einer soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention zu planen, umzusetzen und zu reflektieren. Die Kriterien »Nachhaltigkeit« und »Multiplikator*innenkonzept« werden in diesem Seminar näher betrachtet, da sie besonders wichtig sind, um Projekte und Maßnahmen im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention in die Verstetigung zu übertragen.

Psychosoziale Gesundheit von Studierenden und Lehrenden – aktuelle Erkenntnisse und Konsequenzen aus der Pandemie (Arbeitstitel)

07. Dezember 2021, Hannover

Hochschulen in Deutschland mussten durch die COVID-19-Pandemie viele weitreichende Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie umsetzen. Das Sommersemester 2021 war bereits das dritte Semester, in dem die Hochschulen geschlossen waren und die Lehre fast ausschließlich digital stattfand. Wie genau es weitergeht bleibt immer noch unklar. Viele Erfahrungsberichte und Studien weisen darauf hin, dass diese Situation Einfluss auf die psychische Gesundheit der Studierenden, aber auch der Lehrenden hat. Anhand von Vorträgen und Workshops möchten wir mit den Teilnehmenden zu diesem Thema in den Austausch kommen und aktuelle Erkenntnisse und Konsequenzen diskutieren.

VORSCHAU

Versorgungsdiallog

09. Februar 2022

Bildung und Gesundheit in der Kita

Früh übt sich ... Bildung begreifen und begleiten

16. Februar 2022, Hannover

Aktion Equal Care Day

01. März 2022

Preisverleihung kogeki: Gute und gesunde Kita für alle! Kita-Qualität durch Gesundheitsförderung stärken

09. März 2022

Lesungen im Dialog – Psychiatrie mal Anders

10. März 2022

7. Gesundheitskongress

17. März 2022

Eltern-Programm Schatzsuche – Basis

14. März bis 17. Mai 2022

Eltern-Programm Schatzsuche – Schule in Sicht

16. bis 17. März 2022



Fortbildungsreihe für Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung, u.a. zu rechtlichen Fragen sowie zum Personal- und Qualitätsmanagement

Beratungswissen in der Pflege – Das jährliche Update 2021

07. Oktober 2021, online

Wie es in den Wald hineinschallt... – Gewaltfreie Kommunikation in der Pflege

03. November 2021, online

Gut informiert – gut betreut: Weshalb Vorsorge in der Betreuung besser ist als Nachsorge

09. November 2021, online

Weitere Veranstaltungen finden Sie unter: www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/fortbildungen



Kostenfreie Fortbildungen für Mitarbeitende (teil-)stationärer Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Bewohner*innen/Tagesgästen

Arbeit und Gespräche mit Angehörigen – Freud oder Leid?

25. Oktober 2021

Vielfalt begegnen – Identität stärken

10. Dezember 2021

Weitere Veranstaltungen finden Sie unter: www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/fortbildungen



Eltern-Programm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern in der Kita. Die Weiterbildung richtet sich an pädagogische Fachkräfte.

Schatzsuche – Basis

Weiterbildungsdurchgang in Niedersachsen in sechs Modulen

05. Oktober bis 10. Dezember 2021

Schatzsuche – Schule in Sicht

Weiterbildungsdurchgang in Niedersachsen in zwei Modulen

07. bis 08. Oktober 2021

Schatzsuche – Basis

Weiterbildungsdurchgang in Bremen in sechs Modulen

12. Oktober bis 14. Dezember 2021

Näheres unter: www.schatzsuche-kita.de/bundeslaender/bremen



Kompetenzzentrum
für Gesundheitsförderung
in Kitas

Das Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas («kogeki») unterstützt Kindertageseinrichtungen darin, Gesundheitsförderung als ein ganzheitliches Konzept zu verstehen und in den Arbeitsalltag zu integrieren. Die Angebote richten sich an pädagogische Fachkräfte, Fachberatungen, Träger*innen und weitere fachlich Interessierte.

Fortbildung: Ich und wir im Team – Stressbewältigung im Kita-Alltag

23. September 2021, Göttingen

Dialogwerkstatt: Gute und gesunde Kita für alle! Gute Zusammenarbeit mit Eltern fördern: »Eltern fragen Eltern«

30. September 2021, online

Fortbildung: Kinder stärken – psychische Gesundheit in der Krippe und Kita fördern

11. November 2021, Hannover

Weitere Informationen unter: www.kogeki.de



TERMINE NIEDERSACHSEN

- » **14.10.2021: Tagung »Digitale Gewalt – Reale Sorgen«**, online, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Tel.: (05 11) 85 87 88, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de, Internet: www.jugendschutz-niedersachsen.de
- » **18.–29.10.2021: 19. Gesundheitspflege-Kongress**, online, Kontakt: Springer Pflege, Tel.: (0 30) 8 27 87 55 10, E-Mail: andrea.tauchert@springer.com, Internet: www.gesundheitskongresse.de
- » **30.10.2021: Auftaktveranstaltung Bündnis für gute Nachbarschaft in Niedersachsen**, online, Kontakt: LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen e.V., E-Mail: info@gutenachbarschaft-nds.de, Internet: www.gutenachbarschaft-nds.de
- » **04.–05.11.2021: Fachtagung »Auswirkungen der Pandemie auf die Lebenswirklichkeit Schutzsuchender«**, Göttingen, Kontakt: Akademie Waldschlösschen, Tel.: (05 11) 9 29 27 70, E-Mail: info@waldschloesschen.org, Internet: www.waldschloesschen.org
- » **09.11.2021: »Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Grundschule – Potenziale und Gelingensfaktoren«**, online, Kontakt: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Tel.: (05 11) 6 26 26 60, E-Mail: info@nls-online.de, Internet: www.nls-online.de

TERMINE BUNDESWEIT

- » **01.–02.10.2021: Fortbildung »Progrediente Erkrankungen: Muskelerkrankungen im Kindes- und Jugendalter«**, Köln o. online, Kontakt: Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V., Tel.: (02 11) 6 40 04 17, E-Mail: anne.willeke@bvkm.de, Internet: bvkm.de
- » **04.10.2021: Seminar »Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen – Fokus: Digitalisierung«**, online, Kontakt: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., Tel.: (0 30) 3 94 06 45 40, E-Mail: info@dvsg.org, Internet: dvsg.org
- » **07.10.2021: Seminar »Betriebliches Eingliederungsmanagement«**, online, Kontakt: Institut für Arbeitsfähigkeit GmbH, Tel.: (0 16 31) 3 94 06 45 40, E-Mail: gutentag@arbeitsfaehig.com, Internet: www.arbeitsfaehig.com
- » **13.–14.10.2021: Deutscher Pflorgetag 2021**, Berlin u. online, Kontakt: Deutscher Pflorgetag Servicegesellschaft mbH, Tel.: (0 30) 20 67 11 40, E-Mail: info@deutscher-pflorgetag.de, Internet: www.deutscher-pflorgetag.de
- » **14.10.2021: Seminar »Führung – auch noch gesund gestalten?«**, online, Kontakt: Institut für Arbeitsfähigkeit GmbH, Tel.: (01631) 6 03 98 40, E-Mail: gutentag@arbeitsfaehig.com, Internet: www.arbeitsfaehig.com
- » **22.10.2021: Seminar »Gesundheitsmanagement: Was steckt hinter dem Trend?«**, online, Kontakt: Institut für Arbeitsfähigkeit GmbH, Tel.: (016 31) 6 03 98 40, E-Mail: gutentag@arbeitsfaehig.com, Internet: www.arbeitsfaehig.com

TERMINE INTERNATIONAL

- » **10.–12.11.2021: 14th European Public Health Conference 2021**, online, Kontakt: EPH Conference Foundation, E-Mail: office@ephconference.eu, Internet: ephconference.eu
- » **06.–08.12.2021: 8th European Virtual Congress of Pharmacology (EPHAR 2021)**, online, Kontakt: Congress Secretariat GUARANT International spol. s r. o., Tel.: (+420) 2 84 00 14 44, E-Mail: ephar2021@guarant.cz, Internet: www.ephar2021.org

HINWEIS Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie werden einige der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand September 2021) erfolgen daher vorbehaltlich. Bitte informieren Sie sich auf den jeweiligen Webseiten der Veranstaltungen, ob diese wie geplant stattfinden.