

# 99 impulse

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

## Held\*innen des Alltags oder Opfer?!

### Konzepte der Resilienz, des Empowerments und der Vulnerabilität im Diskurs



**EDITORIAL »** Der Titel für diese Ausgabe unserer Zeitschrift war gar nicht so leicht zu finden: Wir haben lange rumgebrütet über die Begriffe »Resilienz«, »Vulnerabilität«, »Partizipation« und »Teilhabe«. Dann haben wir uns auf die Gruppen besonnen, von denen dieses Heft handeln soll und sind sehr schnell bei dem Gegensatzpaar »Held\*innen« oder »Opfer« gelandet – alles eine Frage des Standpunktes sowie der Zuschreibung. Die Wahl der Termini technici führt schnell zu den zugrunde liegenden Haltungen. Gesundheitsförderung kann nur effektiv sein, wenn die Ausgangslage Respekt und Neugier statt Zuschreibung statistischer Risiken und Defizite ist. Die Instrumentalisierung des Begriffes »Resilienz«, die nichts an Umständen ändern will, sondern die Last der Verantwortung den Individuen überlässt, ist für sich schon ein schönes Beispiel, wie genau Worte und Haltungen hinterfragt werden müssen.

Die Impulse Nr. 99 beleuchtet kritisch den Vulnerabilitätsbegriff, lotet die Vor- und Nachteile der Resilienzforschung aus und bürstet das Themenfeld »Gesundheitliche Chancengleichheit« anhand der aktuellen KIGGS-Daten etwas quer, indem es die Bedeutung von personalen, familiären und sozialen Ressourcen erhellt. Nicht jede Form von Benachteiligung führt zu gesundheitlicher Ungleichheit und nicht jede Besserstellung automatisch zu einem besseren Gesundheitszustand. Andere Beiträge stellen die Situation einzelner Bevölkerungsgruppen genauer dar, beispielsweise die von Langzeitarbeitslosen, Alleinerziehenden, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund, pflegenden Angehörigen oder Obdachlosen. Auch hier spielen die Perspektiven und die Dialogfähigkeit der professionellen Akteur\*innen eine entscheidende Rolle.

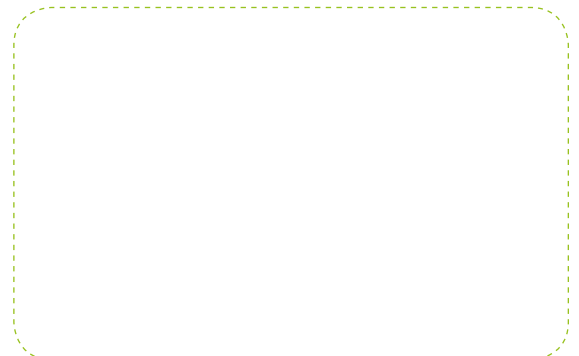
Die nächste Ausgabe wird die 100. Impulse-Ausgabe sein, 100 Ausgaben in 25 Jahren nehmen wir zum Anlass, unsere Leser\*innen zu befragen. Wir sind gespannt auf Ihre Rückmeldungen und bitten Sie um Teilnahme an der Befragung (Seite 25). Außerdem können Sie uns natürlich auch zur Jubiläumsausgabe (Redaktionsschluss 01.08.2018) Anregungen und Beiträge schicken genauso wie zur übernächsten Ausgabe mit dem Schwerpunktthema Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Redaktionsschluss 16.09.2018).

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre und einen schönen Sommer!  
Mit herzlichen Grüßen aus Hannover

Thomas Altgeld und Team

### AUS DEM INHALT

Held*innen des Alltags? .....	02
Schwer erreichbar oder schwer erreichbar gemacht? .....	03
Zur Bedeutung personaler, familiärer und sozialer Ressourcen....	04
Vulnerabilität – ein ambivalentes Konzept .....	06
Menschen mit Lernschwierigkeiten und ihre Gesundheit .....	07
Erwerbslosigkeit und Gesundheit .....	08
Migration und Gesundheit .....	09
Sie sollen keine Last durch mich haben .....	10
Wohnungslosigkeit und Gesundheit .....	11
Psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder .....	12
Pflegende Angehörige .....	14
Am Limit – gesundheitliche Situation von Alleinerziehenden .....	15
In deutschen Kinderzimmern geht es sehr ungerecht zu .....	16
Impressum .....	17
Die Umsetzung des Präventionsgesetzes .....	18
Psychosoziale Gesundheit in Pflegeeinrichtungen .....	19
Unabhängige Beschwerdestelle für die Lebenshilfe – Bubl .....	20
Qualifizierung von Demenzbeauftragten in Krankenhäusern .....	20
Studentisches Gesundheitsmanagement ist im Kommen .....	21
Die Poliklinik Veddel – Ein Stadtteilgesundheitszentrum .....	22
Ausschreibung des 8. Niedersächsischen Gesundheitspreises .....	23
PartKommPlus geht in die Verlängerung .....	24
Gesundheitsförderung mit Menschen mit Behinderungen .....	25
Bücher, Medien .....	26
Termine LVG & AFS .....	29
Termine .....	32





PETRA KOLIP

## Held\*innen des Alltags? Resilienz als missverstandenes Konzept der Gesundheitsförderung

Der Resilienz-begriff hat in den 1970er-Jahren Einzug in die Diskussion um eine gesunde Entwicklung gehalten. Zu diesem Zeitpunkt hatten Emmy E. Werner und Ruth E. Smith an der University of Berkeley, Kalifornien, die ersten Auswertungen ihrer Längsschnittstudie abgeschlossen, in der sie die Entwicklung von Kindern einer Geburtskohorte der Insel Kauai verfolgt haben. Die Lebensbedingungen auf der Insel, die zum Hawaii-Archipel gehört, waren schwierig und das multidisziplinäre Team interessierte sich für Heranwachsende, die unter schwierigen Bedingungen groß wurden. Sie stießen auf Kinder, die in Armut groß wurden, deren Eltern psychisch krank waren oder die sich im Gefängnis aufhielten, und die sich trotzdem »normal« entwickelten. Mit ihrer zweiten Buchveröffentlichung »Vulnerable but Invincible. A longitudinal study of resilient children and youth« prägten sie im Jahr 1982 den Begriff Resilienz. Sie waren nicht die Einzigen, die sich für diese Entwicklungsprozesse interessierten. Aaron Antonovsky arbeitete zeitgleich an seinem Salutogenese-Modell und schrieb in Berkeley während zweier Sabbaticals seine bahnbrechenden Bücher. Man mag sich gut vorstellen, wie diese drei Forscher\*innen miteinander und mit anderen Kolleg\*innen – vor allem aus dem Feld der Entwicklungspsychologie – im Austausch waren. Gemeinsam versuchten sie, der pathologischen Ausrichtung in Medizin und Psychologie die Fragen entgegenzusetzen, was Menschen gesund hält, welche Ressourcen und Schutzfaktoren die Gesunderhaltung fördern und welche Konsequenzen sich diesbezüglich für Prävention und Intervention ziehen lassen. Gemeinsam ist ihnen ein dynamisches Verständnis von Gesundheit, das sich aus der Interaktion von Risiko- und Schutzfaktoren auf individueller (beispielsweise Problemlösungsfähigkeiten, Immunsystem, Selbstwertgefühl), sozialer (soziale Beziehungen) und gesellschaftlicher Ebene (Ausmaß sozialer Ungleichheit, Frieden, intakte Umwelt) ergibt. Individuen erdulden Belastungen also nicht einfach, sondern ihnen wird eine aktive Rolle bei der Bewältigung zugesprochen.

### Von der theoretischen Neuausrichtung in die Praxis

Mit ihren Begrifflichkeiten – Salutogenese, Invulnerabilität und Resilienz – brachten Antonovsky, Werner und Kolleg\*innen die von ihnen beobachteten Phänomene sprachlich auf den Punkt und stießen damit eine breite Diskussion im Medizin- und Gesundheitswesen an. Gemeinsam mit kritischen Medizinsoziologen wie Ivan Illich und Thomas McKeown bereiteten sie den Weg für eine grundsätzliche Neuausrichtung des Gesundheitswesens, die einem dynamischen Verständnis von Gesundheit ebenso folgte wie einer Orientierung an den Ressourcen für Gesundheit. Diese Neuorientierung fand 1986 in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung ihren Niederschlag und nahm den Zeitgeist auf. Die Ottawa-Charta »passte« zu den gesellschaftlichen Bewegungen jener Zeit: Soziale Bewegungen wie die Bürgerrechts-, die Frauen- und die Friedensbewegung befanden sich auf ihrem Höhepunkt. Emanzipation, Partizipation und Empowerment wurden als gesellschaftliche Leitbegriffe diskutiert und sind nicht zuletzt deshalb auch Schlüsselbegriffe der Charta geworden. Auch heute sind die in der Ottawa-Charta formulierten Prinzipien und Konzepte noch hoch attraktiv, beispielsweise finden sie Eingang in gesundheitspolitische Grundsatzdokumente. Am Beispiel der Begriffe Resilienz und Vulnerabilität lässt sich aber auch zeigen, dass vom emanzipatorischen Impetus häufig wenig übriggeblieben ist.

### Verständnis von Resilienz und Vulnerabilität

Der Begriff Resilienz stammt ursprünglich aus den Materialwissenschaften und meint die Fähigkeit eines Materials, nach einer Verformung in den Ausgangszustand zurückzukehren, also elastisch zu reagieren. Im Gesundheitsförderungskontext wird er mit »psychischer Widerstandskraft« übersetzt und bezieht sich auf die Fähigkeit, konstruktiv mit Belastungen und Krisen umzugehen. Die Vorstellung ist faszinierend, dass Menschen, die in schwierigen Situationen sind, diese nicht nur ertragen, sondern meistern und im besten Falle sogar als Chance für persönliches Wachstum begreifen. Diese Faszination spiegelt sich in der Fülle von (Ratgeber-)Literatur wider, die »Resilienz« im Titel tragen. Diesen liegt oft aber kein emanzipatorisches, sondern ein funktionales Grundverständnis zugrunde: Es geht um die Förderung von individuellen Fähigkeiten, um erfolgreicher zu sein oder Belastungen zu ertragen. Als (sozial-)pädagogische Aufgabe geht es darum, Kinder gegen die Zumutungen des Lebens zu rüsten, im schlimmsten Fall gegen die Gewalthandlungen von Erwachsenen im sozialen Umfeld. Eine besonders zynische Variante, die, wen wundert's, in den USA diskutiert wird, ist ein Resilienz-Genetest, mit dem überprüft wird, ob beispielsweise Arbeitnehmer\*innen aus der Chemiebranche unempfindlich gegenüber in der Produktion auftretenden Schadstoffen sind. So gefasst ist Resilienz eine persönliche Eigenschaft, die individuell gefördert werden kann. Eine Veränderung der – möglicherweise unzumutbaren – Verhältnisse spielt bei diesem Verständnis von Resilienz kaum eine Rolle. Auch der Begriff Vulnerabilität wird individualisiert und statisch aufgefasst und hat sein dynamisches Gepräge längst verloren. Er kommt immer dann ins Spiel, wenn in wohlmeinender Absicht Zielgruppen für die Gesundheitsförderung definiert werden. Er wird verwendet, um Gruppen von Menschen zu kennzeichnen, die ein oder mehrere Merkmale teilen, die als ein Faktor sozialer Benachteiligung identifiziert wurden: Obdachlose, Alleinerziehende,

Menschen ohne Bildungsabschluss oder Arbeitslose, um nur einige Beispiele zu nennen, werden als »vulnerable Gruppen« gekennzeichnet, für die dann spezifische Angebote entwickelt werden. Wenn damit verbunden wäre, ungleiche Bildungschancen zu reduzieren, finanzielle Nöte bei alleinerziehender Elternschaft zu lindern, Ausbildungs- und Arbeitsplätze für Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss anzubieten, kurz soziale und gesundheitliche Ungleichheit abzubauen, dann wäre ein solcher Ansatz noch akzeptabel. Diese Interventionen sind aber anders gestrickt: Sie definieren die genannten Gruppen in reduktionistischer Weise und versuchen, auf individueller Ebene Wissen, Einstellungen und Verhalten zu verändern – mit der sattsam bekannten Klage, die so definierten Gruppen seien »schwer erreichbar«. Nicht nur, dass solche individualistischen Ansätze von der Mutlosigkeit zur Veränderung der Verhältnisse ablenken und nur selten wirksam sind, sie machen die jeweils definierte Gruppe auch homogener, als sie ist. Und sie erschweren den Blick auf die Ressourcen und Potenziale, die in diesen »vulnerablen« Gruppen vorhanden sind. Vulnerable Gruppen sind heterogen, sie verfügen über eine Fülle von Potenzialen, die durch einen defizitorientierten Blick auf die Benachteiligung nur selten beachtet werden. Auch nimmt ein solcher Ansatz nicht mehr Bezug auf ein dynamisches Verständnis von Gesundheit: Die genannten Gruppen sind nicht per se vulnerabel, sie sind es in Abhängigkeit von Lebensumständen und Lebensphasen mehr oder weniger, so wie andere Bevölkerungsgruppen auch.

### Was folgt für die Praxis?

Heißt das nun, dass die Begriffe Resilienz und Vulnerabilität nicht für den Gesundheitsförderungskontext geeignet sind? Nein, das bedeutet es keineswegs! Es ist nicht verkehrt, danach zu fragen, wann und unter welchen Umständen Menschen ihr Gesundheitspotenzial nicht ausschöpfen können, also vulnerabel sind. Und es spricht auch nichts dagegen, sich anzusehen, was es Menschen erleichtert, mit Belastungen umzugehen und zu ermitteln, was es braucht, um Belastungen zu bewältigen. Dies darf nur nicht dazu führen, dass hieraus personale Zuschreibungen werden, denen individuenbezogene Ansätze folgen. Vielmehr geht es nach wie vor darum, die gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen für Gesundheit in den Blick zu nehmen und die Determinanten von Gesundheit zu verändern – die Ottawa-Charta ist als ethischer Rahmen hierfür weiterhin ein zentrales Grundlagedokument.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. PETRA KOLIP, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Postfach 100131, 33501 Bielefeld, E-Mail: petra.kolip@uni-bielefeld.de

### THOMAS ALTGELD

## Schwer erreichbar oder schwer erreichbar gemacht? Wer auf Gruppen zielt, hat in der Gesundheitsförderung schon verloren

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. hat bereits 2014 mit der Ausgabe Nr. 94 der *impulse* – »Im Fadenkreuz der Gesundheitsförderung« – versucht einen Abschied vom Zielgruppenbegriff einzuleiten. Aber das scheint leider ein sehr langer Abschied

zu werden. Gerade weil dieser momentan offenbar wieder Konjunktur hat. In der Prävention und der Gesundheitsförderung wird nicht erst mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes in Deutschland immer mehr Geld investiert. Aber allein darüber wurden laut einer Pressemeldung des Bundesgesundheitsministeriums vom 2. März 2018 Ausgabenzuwächse in Höhe von insgesamt 55,8 Prozent nur für die Haushaltsjahre 2016 und 2017 erzielt. Bei leicht sinkenden Ausgaben für die klassische Individualprävention investieren die gesetzlichen Krankenversicherer mittlerweile die vorgesehenen 400 Millionen Euro tatsächlich in betriebliche und nicht-betriebliche Lebenswelten. Während das Gros der Ausgaben in diesem Bereich nicht kassenartenübergreifend, sondern einzelkassenspezifisch getätigt wird, wurden im Rahmen der Bundesrahmenempfehlungen, die die Gesamtausgaben strukturieren sollen, »vulnerable Zielgruppen« definiert, für die »Modellinterventionen« kassenartenübergreifend entwickelt werden sollen:

- » Alleinerziehende
- » Kinder psychisch kranker Eltern
- » Menschen mit Migrationshintergrund
- » Menschen mit Behinderungen
- » Langzeitarbeitslose
- » ältere Menschen

Die Idealvorstellung für Projekte mit den genannten Gruppen war es, über internationale und nationale Recherchen in wissenschaftlichen Datenbanken und aus Praxisdatenbanken »Modellinterventionen« herauszufiltern, die auch in Deutschland gut umsetzbar wären. Es fanden sich jedoch kaum übertragbare Modelle – erstens weil für die ansonsten als »schwer erreichbar definierten Zielgruppen« kaum Interventionen entwickelt werden und zweitens weil erfolgreiche Projekte in diesem Bereich häufig so kleinteilig und spezifisch ausfallen, dass eine Übertragbarkeit höchst voraussetzungsvoll wäre. Deshalb ist an dieser Stelle eine kurze kritische Betrachtung des Konzepts »schwer erreichbare Zielgruppen« sinnvoll, das gerade eine Art Wiedergeburt in dem Begriff der »Vulnerabilität« erfährt.

### Was sind die Barrieren zu Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention?

»Gemeinhin werden unter dem Begriff »schwer erreichbare Zielgruppen« für die Prävention relevante Zielgruppen verstanden, welche jedoch aus verschiedenen Gründen nicht durch die herkömmlichen Zugangswege und Angebotsstrukturen erreicht werden können« – so definiert es Rimanin in ihrer Expertise für die Stiftung Sucht Schweiz. Sie benennt auch die Faktoren, »welche Menschen schwer erreichbar machen«:

- » ein niedriger ökonomischer Status
- » Bildungsferne
- » soziale Isolation
- » räumliche Isolation
- » strukturelle Barrieren (direkt und indirekt)
- » gesellschaftliche Marginalisierung
- » eingeschränkte Mobilität
- » bewusst gewählte Unerreichbarkeit (Individualismus, Desinteresse)

Allein diese kurze Liste zeigt, dass bei den anvisierten Gruppen möglicherweise ganz andere Lebensprobleme im Vordergrund stehen könnten als die zugeschriebenen Gesundheitsprobleme, die bei ihnen statistisch gesehen etwas häufiger vorkommen als bei anderen Bevölkerungsgruppen. Statistisch erhöhte gesundheitliche Auffälligkeit und Risiken, sprich eine



größere »Verwundbarkeit«, die den Kern des Vulnerabilitätskonzepts ausmachen, müssen eben nicht mit der selbst wahrgenommenen Lebensrealität übereinstimmen. Zumindest besitzt deren Veränderung keine Priorität bei der Gestaltung des Alltags. Stock hat für die *Stiftung Mitarbeit* Dimensionen der (Nicht-)Erreichbarkeit definiert, die deutlich machen, dass erfolgreiche Beteiligung immer an bestimmte Rahmenbedingungen geknüpft ist:

- » Einbindung in die Gesellschaft
- » mangelnde Gelegenheit (fehlende Mobilität, Zeitmangel)
- » Sensibilisierung für Beteiligung
- » mangelnde Bereitschaft und Motivation zur Beteiligung (Zukunftsangst/Perspektivlosigkeit, schlechte Vorerfahrungen (»Sandkastenspiele«), mangelnde Betroffenheit oder das Verhältnis von Aufwand und Ertrag stimmt nicht)
- » fehlende Schlüsselqualifikationen (zum Beispiel Sprachbarrieren, Ausdrucksfähigkeit oder Medien)

### Zugänge bei Akteur\*innen statt bei »schwer Erreichbaren« schaffen

Die aktuelle Präventionseuphorie nährt auch einen gewissen Machbarkeitsmythos. Wenn es nur wissenschaftlich fundiert genug gemacht, Zugänge richtig definiert und ein Methodenmix eingesetzt wird, dann wird doch wohl langfristig auch noch die letzte »schwer erreichbare Zielgruppe« hinter dem »Gesundheitsrisiko-Ofen« hervorholbar und eben erreichbar für offizielle Präventionsaufträge sein. In den allermeisten Fällen definieren gut gebildete »Expert\*innen« aus der Mittelschicht die Gesundheitsprobleme sozial benachteiligter, häufig bildungsferner, materiell weniger gut ausgestatteter Bevölkerungsgruppen. Das Diktum von Mark Twain – »Nachdem wir das Ziel endgültig aus den Augen verloren hatten, verdoppelten wir unsere Anstrengungen« – lässt sich so auch für viele Bereiche der Prävention feststellen, vor allem in puncto mehr Investitionen in Medien und Material. Die Medien können sich ändern, momentan digitalisiert und gamifiziert sich Prävention, aber die zugrunde liegende Haltung eines fürsorglichen Paternalismus oder eines besserwissenden Expertentums ändert sich leider kaum. Das Umdenken muss zuallererst aufseiten der Akteur\*innen der Prävention und Gesundheitsförderung stattfinden und dieses Umdenken beginnt bei den Begriffen. Der Zielgruppenbegriff mit seinem militärischen Ursprung ist als Handlungskonzept für einen Prozess, der laut Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation alle Menschen zu einem höheren Maß an Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit befähigen soll, völlig ungeeignet. Schon eine adäquate Problemdefinition kann nur partizipativ erfolgen. In der gesundheitsfördernden Settingarbeit wird dies eindrucksvoll belegt, aber bei Risikogruppen oder Zielgruppen der Prävention meistens schnell wieder vergessen. Die Logik des Systems bestimmen schließlich auch meist irgendwelche spezifischen Handlungsaufträge. Finanziert wird eben oft nicht eine breite Problemdefinition, sondern eben mehr psychische Gesundheit, weniger Adipositas oder mehr Bewegung für bestimmte Zielgruppen. Diese Finanzierungslogik führt zu hausgemachten »schwer erreichbaren Zielgruppen«. Eine Kommunikation, die mit der Zuschreibung von Risiken oder Defiziten beginnt, kann so nicht gelingen.

### Im Dialog statt mit dem Zeigefinger

Ein vielversprechender neuer Begriff, der uns weg von den Zielen führen könnte, ist im Rahmen des Gemeinschaftsprojekts »help U« der Suchthilfe Wien gGmbH und der Wiener Linien entstanden: der Begriff der »Dialoggruppen«. Er wird zwar dort auch eher interventiv gebraucht, um mehr Sicherheit im öffentlichen Raum durch den Dialog mit unterschiedlichen Gruppen zu erreichen, aber richtig weiterentwickelt, hat er das Potenzial, ein Umdenken in der Präventionslandschaft einzuleiten. Denn er signalisiert, dass es um Dialog und nicht um Zuschreibung geht sowie um gemeinsame Lösungsentwicklung und nicht um das Durchziehen von vorgefertigten Programmen. Ganz im Sinne des von Martin Buber beschriebenen »Dialogischen Prinzips« setzt das auch eine andere Herangehensweise von Professionellen in diesem Feld voraus, weil es nicht auf Asymmetrie, sondern auf Augenhöhe angelegt ist und somit auch auf mehr Selbsterkenntnis im Prozess. Buber beschreibt dies als Lehr-Lern-Situation. Mit dieser Bereitschaft, sich auch selbst als lernender Mensch im Dialog mit respektierten anderen Menschen zu begreifen, wäre in der Gesundheitsförderung schon viel Land gewonnen. Vielleicht kann dies den schweren Abschied vom heiß geliebten Zielgruppenbegriff dann auch tatsächlich erfolgreich einleiten sowie Programm- und Medieneuphorien dämpfen.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum

THOMAS LAMPERT

## Gesundheitliche Chancengleichheit: Zur Bedeutung von personalen, familiären und sozialen Ressourcen

Soziale Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung können als extreme Ausprägungsform sozialer Ungleichheit verstanden werden. Die Unterschiede sind bekanntlich groß und können zum Beispiel an einem zwei- bis dreifach erhöhten Risiko für viele Krankheiten und Beschwerden sowie an einer um fünf bis zehn Jahre verringerten Lebenserwartung in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen festgemacht werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Weichen für ein gesundes und langes Leben schon sehr früh gestellt werden und sich bereits in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhebliche soziale Unterschiede abzeichnen. Eine sozial benachteiligte Lebenslage geht mit einem geringeren finanziellen Handlungsspielraum und einem niedrigeren materiellen Lebensstandard einher. Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien haben häufiger kein eigenes Zimmer, fahren seltener in den Urlaub, sind zu einem geringeren Anteil in einem Sportverein aktiv, erhalten weniger Taschengeld und können sich viele Dinge nicht leisten, die für Gleichaltrige selbstverständlich sind. Außerdem sind sie häufiger psychosozialen Belastungen ausgesetzt, zum Beispiel durch Konflikte in der Familie und der Nachbarschaft oder auch durch schulischen Stress. All dies ist für die Gesundheit von Heranwachsenden von großer Bedeutung, und zwar sowohl für die körperliche als auch die psychische Gesundheit. Ein Aufwachsen in einer sozial benachteiligten Lebenslage muss aber nicht zwangsläufig mit Gesundheitsproblemen einhergehen. Eine entscheidende Rolle scheint zu spielen, über welche personalen, familiären und sozialen Ressourcen die Heranwachsenden verfügen. Diese können sich unmittelbar auf die Gesundheit auswirken oder aber bei der Bewältigung von Anforderungen und Belastungen zum Tragen kommen.

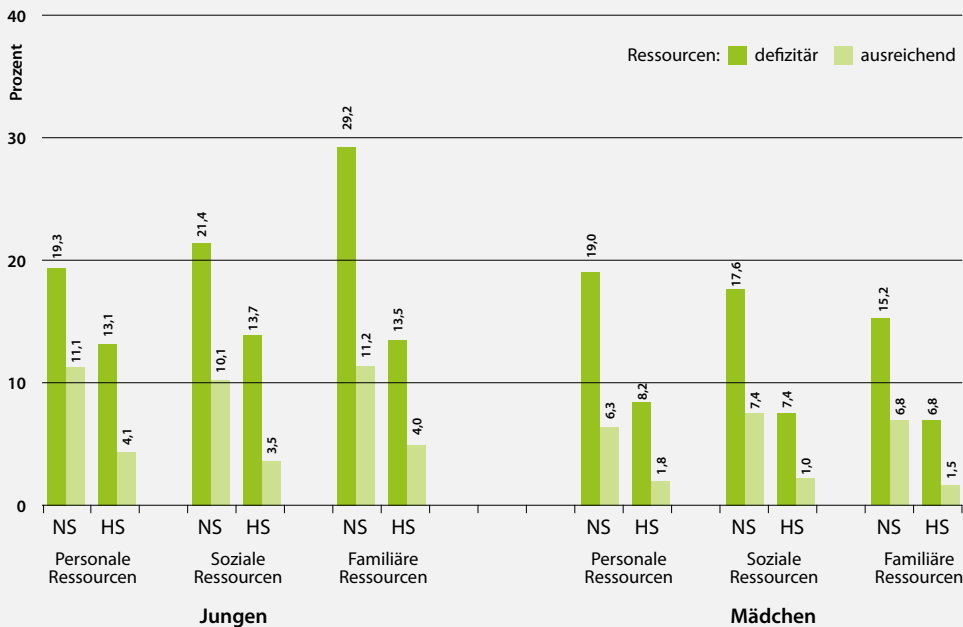


Abbildung 1:  
Psychische Auffälligkeiten bei  
11- bis 17-jährigen Jugendlichen  
nach Ressourcenverfügbarkeit und  
sozialem Status (NS=niedriger Status,  
HS=hoher Status). Datenbasis:  
Studie zur Gesundheit von Kindern  
und Jugendlichen in Deutschland  
(KiGGS Basis 2003-06)

## Ungleiche Gesundheitschancen im Kindes- und Jugendalter

Wie ungleich die Gesundheitschancen im Kindes- und Jugendalter verteilt sind, machen die Ergebnisse einer Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) deutlich. Besonders große Unterschiede sind in Bezug auf das mütterliche Rauchen in der Schwangerschaft festzustellen, das nicht nur Auswirkungen auf die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter hat, sondern auch das Risiko für Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen im späteren Leben erhöht. Nach Daten der KiGGS-Studie aus den Jahren 2009 bis 2012 haben 28 Prozent der Mütter mit einem niedrigen sozialen Status in der Schwangerschaft geraucht, während es von den Müttern mit mittlerem und hohem sozialen Status 11 beziehungsweise 2 Prozent waren. Auch hinsichtlich anderer frühkindlicher Einflussfaktoren wie das Stillen, das sowohl für das Kind als auch die Mutter mit gesundheitlichen Vorteilen verbunden ist, oder die Teilnahme an den sogenannten U-Untersuchungen, die zur Früherkennung von Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen dienen, sind erhebliche Unterschiede zuungunsten von Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status zu beobachten. Bei Kindern und Jugendlichen auf Grundschulen beziehungsweise weiterführenden Schulen zeichnen sich ebenfalls deutliche soziale Unterschiede in der Gesundheit ab, und zwar insbesondere in der psychischen und psychosozialen Gesundheit. Beispielsweise ist das Risiko für psychische Auffälligkeiten wie emotionale Probleme, Verhaltensprobleme und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus etwa vier- bis fünffach erhöht. Zudem weisen sie ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für ADHS und Essstörungen auf. Ähnlich große Unterschiede sind im Gesundheitsverhalten auszumachen, was zum Beispiel darin zum Ausdruck kommt, dass Kinder aus der niedrigen Statusgruppe deutlich seltener frisches Obst- und Gemüse essen, dafür aber häufiger Süßigkeiten und zuckerhaltige Getränke konsumieren. Zudem treiben sie weniger Sport, sie lernen später schwimmen und sie fangen häufiger mit dem Rauchen an. Das ungünstigere Ernährungs- und Bewegungsverhalten schlägt sich in einem mehr als dreifach höheren Risiko für Adipositas im

Kindes- und Jugendalter nieder, mit erheblichen Konsequenzen für die weitere gesundheitliche Entwicklung.

## Personale, familiäre und soziale Ressourcen

Die KiGGS-Studie liefert zudem zahlreiche Hinweise darauf, dass Kinder und Jugendliche, die über gute personale, familiäre und soziale Ressourcen verfügen, bessere Chancen haben, gesund aufzuwachsen. Zur Erfassung der Ressourcen wurden in der Studie unterschiedliche Konzepte und Instrumente eingesetzt. Beispielsweise wurde bezüglich personaler Ressourcen das Augenmerk auf Selbstwirksamkeitserwartungen, Optimismus und das Kohärenzgefühl gerichtet. Hinsichtlich der familiären Ressourcen galt das Interesse dem familiären Zusammenhalt, der gemeinsamen Freizeitgestaltung und der sozialen Kontrolle innerhalb der Familie. Und mit Blick auf die sozialen Ressourcen stand die Beziehung zu Gleichaltrigen im Mittelpunkt (siehe Abbildung 1).

Bereits in der KiGGS-Basiserhebung, die in den Jahren 2003 bis 2006 durchgeführt wurde, konnte gezeigt werden, dass bei Vorhandensein dieser Ressourcen das Risiko für viele Gesundheitsprobleme deutlich verringert ist. Dies gilt zum Beispiel hinsichtlich des Risikos für psychische Auffälligkeiten, Essstörungen und Übergewicht. Eine nach Sozialstatus differenzierte Betrachtung zeigt, dass sich diese Zusammenhänge auch bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Status beobachten lassen. Mit Blick auf das Risiko für psychische Auffälligkeiten in der niedrigen Statusgruppe lässt sich feststellen, dass dieses bei Jungen wie Mädchen deutlich verringert ist, wenn die Jugendlichen über gute personale, familiäre und soziale Ressourcen verfügen. Umgekehrt lässt sich für Jugendliche aus Elternhäusern mit hohem sozialen Status feststellen, dass defizitäre personale, familiäre oder soziale Ressourcen mit einem erhöhten Risiko für psychische Auffälligkeiten einhergehen.

## Fazit

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie machen damit auch deutlich, dass ein hoher sozialer Status keine Garantie dafür ist, dass die Kinder und Jugendlichen gesund aufwachsen. Dies hängt entscheidend davon ab, inwieweit die günstigen sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen genutzt werden, um

die Entwicklung von Ressourcen, die für die gesundheitliche Entwicklung im Jugendalter wichtig sind, zu unterstützen. Damit verweisen die Ergebnisse auf die Bedeutung von Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung, die nicht nur auf eine Senkung von Belastungen und Risiken zielen, sondern auch und insbesondere auf eine Stärkung von Ressourcen der Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien.

Literatur beim Verfasser

PD Dr. Thomas Lampert, Robert Koch-Institut, FG28 Soziale Determinanten der Gesundheit, General-Pape-Straße 62–66, 12101 Berlin, E-Mail: t.lampert@rki.de

HELLA VON UNGER

## Vulnerabilität – ein ambivalentes Konzept

Vulnerabilität bedeutet Verletzbarkeit oder Verwundbarkeit (lat. vulnus = Wunde, vulnerare = verwunden). Der Begriff wird in vielen Feldern verwendet, doch was bedeutet es, wenn im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung von »vulnerablen Gruppen«, also sozial benachteiligten Gruppen, gesprochen wird? Hier sollte dieser Begriff mit großer Zurückhaltung und Umsicht verwendet werden. Wenn gemeinsam mit den betroffenen Gruppen Problemlösungen entwickelt werden sollen, ist es angebracht, nicht nur ihre Verletzbarkeit zu betonen, sondern vor allem ihre Ressourcen und Widerstandskräfte.

### Wo und wie wird der Begriff verwendet?

In der internationalen Entwicklungszusammenarbeit werden Bevölkerungsgruppen oft im Kontext der Katastrophenhilfe als »vulnerabel« bezeichnet. Nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation bezeichnet Vulnerabilität das Ausmaß, »in dem eine Bevölkerung, ein Individuum oder eine Organisation nicht in der Lage ist, die Auswirkungen einer Katastrophe zu antizipieren, zu bewältigen und sich von ihnen zu erholen«. Als Beispiele für vulnerable Gruppen werden Kinder, schwangere Frauen, ältere Menschen, unterernährte, immun-eingeschränkte und kranke Personen angeführt, die von den gesundheitlichen Auswirkungen einer Katastrophe besonders stark betroffen sind. Armut wird dabei als wesentlicher Einflussfaktor genannt. Während in dieser Definition die eingeschränkte Handlungsfähigkeit und Schutzlosigkeit von Personen im Vordergrund steht, bezeichnet der Begriff in der Armuts- und Entwicklungsforschung ausdrücklich die gesellschaftlichen Zustände, die von mangelnden Ressourcen und ungedeckten Bedürfnissen geprägt sind, und dadurch mit Anfälligkeit, Unsicherheit und Schutzlosigkeit einhergehen. Je nachdem, ob Individuen oder soziale Strukturen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen, wird der Begriff also unterschiedlich verwendet. In der Medizin dagegen ist der Personenbezug eindeutig – hier beschreibt Vulnerabilität die Anfälligkeit einer Person, an etwas zu erkranken, ähnlich wie in der Psychologie. In der sozialökologischen Forschung bezeichnet er die Anfälligkeit einer geografischen Region für die nachteiligen Auswirkungen des Klimawandels. In Public Health beschreibt er die Verletzbarkeit von Personengruppen, deren Gesundheitschancen, beispielsweise aufgrund von Umwelteinflüssen, strukturellen Benachteiligungen oder eingeschränkten Möglichkeiten, vermindert sind. Der Begriff weist in der Regel auf besondere Handlungsbedarfe hin. In der Forschungsethik zeigt er an, dass eine besondere Um- oder Vorsicht geboten ist, weil »vulnerable Gruppen« besonders schutzbedürftig sind.

### Wo ist das Problem?

Der Begriff wird in der Regel mit den besten Intentionen genutzt, um Handlungsbedarfe zu kommunizieren und entsprechende Schutz-, Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen in die Wege zu leiten. Er ist eine »politicsensibilisierende Metapher«. In Situationen ausgeprägter Not und menschlichen Leids vermag er es wie kaum ein anderer, Hilfe zu mobilisieren. Allerdings hat der Begriff auch Schattenseiten. Diese hängen mit der implizierten Sichtweise zusammen. Wird eine Gruppe als vulnerabel bezeichnet, ist dies eine Zuschreibung von Schwäche an diese Gruppe – aus einer vergleichsweise stärkeren, nicht betroffenen Perspektive. Der Begriff beschreibt also ein Problem und beinhaltet ein ungleiches Machtverhältnis. Er trägt zu Prozessen des »othering« bei, also zu der Konstruktion von »Andersartigkeit« – aus einer machtvollen, wenngleich wohlmeinenden Perspektive. Er richtet sich in der Regel nicht an die so bezeichnete Gruppe selbst, sondern an Dritte (zum Beispiel Geldgebende, Politiker\*innen, Versorgungseinrichtungen, Fachkräfte oder Forschende). Er appelliert an menschliches Mitgefühl, Solidarität und Verantwortung und lädt zu einer paternalistischen, schützenden Haltung ein. Nun könnte gefragt werden: Was ist daran denn falsch? Einerseits nichts. Wie erwähnt, ist der Begriff eine wichtige und effektive semantische Ressource, um Aufmerksamkeit auf besonders verletzbare Gruppen zu lenken und dringend benötigte Hilfe und Unterstützung zu mobilisieren. Gleichzeitig hat er aber auch seine Tücken: Er ist einseitig und bevormundend. Er fokussiert die Schutzbedürftigkeit und vernachlässigt die vorhandenen Ressourcen der Gruppe. Als Beschreibung der Eigenschaft einer Personengruppe (statt als Merkmal einer Situation) kann er Stereotype reproduzieren und stigmatisierende Wirkungen entfalten. Er vereinheitlicht, homogenisiert und übersieht tendenziell die Vielfalt innerhalb der Gruppe. Dabei blendet er Einflüsse, Umstände und Differenzierungen aus und spricht den so bezeichneten Personen implizit die Möglichkeit und Handlungsmacht ab, sich (auch) selbst zu helfen. Aus diesem Grund sollte schon im Vorfeld gut überlegt werden, wann der Begriff »vulnerabel« benutzt wird und wann der Begriff »benachteiligte Gruppe« angemessener ist.

### Fazit

Der Begriff der Vulnerabilität ist also zu Recht umstritten, da er als Zuschreibung an Personen/Gruppen mit einer Defizitperspektive verbunden ist, die sowohl die Heterogenität innerhalb der Gruppe als auch deren Ressourcen, Widerstands- und Ermächtigungspotenziale tendenziell übersieht. Wird er allerdings zur Beschreibung einer Situation und/oder in Kontexten ausgeprägter Not verwendet, ist er durchaus geeignet, um a) Unterstützung zu mobilisieren und b) Situationen zu beschreiben, die – unabhängig von der individuellen und kollektiven agency der darin verorteten Personen – von struktureller Benachteiligung geprägt sind und ein Eingreifen Dritter erfordern. Aus all dem geht hervor, dass der Begriff der Vulnerabilität in der Gesundheitsförderung eher zurückhaltend verwendet werden sollte und Benachteiligung (ungewollt) verfestigen kann. Schließlich es ist das Ziel, mit diesen Gruppen zusammenzuarbeiten und gemeinsam Lösungen zu entwickeln.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. HELLA VON UNGER, Institut für Soziologie, Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München, Tel.: +49 (0)89 2180 6315, E-Mail: unger@lmu.de, [www.qualitative-sozialforschung.sozioogie.uni-muenchen.de/index.html](http://www.qualitative-sozialforschung.sozioogie.uni-muenchen.de/index.html)



Abbildung 2:  
Regenbogenmodell  
(eigene Darstellung des  
GESUND!-Forschungsteams  
nach Dahlgren und  
Whitehead)

### DAS GESUND!-FORSCHUNGSTEAM

## Der Blick von Menschen mit Lernschwierigkeiten auf ihre Gesundheit

Menschen mit Lernschwierigkeiten gelten in den Gesundheitswissenschaften gemeinhin als eine vulnerable Gruppe. Ihre individuellen Ausgangsbedingungen – eine kognitive Beeinträchtigung sowie daraus folgende Risiken für das Auftreten von psychischen und körperlichen Erkrankungen – stehen in einer ungünstigen Wechselwirkung mit der sozialen Lage, geringeren Bewältigungsressourcen sowie Barrieren in der Gesundheitsversorgung. In dem Projekt »GESUND! – Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung« werden dem Ansatz der partizipativen Gesundheitsforschung gemäß spezifische Handlungsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung entwickelt und erprobt. Dies geschieht in einem Forschungsteam aus Beschäftigten einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) und Wissenschaftler\*innen der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. Um sich dem Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung gemeinsam anzunehmen, hat sich das inklusive Forschungsteam mit den folgenden beiden Fragen beschäftigt: Was bedeutet Gesundheit für mich? Was hat Einfluss auf meine Gesundheit? Als hilfreich hat sich dabei das Regenbogenmodell nach Dahlgren und Whitehead erwiesen (siehe Abbildung 2). Nach den ersten Projektjahren erarbeiteten drei Mitforschende mit Lernschwierigkeiten in einer partizipativen Schreibwerkstatt Erfahrungsgeschichten. Im Folgenden werden Zitate aus der Schreibwerkstatt und den vollendeten Geschichten zusammengefasst und dem Regenbogenmodell zugeordnet. Sie geben einen Einblick in die individuelle Sicht von Menschen mit Lernschwierigkeiten auf ihre Gesundheit und ihre Gesundheitschancen.

Die Ebene **Mein Körper** bezieht sich auf das Alter, das Geschlecht oder die Erbanlagen. Ein Mitforschender äußerte dazu das folgende Beispiel: »Die Halbglätze, das ist halt meine Vererbung, so wie meine Hautkrankheit. Mit 14 Jahren war ich ein Vierteljahr im Krankenhaus wegen eines endogenen Ekzems. Da hab ich 80 Tabletten am Tag schlucken müssen. Das hat alles kaputt gemacht, Knochen und Zähne. Ich war total aufgeschwemmt. Das Ekzem ist geblieben. Aber für 52 habe ich mich noch gut gehalten.« Ein weiterer Teilnehmer aus dem Forschungsteam berichtete von seiner Hand, die er wegen ei-

ner Behinderung kaum bewegen kann: »Da ich jetzt schon so lange mit dieser Einschränkung lebe, sehe ich mich nicht mehr als behindert. Ich fühle mich als ganz normal, als ein ganz normaler Mensch.«

Auf der Ebene **Meine Lebensweisen** erzählte eine Mitforschende: »Ich probiere gerne neue Dinge aus, besonders beim Essen. Dann kann man sehen, ob es schmeckt oder nicht. Süßspeisen zum Mittag sind nicht mein Ding. Ich esse eher was Herzhaftes. Aber das Dessert zum Mittag, das gehört für mich einfach dazu, obwohl viele sagen: macht dick.« Ihr Kollege ergänzte: »Ich bin Raucher, aber ich geh auch viel spazieren. Zu Hause trenne ich jetzt den Müll und koche gesünder, zum Beispiel mit weniger Fett. Aber ein Mal im Jahr gibt es bei mir Sauerbraten, dann lade ich meine Kumpels ein.«

Als besonders wichtig wird die Ebene **Meine Beziehungen, meine Kontakte** erachtet. So sagte ein Mitforschender: »Mit meiner eigenen Familie verstehe ich mich gut, vor allem mein Bruder und meine Mutti sind mir wichtig. Seit 10 Jahren gehe ich regelmäßig auf den Hundeplatz, obwohl mein Hund letztes Jahr verstorben ist. Dort treffe ich alte Freunde und viele Hunde natürlich. Eigentlich ist es auch wie eine Familie.« Eine Mitforschende gab zudem zu bedenken: »Es ist nicht gut, wenn man wie Luft oder schlecht behandelt wird, das macht depressiv. Eine intakte Familie ist sehr wichtig, ohne Streitereien und Ärger.«

Mit der Ebene **Mein Zuhause, meine Arbeit, mein Wohnort** werden die gesundheitsrelevanten Bedingungen im Lebensbeziehungsweise im Arbeitsumfeld adressiert. Bezüglich seines Zuhauses berichtete ein Mitforschender beispielsweise von gravierenden Mängeln, während er zur Arbeit in der WfbM sagte: »Ich habe meine Arbeitsstelle gewechselt. Mit der neuen Arbeit bin ich aktuell zufrieden, wobei ich lieber auf dem 1. Arbeitsmarkt sein würde.« In Bezug auf den Wohnort erzählte ein Mitforschender von Dingen, die ihm in seinem Stadtviertel nicht gefallen, wie Graffiti-Schmierereien und herumliegender Müll, aber auch von Dingen, die ihm gut taten, wie die Natur im Erholungspark oder sein Hobby: Straßenbahnen.

Die Einflüsse des sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umfelds werden auf der Ebene **Umwelt, Kultur, Politik und Wirtschaft meines Landes** zusammengefasst. Ein Mitforschender äußerte hierzu konkrete Anliegen an die Politik, die nicht nur zuhören, sondern auch handeln sollte: »Zum Thema Umwelt gibt es noch viel zu tun. Für mich ist das The-



ma sehr wichtig.« Ein weiterer Teilnehmer sagte: »Wenn ich an Gesundheit denke, was gesund sein für mich bedeutet, dann denke ich aber auch erst mal an Geld. Ja, ich bin lange nicht mehr im Urlaub gewesen, 10 Jahre war ich nicht mehr aus Berlin raus. Einfach mal die Beine hochlegen, mal wohin fahren, wo es warm ist. Ich hätte gerne mehr Geld. Geld spielt ja immer eine Rolle, dass man sich auch wohlfühlt, zum Beispiel damit man mal verreisen kann.«

### Fazit

Die Auseinandersetzung mit dem Regenbogenmodell fördert ein umfassendes Verständnis des oft einseitig konnotierten Gesundheitsbegriffs. Die verschiedenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit können strukturiert und anschaulich illustriert sowie in einen unmittelbaren, persönlichen Bezug gestellt werden. Mit der Anwendung des Modells haben die Mitforschenden ihr Gesundheitsverständnis erweitert und gleichzeitig ihre Perspektive auf das Thema Gesundheit für eine breitere Öffentlichkeit dokumentiert.

Literatur bei den Verfasser\*innen

DAS GESUND!-FORSCHUNGSTEAM, Ansprechpartner: Merlin Perowanowitsch, PartKommPlus GESUND!, Institut für Soziale Gesundheit, Katholische Hochschule für Sozialwesen, Köpenicker Allee 39–57, 10318 Berlin, Tel.: (0 30) 50 10 10 909, E-Mail: merlin.perowanowitsch@KHSB-Berlin.de, Internet: <http://partkommplus.de/teilprojekte/gesund/>

ILKA-MARINA MEYER, KNUT TIELKING

## Das Leeraner Gesundheitsförderungsprogramm (LGFP): Erwerbslosigkeit und Gesundheit

»Gerade bei meinem Kundenkreis ist die Gesundheit oder der gesundheitliche Zustand der entscheidende Faktor der Vermittlungsgespräche« (Interview Mitarbeiter Jobcenter). Die Mitarbeiter\*innen beginnen ihre Erstgespräche als Fallmanager\*innen grundsätzlich mit den sieben spezifischen Lebensbereichen: Schuldenproblematik, Miet-/Wohnungsprobleme, psychische Belastung, problematischer Konsum, familiäre/soziale Problematiken, Lebenskrisen, Gesundheit. Diese nehmen unmittelbar Einfluss auf die Gesundheit und die individuelle Lebensqualität: »Sollten in einem dieser Bereiche Diskrepanzen bestehen, zieht sich dieser negative Einfluss meist wie ein roter Faden langsam durch alle Lebensbereiche« (ebd.). Eine Studie zum Landesmodellprojekt »Leeraner Gesundheitsförderungsprogramm (LGFP)« zeigt Möglichkeiten auf, die Gesundheit von erwerbslosen Menschen und Beschäftigten in Jobcentern positiv zu beeinflussen und damit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern. Unter dem Leitsatz »Grenzen und Barrieren überwinden – Beispiele der Zusammenarbeit auf kommunaler und regionaler Ebene zur Förderung der Gesundheit von arbeitslosen Menschen« wurden die Ziele des Projekts entwickelt und umgesetzt. Als Kooperationspartner\*innen wirkten das Haupt- und das Gesundheitsamt des Landkreises Leer sowie die AOK Niedersachsen mit. Die Hochschule Emden/Leer war für die wissenschaftliche Begleitung zuständig. Im Rahmen des LGFP wurden unter anderem Interviews mit Mitarbeiter\*innen und Kund\*innen des Zentrums für Arbeit/Jobcenter Leer durchgeführt.



### Gesundheit versus Vermittlungsarbeit – die Relevanz von subjektiver Sensibilisierung

Die oft geringe Relevanz des Themas »Gesundheit« in den Beratungsprozessen im Setting Jobcenter wird von einer Mitarbeiterin so verdeutlicht: »Also wir lassen das immer so ein bisschen außen vor.« Eine Kundin des Jobcenters berichtet: »[...] Ja. [...] Wenn ich dann rückblickend so überlege, war die Gesundheit bis jetzt aber noch nicht so Thema. [...] Also, ich hatte ja einen Bandscheibenvorfall 2004 [...]« Die Interviewte wurde gefragt, ob dieser Aspekt innerhalb der Beratungsprozesse thematisiert wurde. »Nein, großartig darüber gesprochen haben wir nicht. Nein. [...] Also wirklich Thema war die Gesundheit [...] jetzt auch noch nicht. Nein. [...]«

Die Aussage bestätigt die Dringlichkeit des Projekts Fachkräfte in der Arbeitsvermittlung stärker zu sensibilisieren. Den Unmut über missglückte Beratungssituationen schildert eine Kundin im Rahmen eines Interviews: »Ich habe also bei diesem Beratungsgespräch jetzt vorgestern noch mal angesprochen, dass das alles gut und schön ist, dass ich es aber körperlich zurzeit einfach nicht kann. Merke, dass ich gegen Wände rede. Dass dann Sätze kommen wie: »Sie müssen nur wollen!« Und so weiter [...], wo ich wirklich merkte, ich bekomme so langsam einen dicken Hals und am liebsten gesagt hätte: »Sagen Sie mal, hören Sie mir eigentlich noch zu?! [...]« Wo ein Bild dargestellt wird, was ich zurzeit nicht erfüllen kann, weil es einfach nicht ist.« Die Kundin zeigt sich durch ihre Aussagen verletzlich, ihre Widerstandsfähigkeit ist nur noch fiktiv, was in ihrer anhaltenden ungünstigen Situation der Langzeiterwerbslosigkeit eine lösungsorientierte Handlungsweise lähmt. »Gesundheit hat ganz klar und GRUNDSÄTZLICH Bedeutung innerhalb der Beratungsprozesse«, berichtet eine weitere Mitarbeiterin des Jobcenters: »Auch IMMER DANN, wenn es Anhaltspunkte dafür gibt, dass es da ein Problem geben könnte. Egal in welcher Art und Weise. [...] Man könnte meinen, da ich aus dem U25-Bereich bin, dass Gesundheit eine untergeordnete Rolle spielt, aber das ist MITNICHTEN so. [...] Wir haben in zunehmendem Maße in den letzten Jahren festgestellt, dass Gesundheit eine ganz große Rolle spielt. Die Frage ist natürlich: Was ist Ursache? Was ist Folge?!« Diesen Teufelskreis von Erwerbslosigkeit und Krankheit gilt es zu durchbrechen, indem die erwerbslosen Menschen gezielter auf ihre gesundheitliche Situation hin angesprochen, Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt und damit besser erreicht werden.

### Bausteine und theoretische Basis als methodisches Grundkonzept der Projektgestaltung: Erreichbarkeit und Zugänge

Der im Modellprojekt entwickelte Ansatz geht von der Tatsache aus, dass gesundheitliche Einschränkungen ein wesentli-



ches Hemmnis bei der Integration von erwerbslosen Menschen in das Arbeitsleben darstellen. Da die Ressourcen hierfür oftmals noch nicht vorhanden sind, kommt dem Empowerment der Zielgruppen im Rahmen gesundheitsfördernder Interventionen eine zentrale Rolle zu. Aus diesem Grund wurden Bausteine für die verschiedenen Schwerpunkte des LGFP entwickelt, um nach einem klar strukturierten Konzept das Angebot der Gesundheitsförderung in die alltäglichen Abläufe der Beratungsprozesse von Arbeitsvermittler\*innen und Kund\*innen einzubinden:

- » Schulung der Beschäftigten zu gesundheitsrelevanten/ psychotherapeutischen Themen
- » Ärztliche und psychotherapeutische Gesundheitsberatung für erwerbsfähige Leistungsberechtigte (eLb)
- » Angebote nach § 20 SGB V für eLb
- » Anwendung des Bochumer Gesundheitstrainings für eLb und Beschäftigte

Das Projekt orientiert sich an den Stärken und Fähigkeiten von erwerbslosen Menschen, ist von Wertschätzung und Transparenz geleitet und basiert auf einem respektvollen Umgang mit den Betroffenen. Grundlegend dafür ist das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky, das ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis beinhaltet.

#### **Ausblick: Gesundheitsförderung tut Arbeitsförderung gut!**

Nach dem proaktiven Ansatz des Projekts werden die Ressourcen und Fähigkeiten aller betroffenen Personen einbezogen, denn psychisches und physisches Wohlbefinden stärkt die Bereitschaft für neue Herausforderungen im Alltag und damit auch das soziale Wohlbefinden, wie das nachstehende Zitat bestätigt: »Die Gesundheit spielt schon eine Rolle in der Vermittlung«, merkte eine Kundin an, »weil ich auch ständig Beschwerden habe und sie (Annahme: die Arbeitsvermittlerin) hat das auch mitbekommen, weil ich kann ja auch nicht lange sitzen und musste mich immer ein bisschen bewegen und so [...]. Ja und dann hat sie mich da auch angesprochen. Also das berücksichtigt.« Der Subtext dieses Zitats besagt, dass die Kundin aus eigenem Antrieb ihre Beschwerden wahrscheinlich nicht angesprochen hätte. Die Jobcenter-Mitarbeiter\*innen sind in den meisten Fällen längst mehr als nur Arbeitsvermittler\*innen und beraten häufig bereits auf ganzheitlicher Ebene. »[...] Der Unterschied besteht in der MÖGLICHKEIT der Hilfestellung! Das LGFP ist für mich in dem Fall ein notwendiges Werkzeug. Durch Befunde der ärztlichen und psychotherapeutischen Beratungsangebote können wir Nicht-Aktivierungsphasen begründen, was auch im rechtlichen Vorgang für uns jetzt entspannter ist. Wir können also IN RUHE mit den Kunden arbeiten, ohne gleich sanktionieren zu müssen. Somit stehen auch die Kunden nicht mehr so unter Druck und bekommen ein Gefühl der Hilfestellung, was uns die Arbeit wiederum in vielen Fällen erleichtert. [...]«

Die Verknüpfung von Gesundheits- und Arbeitsförderung schafft Möglichkeiten für beide Parteien an den Potenzialen und Ressourcen der Kund\*innen zu arbeiten, kreierte aber auch in der Vermittlungsarbeit neue Wege, um festgefahrene Verhaltensweisen und Strukturen der Kund\*innen in einem positiven Sinne zu durchbrechen.

Literatur bei den Verfasser\*innen, Anschrift siehe Impressum  
 PROF. DR. KNUT TIELKING, Professor für Soziale Arbeit, Hochschule Emden/Leer,  
 Constantia Platz 4, 26723 Emden, E-Mail: knut.tielking@hs-emden-leer.de  
 Internet: www.hs-emden-leer.de



CHRISTIANE FALGE

## Migration und Gesundheit ein exemplarisches Beispiel

Die Willkommenskultur, die ab dem Jahr 2015 im Zusammenhang mit der Migrationsbewegung nach Deutschland entstanden ist, schreibt mit der Differenzlinie Geflüchtete / Deutsche ersteren oftmals einen Opferstatus zu. Unabhängig davon definieren sich viele Geflüchtete trotz aller Vulnerabilität in erster Linie als Menschen und als handlungsfähige Individuen. Gleichzeitig droht eine Prekarisierung der geflüchteten Menschen, also dass große Teile der Gesellschaft von den Ressourcen Arbeit, Gesundheit und Bildung ausgeschlossen werden. Dies bedeutet für die Ressource Gesundheit, dass immer weniger Menschen befähigt sind, ein im Sinne der Ottawa-Charta umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen.

#### **Das Stadtteillabor:**

##### **Methoden für mehr Teilhabe von Migrant\*innen**

Das Stadtteillabor ist ein auf zwölf Jahre angelegter Ort der gesundheitsbezogenen Langzeitforschung mit einem Fokus auf Migrant\*innen und Geflüchtete. Es befindet sich in der Altstadt in Bochum, ein Ort, an dem Menschen aus über 40 Herkunftsländern leben. Im Zentrum stehen ethnografische und kollaborative Methoden, also die Beobachtung und das persönliche Aufsuchen von konkreten Lebensräumen. Im Sinne dieses Forschungsansatzes enden die Interventionen aber nicht, wenn einzelne Erhebungen beendet sind, sondern werden vor Ort in Form von Gesundheitsangeboten fortgeführt. Es steht die Frage im Vordergrund, wie Wissen erzeugt werden kann, das gesellschaftliche Diversität repräsentiert und gesellschaftliche Veränderung mitbewirkt.

#### **Ethnografisches Vorgehen**

Im Folgenden wird ein exemplarischer Einblick in eine aktuell andauernde Ethnografie über eine aus Syrien geflüchtete Familie gegeben. Diese basiert auf wöchentlich dreitägigen Feldforschungsaufenthalten seit 2016 in der Familie. Methodisch beinhaltet sie die Teilnahme am alltäglichen privaten und öffentlichen Leben der Familie wie etwa bei Elterngesprächen im Kindergarten, Behördengängen oder Arztbesuchen. Am Ende jeden Tages werden Feldnotizen geschrieben und reflexiv analysiert.

## Ergebnisse

Lahing (35) und Leyla (35) sind 2015 mit ihren Kindern Burhan (12), Hevidar (7) und Bilind (4) aus Syrien nach Deutschland geflüchtet. Ihre Tochter Hamrin ist 2011 im Alter von acht Jahren an einer chronischen Niereninsuffizienz verstorben. Seit Anfang 2016 leben sie in der Hustadt. Bilind wurde ebenfalls mit einer chronischen Niereninsuffizienz geboren und erhält seitdem Medikamente und Nahrung über eine durch die Bauchdecke gelegte Magensonde. Bilind hatte zu Beginn der Forschung keinen Kindergartenplatz und verbringt täglich acht Stunden mit Medienkonsum. Seine motorische, soziale und sprachliche Entwicklung ist leicht verzögert, seine Aufmerksamkeitsspanne gering und er wechselt zwischen Hyperaktivität und Lethargie. Tagsüber schläft er oftmals und ist von nachmittags bis nach Mitternacht wach. Leyla hat aufgrund der intensiven Pflegesituation kaum soziale Beziehungen außerhalb der Familie und hält sich ungern im öffentlichen Raum auf, wo sie verunsichert wirkt. So hatte sie etwa nach einem gemeinsamen Besuch in einem Sprachcafé einen kleinen Zusammenbruch, nachdem ihr dort ihre im Vergleich zu den anderen geflüchteten Frauen geringeren Sprachkenntnisse bewusst geworden sind. Bei Lahing führen die Versorgungsstrukturen zu einer chronischen Erschöpfung.

## Interventionen

Die Ergebnisse der Feldforschung zeigen, dass die Familie über ein hohes Maß an Resilienz verfügt, ihnen jedoch das Wissen über wichtige Ressourcen, Rechte und Möglichkeiten zur Herstellung optimaler Gesundheitsbedingungen fehlt. So nahmen sie in Kauf, dass die Kindergärten Bilind aufgrund seiner Behinderung ablehnten und stellten trotz offensichtlicher Pflegebedürftigkeit keinen Pflegeantrag. Die folgenden Strategien ermöglichten es der Familie, vorhandene Ressourcen zu nutzen. Zunächst wurde ein Pflegeantrag gestellt und gegen die Bewilligung des zu niedrig angesetzten Pflegegrads 1 Widerspruch eingelegt. Durch initiierte Begutachtungen und im Zuge intensiver Auseinandersetzungen mit dem Jobcenter, dem Sozialamt und der Krankenkasse erhielt Bilind nun anderthalb Jahre nach seiner Ankunft in Deutschland einen inklusiven Kindergartenplatz, den er aufgrund weiterer Schwierigkeiten aber erst ein halbes Jahr später in vollem Umfang in Anspruch nehmen konnte. Leyla meldete sich für einen Deutschkurs an und lernte 36 Monate nach ihrer Einreise drei Mal wöchentlich Deutsch. Es stellte für sie die erste Gelegenheit dar, nach Krieg und Flucht, etwas für ihre persönliche Entwicklung zu tun und ein eigenes soziales Netz aufzubauen. Sie wirkt vitalisiert, handlungsmächtig und selbstbewusst. Lahing beginnt neben einem Deutschkurs sich über Arbeitsmöglichkeiten beraten zu lassen und seine selbstbestimmte Zukunft in Deutschland zu planen. Auch Bilinds grob- und feinmotorische Fähigkeiten verbessern sich. Seine Aufmerksamkeitsspanne erhöht sich, er beginnt zu puzzeln und Deutsch zu sprechen. Insgesamt führten die durchgeführten Interventionen zu einer Vitalisierung des Gesundheitszustands der gesamten Familie und das bewilligte Pflegegeld verminderte den finanziellen Druck.

## Fazit

Unterschiedliche Interventionen schaffen bei vulnerablen Communities die Voraussetzungen für »Empowerment«. Über die Methode der teilnehmenden Beobachtung werden die Resilienz der ethnografierten Familie und die Lücken der Ge-

sundheitsförderung enthüllt, sodass entsprechende Maßnahmen geplant werden können. Im Stadtteillabor werden wichtige Voraussetzungen für »Empowerment« hergestellt, indem der Community ihre Rechte auf Ressourcen vermittelt werden. Es wird dabei deutlich, dass sich auch die Kulturen im Setting und in den Kommunen ändern müssen, um gesundheitliche Handlungsfähigkeit zu erreichen. Hierfür bedarf es Akteur\*innen in allen Politikbereichen, die Verantwortung für Gesundheit im Sinne der Ottawa-Charta übernehmen.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. CHRISTIANE FALGE, Hochschule für Gesundheit Bochum, Department of Community Health, Gesundheitscampus 6–8, 44801 Bochum, Tel.: (02 34) 77 72 7727, E-Mail: christiane.falge@hs-gesundheit.de

MARCUS GARTHAUS, HARTMUT REMMERS

## »Sie sollen keine Last durch mich haben« Gesundheit und Verletzlichkeit von Bewohner\*innen stationärer Pflegeeinrichtungen

Eine selbstständige Lebensführung wird für viele Menschen aufgrund von zunehmenden (Krankheits-)Lasten im höheren Lebensalter immer unwahrscheinlicher. So sind zum Beispiel zahlreiche chronische Erkrankungen bei hochaltrigen Menschen nicht mehr therapier- oder heilbar; oftmals wird ein Umzug in ein – gegenüber der häuslichen Wohnumgebung weniger präferiertes – stationäres Versorgungsarrangement notwendig. Der Pflegestatistik zufolge werden gegenwärtig knapp 783.000 Frauen und Männer in Pflegeheimen vollstationär betreut (~ 27 Prozent der Pflegebedürftigen insgesamt). Und trotz gegenläufiger (reform-)politischer Bemühungen einer zunehmenden »Ambulantisierung« wächst der Anteil vollstationär versorgter Menschen aufgrund des fortschreitenden demografischen Wandels und der kontinuierlich zunehmenden Lebenserwartung.

### Die gesundheitliche Situation von Pflegeheimbewohner\*innen

Vollstationär betreute Pflegeheimbewohner\*innen sind überwiegend in ihrer Gesundheit beeinträchtigt und weisen einen zum Teil erheblichen Pflegebedarf auf. Etwas mehr als die Hälfte der Bewohner\*innen sind 85 Jahre und älter. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass sich die Anfälligkeit für irreversible Gesundheitseinbußen aufgrund von chronifizierten Krankheitsverläufen, Multimorbidität und funktionalen Einbußen insbesondere in dieser Phase des »vierten Lebensalters« (Zeitspanne ab 80/85 Jahren) deutlich erhöht. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko, kognitive Störungen (unter anderem aufgrund einer erhöhten Anfälligkeit für neurodegenerative und vaskuläre Demenzen) zu erleiden, was sich in einer steigenden Krankheitshäufigkeit und Pflegebedürftigkeit hochaltriger Pflegeheimbewohner\*innen zeigt.

### Erhöhte Vulnerabilität

Insgesamt zeichnen sich Pflegeheimbewohner\*innen durch eine vulnerable, also verletzliche Lebenslage aus. Vulnerabilität im Sinne einer erhöhten Anfälligkeit und Verwundbarkeit gehört zu den Grundvoraussetzungen des Menschseins und

nimmt im Zuge natürlicher Alterungsprozesse spürbar zu. Allerdings ist dies nicht automatisch mit Einbußen der körperlichen oder kognitiven Leistungsfähigkeit verbunden. Von mindestens genauso hoher Bedeutung ist der Einfluss (psycho-) sozialer Umweltbedingungen, die die Verarbeitungs- und Bewältigungsprozesse von Verlusten und Einschränkungen begünstigen oder erschweren können. Bewältigungsmöglichkeiten hängen ab von der Beschaffenheit öffentlicher Räume, von Angeboten zur Mobilität, individuellen Bildungsvoraussetzungen oder finanziellen Ressourcen. Einen nachweislichen Einfluss auf die Lebensqualität sowie das subjektive Wohlbefinden haben Angebote zur Teilhabe und Unterstützung durch funktionstüchtige familiäre oder soziale Netzwerke. Sie gelten als ein nicht unwesentlicher protektiver Faktor insbesondere für die psychische Gesundheit im Alter.

### Potenziale des höheren und hohen Alters

Wird nun die besondere Situation von Pflegeheimbewohner\*innen betrachtet, so drängen sich die Fragen auf, welche lebensgeschichtlich erworbenen Persönlichkeitseigenschaften das Individuum stärken, welche Merkmale sich positiv auf die Lebensqualität, das Wohlbefinden oder die Gesundheit auswirken und das Potenzial besitzen, negative Folgen von Krankheiten und Einschränkungen abzuwenden beziehungsweise abzumildern. Gänzlich unabhängig vom Alter sind Menschen dazu fähig, Sorgebeziehungen zu entwickeln. Im hohen Alter gilt sich um andere Menschen sorgen als sehr bedeutsam für die Verwirklichung von Potenzialen. In diesem Sinne äußerte sich im Rahmen eines Interviews eine 104-jährige Pflegeheimbewohnerin im Hinblick auf ihre beiden Söhne: »Meine Kinder kommen immer abwechselnd. [...] Die können ja auch nicht immer kommen. Sie haben ein Haus und auch zu tun dort. Das wissen Sie ja, wenn man ein Haus hat, was man dann zu tun hat.« Die Bewohnerin zeigte großes Verständnis für ihre Kinder und möchte ihnen keine zusätzlichen Besuche aufbürden: »Das will ich gar nicht. Sie sollen keine Last durch mich haben.« Diese Aussage ist wichtig insofern, als dass sie zumindest andeutet, dass Menschen bis ins (sehr) hohe Alter das Bedürfnis haben, die Sorgen anderer zu teilen – und sei es, als unnötig empfundene Belastungen vertrauter Personen abzuwenden beziehungsweise zu reduzieren.

### Fazit

Es gilt als unangemessen, positive Merkmale einer Person, die mit ihrer Lebenslage und ihrer Umwelt verbunden sein können, und eher negative Merkmale, die sich aus einer Bewertung ihrer Lebensqualität ergeben, miteinander zu vergleichen, um dadurch auf Vulnerabilität beziehungsweise Resilienz schließen zu können. Stattdessen empfiehlt es sich, das analytische Interesse stärker auf die seelischen Prozesse zu richten: Wie geht eine Person mit Belastungen um? Aus dieser Perspektive ergeben sich wichtige Aufgaben für die Pflege. Das Augenmerk sollte darauf gerichtet sein, seelische Ressourcen zu erschließen und zugleich die objektive Lebenslage zu verbessern. Gemäß Andreas Kruse (2017) kann die Verletzlichkeit einer Person nicht von der räumlich-sozialen oder institutionellen Umwelt getrennt werden – genauso wenig wie von seinen bildungsbezogenen oder ökonomischen Ressourcen. Besondere Beachtung verdient die Gestaltung des Lebensendes in Pflegeeinrichtungen. Neben den räumlichen, den ästhetisch-gestalterischen und den sozialen Alltagsbedingungen ist dabei auch den medizinisch-pflegerischen und hierbei vor allem



den palliativen Versorgungsbedingungen besondere Bedeutung beizumessen. Auf die Frage, welche Wünsche für die befragte 104-Jährige in Zukunft maßgebend sein werden, antwortete diese: »Ich habe eigentlich keine Wünsche. Ich habe den einen Wunsch, und das habe ich meinem Arzt auch schon gesagt, dass ich nicht so lange zappeln muss. [...] dass, wenn ich sterben sollte, dass [...] wenn ich mir nicht helfen kann, dass ich nicht so leiden muss.«

Literatur bei den Verfassern

MARCUS GARTHAUS, M. A., Universität Osnabrück, Institut für Gesundheitsforschung und Bildung, Abteilung Pflegewissenschaft, Barbarastraße 22c, 49069 Osnabrück, E-Mail: marcus.garthaus@uni-osnabrueck.de

PROF. DR. HARTMUT REMMERS, Universität Osnabrück, Institut für Gesundheitsforschung und Bildung, Leitung der Abteilung Pflegewissenschaft, Barbarastraße 22c, 49069 Osnabrück, E-Mail: remmers@uni-osnabrueck.de

### WIEBKE SANNEMANN

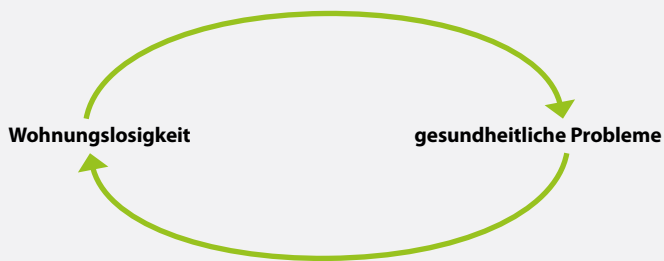
## Wohnungslosigkeit und Gesundheit

Der enge Zusammenhang zwischen der Lebenslage und dem Gesundheitszustand ist in zahlreichen Forschungsarbeiten hinreichend belegt worden. Doch trotz großer Investitionen in den Gesundheitsbereich und ungeachtet des Ausbaus des Wohlfahrtsstaates gibt es keine Indizien dafür, dass die gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland in den letzten Jahren erheblich verringert werden konnte. Ein Beispiel hierfür stellt der Bereich »Wohnungslosigkeit« dar. Die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Wohnungslosenhilfe e. V. schätzt, dass in Deutschland 2016 circa 860.000 Menschen ohne Wohnung gelebt haben – seit 2014 ist dies ein Anstieg um circa 150 Prozent. Es ist klar, dass das Leben auf der Straße beziehungsweise in Wohnunterkünften krank macht. Es gibt vielfältige Ursachen (Wohnungsmangel, Verlust des Arbeitsplatzes, gesundheitliche Beschwerden, Scheidung) für einen Eintritt in die Wohnungslosigkeit und unterschiedliche Folgen (gesundheitliche Probleme, Arbeitsplatzverlust). Dabei ist es schwierig zu benennen, welche Prozesse sich wie beeinflussen (siehe Abbildung 3).

Bei Wohnungslosen ist aber nicht nur ein auffällig hoher Krankenstand zu verzeichnen, sondern ebenfalls eine geringe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und gesundheits-



- » gesundheitliche Belastungen durch die Lebensbedingungen
- » mangelnde Hygiene
- » mangelnde Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- » Kompensationsversuche, zum Beispiel durch Alkohol



- » Probleme bei der Bewältigung des Alltags
- » erschwerte Bedingungen bei der Arbeits- und Wohnungssuche
- » soziale Isolation et cetera

Abbildung 3:  
Zirkel – Wohnungslosigkeit und gesundheitliche Probleme  
(eigene Darstellung)

förderlicher Angebote. Deshalb stellt sich für die kommunale Praxis die Frage, wie wohnungslose Frauen und Männer erreicht werden können.

### Subjektive Gesundheitsvorstellungen

Betrachtet man die Selbsteinschätzungen dieser Personengruppe, so wird deutlich, dass Gesundheit im Alltag nicht an oberster Stelle steht und bei Problemen vorwiegend zwei Bewältigungsstrategien verfolgt werden: einmal die »Verdrängung« von Krankheiten und die damit verbundene Einschätzung »gesund zu sein«, obwohl objektive Daten mehrere Erkrankungen belegen, und zum anderen der »Realsinn«, bei dem die Betroffenen ihren Gesundheitszustand realistischer beurteilen und sich ihre Einschätzung den objektiv messbaren Ergebnissen annähert. Mit Blick auf das subjektive Gesundheitsverständnis lassen sich den genannten Strategien zusätzlich zwei Haltungen zuordnen: Wohnungslose setzen Gesundheit mit einer Funktion gleich, im Sinne von entweder »können« oder »nicht können«. Für sie steht die Befriedigung der Grundbedürfnisse im Vordergrund und die körperliche sowie psychische Gesundheit bildet keine zusammenhängende Einheit. Oder sie weisen ein mehrdimensionales Verständnis auf und berücksichtigen physische, psychische und soziale Komponenten. Diese Gruppe schätzt ihren Gesundheitszustand »realistischer« ein. Dazu zwei Praxisbeispiele aus eigener Forschungsarbeit (aus dem Kontext extrahiert):

»Heikes« Alltag ist durch ihre Krankheit sehr eingeschränkt. Sie steht morgens auf und isst etwas zum Frühstück. Dann macht sie sich auf den Weg, Leute nach Kleingeld anzubetteln, denn mit dem ihr zur Verfügung stehenden Geld kommt sie nicht aus. Da ihr Bein jedoch nach ein paar Metern schon steif wird, ist ihr Bewegungsfeld ziemlich eingeschränkt. Ihr fällt es schwer mit ihrer Krankheit umzugehen. Das Einzige, was sie unternimmt, damit es ihr besser geht, ist Musik zu hören. »Heike« lauscht allen Musikrichtungen, am liebsten aber Oldies. Dabei bekommt sie gute Laune. »Also wat (lacht), das Einzige, was ich hab (lacht), is halt Musik, ne.«

»Peter« tut viel für seine eigene Gesundheit. Er versucht beispielsweise, sich so gut es im Rahmen der Wohnungslosigkeit möglich ist, gesund zu ernähren. »Also ich versuch mich einigermaßen, einigermaßen gesund zu ernähren, so weit es möglich ist.« Obwohl er es noch nicht offiziell sagen möchte, hat er in naher Zukunft wahrscheinlich die Aussicht auf eine, seinen Qualifikationen entsprechende Arbeit und somit auch auf die Möglichkeit aus dieser Wohnsituation herauszukommen. Dann würde es ihm – nach eigenen Angaben – richtig gut gehen (trotz gesundheitlicher Probleme).

### Resümee für die Praxis und die Politik

Armut in den Industrieländern bezieht sich auf Armut im und durch Reichtum, auf soziale Verdrängung, auf den Ausschluss von Lebensstilen und speziellen Subgruppen, die womöglich dem konsumwirtschafts- und politikorientierten Leitbild der Städte nicht genügen (zum Beispiel Wohnungslose). Verarmung hat demnach benennbare und strukturelle Ursachen. Gleichzeitig sind die davon betroffenen Menschen immer Individuen, die auf subjektive oder kollektive Art und Weise ihre Lage interpretieren, nach möglichen Antworten suchen, »[...] sich an reduzierte Lebensmöglichkeiten anpassen, um Anerkennung, Identität oder Glück kämpfen, die handeln«. Wie gezeigt wurde, ist es bei der Entwicklung von präventiven und gesundheitsfördernden Strategien nötig, die Dialoggruppen genauer zu betrachten, subjektive Einstellungen zu verstehen sowie sie immer im Kontext ihrer Lebenswelt zu sehen. Die Menschen und ihre Befindlichkeiten bleiben viel zu häufig unbeachtet, und wer zu den Benachteiligten zählt, fällt häufig durch das soziale Netz, was am Beispiel wohnungsloser Menschen besonders deutlich wird. Neben zielgruppenspezifischen Angeboten und dem Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen – nicht nur für wohnungslose Menschen – muss generell nach Strategien gesucht werden, die Ungleichheit von Gesundheitschancen bei allen Bevölkerungsgruppen zu verringern. Dafür muss Gesundheit als Querschnittsaufgabe zum Beispiel in der Sozial-, Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Wohnungspolitik verstanden und dort etabliert werden. Durch die zunehmende Forschung sowie das wachsende Problembewusstsein bleibt jedoch zu hoffen, dass die politischen Anstrengungen zunehmen werden.

Literatur bei der Verfasserin, Anschrift siehe Impressum

### MARC YOUNES

## Psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder

Laut einer Stellungnahme der Kinderkommission des Deutschen Bundestages aus dem Jahr 2013 leben in Deutschland circa 3–4 Millionen Kinder mit psychisch erkrankten Eltern, von denen schätzungsweise die Hälfte bereits selbst psychisch auffällig sind. Je nach Art der elterlichen Erkrankung haben diese Kinder eine 3–7-fach höhere Disposition für eigene psychische Erkrankungen im Vergleich zur restlichen Bevölkerung. Auch wenn in den vergangenen Jahren zunehmend ein Bewusstsein für diese Problematik entstanden ist, besteht weiterhin ein Bedarf an Betreuungs- und Beratungsangeboten. Die betroffenen Kinder finden oft keine ausreichende (fachliche) Unterstützung. Die krankheitsbedingten



Verhaltensveränderungen der Eltern können Kinder zum Teil nicht nachvollziehen oder richtig einordnen. Sie fühlen sich dafür schuldig und verantwortlich. Gleichzeitig wird die Erkrankung häufig innerhalb und außerhalb der Familie tabuisiert. Aus Sicht einer Mutter stellt sich das folgendermaßen dar: »Früher, als es mir schlecht ging, war sie sehr anklagend und hat nicht verstanden, dass es mir schlecht ging und hat die Schuld auch bei sich gesucht, wo ich dann letzte Reserven suchen musste, um zu sagen: Nein, es liegt nicht an dir.«

### Erhöhte Vulnerabilität und Stressoren

Wissenschaftliche Studien zur Eltern-Kind-Beziehung haben ergeben, dass viele psychisch erkrankte Eltern im Umgang mit ihren Kindern, speziell im Säuglings- und Kleinkindalter, Auffälligkeiten zeigen (Über-/Unterstimulierung, eingeschränkte Feinfühligkeit und Responsivität). Dadurch sind der Aufbau einer sicheren Bindung und die zukünftig gelingende Gestaltung von Beziehungen gefährdet. Oftmals gibt es in den Familien durch die Erkrankung bedingt weitere Belastungsfaktoren wie Partnerschaftsprobleme, Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, Schulden und schwierige Wohnverhältnisse. Die Familien sind häufig von Stigmatisierung betroffen. Gegenüber professioneller Hilfe verhalten sich die Eltern eher reserviert und vorsichtig, auch weil sie Kritik an der Ausübung ihrer Elternrolle befürchten. Klinikaufenthalte und damit verbundene Trennungen vom Kind belasten zusätzlich.

### Barrieren und Zugänge zu Angeboten

Für betroffene Familien gibt es kaum „Komplettangebote“ von Hilfen, die alle ihre unterschiedlichen Bedarfe in den Blick nehmen. Es besteht noch großer Entwicklungsbedarf in Bezug auf die Zusammenarbeit der verschiedenen Hilfesysteme und auf eine Regelfinanzierung von entsprechenden Angeboten.

### Familienorientierte Prävention

Von 2015 bis 2016 hatte der Träger BAF e. V. in Hannover das von der Fachhochschule Münster wissenschaftlich evaluierte Modellprojekt HaKip (Hannoversches Präventionsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern) angeboten. Durch eine ge-

meinsame Förderung der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen sowie der Kroschke Kinderstiftung, der Heidehof Stiftung und der Landeshauptstadt Hannover kann das Projekt seit 2018 wieder stattfinden. Für Kinder unterschiedlichen Alters werden Kindergruppen angeboten, in denen es darum geht, etwas über psychische Erkrankungen und den Umgang mit Gefühlen zu lernen. Sie bekommen Gelegenheit, sich mit anderen Kindern, deren Eltern ebenfalls psychisch erkrankt sind, auszutauschen sowie gemeinsam zu spielen und Neues zu erleben. »Am Anfang war es natürlich komisch jedem zu erzählen, ob es einem gut geht oder ob es Streit zuhause gibt. Aber wenn man merkt, dass andere Kinder auch erzählen, ich hatte mit meiner Mutter Streit, weil ich irgendwas Doofes gemacht habe und Hausarrest bekommen, dann muss man gar nicht mutig sein zu erzählen« (Zitat eines Kindes).

Aus der Perspektive einer hierzu befragten Mutter stellen sich die Effekte dieser Gruppen beispielsweise in einer verbesserten Fähigkeit ihres Kindes dar, Gefühle zu artikulieren. »Dass er viel öfter sagt, wenn er Angst hat, seinen Gefühlen viel eher Ausdruck verleiht, was ich in der Zeit sehr wichtig fand und dass sich durch die Gruppe verändert hat, dass er sagt: ‚Wenn ihr euch streitet, hab ich Angst, dass ihr euch trennt‘ oder: ‚Wenn du mich anschreist, dann bin ich traurig‘. Dass er das einfach artikulieren kann [...]«

In den zeitlich parallel stattfindenden und inhaltlich synchronisierten Elterngruppen sollen die Eltern in ihrem Erziehungsverhalten gestärkt und für die Bedarfe der Kinder sensibilisiert werden. In diesem Rahmen sollen sie Gelegenheit bekommen, voneinander zu lernen und sich mit anderen Eltern auszutauschen. »Dadurch, dass sie anders mit mir umgehen kann, hat sich bei mir auch ein bisschen Anspannung gelöst. Weil ich bin immer sehr angespannt, wenn sie in die Mutterrolle gegangen ist. Das will ich nämlich nicht, ich möchte ja, dass sie Kind ist. Dadurch, dass sie das jetzt lässt, kann ich auch entspannter mit meinen eigenen Aussetzern umgehen. Dadurch ist die Kommunikation ruhiger geworden und es ist nicht mehr so laut« (Zitat einer Mutter).

Eine weitere befragte Mutter hat gelernt, in Krisenzeiten Hilfe anzunehmen und sich dafür nicht schämen zu müssen: »Also erstens mal Mut, ich habe ganz viel Mut bekommen, dass ich mich nicht schämen brauche für meine Situation und es völlig in Ordnung ist Hilfe anzunehmen [...]. Denn wenn es mir gut geht, geht es auch den Kindern gut.«

Eine Jugendliche berichtet, dass ihr Vater sie nun mehr einbezieht, wenn er eine intensive Krankheitsphase hat: »Ich merke schon, dass er versucht mit uns darüber zu reden, wie das für uns ist. Vorher hat er das schon gemacht, aber jetzt ist es ein wenig intensiver. Dass er auf uns zukommt und fragt, wie es uns geht und so, wenn die Phase seiner Krankheit wieder kommt. Dass wir es auch jetzt mehr zuhause mit unserer Mutter besprechen.«

Das gesonderte Gruppenangebot für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder im Alter von 0–3 Jahren unterstützt den Aufbau einer sicheren Eltern-Kind-Bindung. Im Vordergrund steht eine Förderung der elterlichen Feinfühligkeit und Responsivität.

Literatur beim Verfasser

MARC YOUNES, Verein für Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und Freizeitbereich (BAF e. V.), Friesenstraße 14, 30161 Hannover, Tel.: (05 11) 348 69 0, Internet: [www.baf-hannover.de](http://www.baf-hannover.de)

SEBASTIAN FISCHER

## Pflegende Angehörige – wenn tragende Säulen ins Wanken geraten

Am 15. März 2018 steht Frau Anneli Wagner nervös am Rednerpult in Berlin. Sie stellt sich vor als »seltenes Exemplar auf dem Deutschen Pfllegetag«. Sie ist die einzige pflegende Angehörige in dem dreitägigen Programm, vielleicht sogar die Einzige im Saal. Umgeben von Menschen, die von Pflege leben oder profitieren – als beruflich Pflegende, Wissenschaftler\*innen oder Vertreter\*innen kommerzieller Pflegeinteressen. Frau Wagner kommt aus Zwickau und hat dort Pflege gelebt, 11 Jahre lang zuhause die Mutter gepflegt, bis zu ihrem Tod. »Doch ich bin kein seltenes Exemplar in der deutschen Pflegelandschaft« fährt sie fort. »Ich bin pflegende Angehörige. Eine von den 73 Prozent der Menschen, die die tragende Säule der Pflege in Deutschland bilden.« Frau Wagner hat wie Tausende Angehörige alle Stufen und Auswirkungen der häuslichen Pflege erlebt. Reduzierung und Aufgabe des Berufs, körperliche und psychische Überbelastung, soziale Isolation und die finanzielle Armutsspirale, die mit familiärer Pflege einhergeht, denn über ein Drittel der zusätzlichen Pflegekosten werden von den Betroffenen und ihren Familien selbst aufgebracht.

### Finanzielle Belastungen

»Es ist unvorstellbar, dass eine Krankenpflegerin im Heim die hohen Kosten für Heizung oder Windeln aus eigener Tasche zahlen würde, warum wird mir dies zugemutet?« fragt eine andere Angehörige aus Köln, die zuhause ihre Oma pflegt. Sie gab ihre berufliche Karriere auf und ist in Hartz IV »abgerutscht«. Für die Kosten der Windeln muss sie sich an wohltätige Organisationen wenden. In Berlin bringt Frau Wagner die Benachteiligung und Diskriminierung von pflegenden Angehörigen auf den Punkt: »Ich habe als pflegende Angehörige der Gemeinschaft über 11 Jahre mindestens 450.000 Euro an Aufwendungen erspart, muss jetzt aber von einer minimalen Rente leben. Zudem werde ich noch als »Ost« geführt und bin damit noch weniger wert.« (In der Berechnung des pflegebedingten Rentenanspruchs spielt es eine Rolle, ob man in Ost- oder Westdeutschland lebt.)

### Gesundheitliche Einschränkungen

Pflege ist Dauerbelastung, doch primär ist es die fehlende Unterstützung in der häuslichen Pflege, die eine wachsende Zahl pflegender Angehöriger für ihren schlechteren Gesundheitszustand verantwortlich machen. Wissenschaftliche Studien belegen, dass pflegende Angehörige ihren eigenen Gesundheitszustand im Vergleich zur Gesamtbevölkerung weit weniger positiv einschätzen. Eine repräsentative Studie der Techniker Krankenkasse berichtete 2013 beispielsweise, dass in der Bevölkerung 61 Prozent ihre eigene Gesundheit mit »gut« oder »sehr gut« bewerten, unter pflegenden Angehörigen sind dies jedoch nur 45 Prozent. Noch größere Diskrepanzen zeigen sich insbesondere bei allein Pflegenden und bei der Pflege von Menschen in höheren Pflegegraden. In einer Umfrage des Jahres 2012 berichteten 83 Prozent von 3400 pflegenden Angehörigen in Großbritannien, dass die Pflege negative Auswir-

kungen auf ihre körperliche Gesundheit hatte. 87 Prozent berichteten von psychischen Auswirkungen und 39 Prozent bestätigten, dass sich eigene medizinische Behandlungen aus Gründen der Pflege aufgeschoben/verzögert haben. Als bedeutende Faktoren für ihre schlechtere körperliche und geistige Gesundheit machten 64 Prozent fehlende praktische Unterstützung mitverantwortlich und 50 Prozent erwähnten die fehlende finanzielle Unterstützung. Den einsamen Kampf um jede Leistung, Unterstützung und finanzielle Entschädigung bestätigen Tausende von Angehörigen in täglichen Medienberichten.

### Fehlende soziale Teilhabe

Einsamkeit wird in unserer Gesellschaft zunehmend als gesundheitliches Risiko eingestuft, zu Recht und nicht ausschließlich bei älteren Menschen. Sie ist auch ein Kernproblem für viele pflegende Angehörige, die aufgrund ihrer häuslich erforderlichen Präsenz schnell die gewohnten Netzwerke, Freundschaften und sozialen Kontakte verlieren. »Social prescribing« – ärztliche Rezepte für soziales Engagement und »Überweisungen« zu gemeinschaftlichen Aktivitäten vor Ort – ergänzt mittlerweile in einigen Ländern die medizinische Behandlung von Depressionen oder Einsamkeitsgefühlen, aus der Erkenntnis, dass sich Gesundheit und Wohlbefinden primär aus sozialen, finanziellen und Umweltfaktoren ableiten lassen. Für pflegende Angehörige ist ein erster wichtiger Schritt aus der sozialen Isolation oft zunächst der Austausch mit »Gleichgesinnten«. Kontakt mit anderen Betroffenen ermöglicht einen verständnisvollen Erfahrungsaustausch sowie mehr Ehrlichkeit der eigenen Betroffenheit gegenüber und validiert zugleich die Vielzahl der seelischen Auswirkungen, die sich aus pflege- und krankheitsbedingten Beziehungsänderungen ergeben.

### Digitale Selbsthilfeangebote

In dem neuen, vom Bundesministerium für Gesundheit und der Techniker Krankenkasse NRW geförderten und wissenschaftlich evaluierten Modellprojekt Online Selbsthilfe Initiativen für pflegende Angehörige (OSHI-PA) versucht der Verein wir pflegen e. V., die Infrastruktur von Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige zu ergänzen. So suchen viele Angehörige neue Möglichkeiten der Vernetzung, insbesondere den Austausch mit »Gleichgesinnten«, schnellen Zugang zu Informationen und persönlichen Kontakten sowie Peer Mentoring via Internet und über soziale Medien. Katrin Jahns leitet das Modellprojekt in Berlin: »Die Ermöglichung digitaler sozialer Teilhabe – pflegenden Angehörigen im eigenen Heim ein Tor zur Welt, zum Austausch und zu Unterstützungsangeboten zu schaffen, ist ein zentrales Anliegen des Modellprojekts OSHI-PA. Digitale Vernetzung kann ein wichtiger Weg für pflegende Angehörige sein, die Belastungen der Pflege ohne wachsenden gesundheitlichen Schaden zu bewältigen.« Kooperationspartner bei der technischen Umsetzung des Modellprojekts ist die Firma zone 35/beranet innovativ. Die Katholische Hochschule NRW evaluiert das auf drei Jahre ausgelegte Projekt wissenschaftlich.

Literatur beim Verfasser

SEBASTIAN FISCHER, wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e. V., Selbsthilfebüro Berlin, Alt Moabit 91, 10599 Berlin, E-Mail: sfischer@wir-pflegen.net





ESTHER SCHRÖDER, INGE DANIELZIK

## Am Limit – Zur gesundheitlichen Situation von Alleinerziehenden

Gesundheit ist ein Menschenrecht – allerdings kein garantiertes für jede und jeden. Die sozialepidemiologische Forschung sowie die Gesundheitsberichterstattung belegen, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status im Vergleich zu denjenigen mit einem höheren verstärkt von vielen Krankheiten betroffen sind und zu einem größeren Anteil vorzeitig sterben. Als Hauptursachen gelten: Mangel an Bildung, eine geringere Partizipation am Erwerbsleben und stärkere Belastungen am Arbeitsplatz, in der Wohnumgebung und im familiären sowie sozialen Umfeld. Im Fokus stehen hierbei auch Alleinerziehende als Familien mit dem höchsten Armutsrisiko. Etwa 16.000 von ihnen leben im Land Bremen, 92 Prozent davon sind Frauen. Ihre Erwerbsbeteiligung liegt bei lediglich 57 Prozent. Von den arbeitslosen Alleinerziehenden haben 72 Prozent keine abgeschlossene Berufsausbildung. Mehr als die Hälfte aller Haushalte, in denen Mütter oder Väter ihre Kinder allein großziehen, sind auf Leistungen der Grundversicherung nach SGB II angewiesen – gänzlich oder aufstockend, vorübergehend oder dauerhaft. Die Hilfsquote bei Alleinerziehenden mit zwei und mehr Kindern beträgt in Bremen 82 Prozent! Traurige Rekordwerte an der Weser. Und hinter jeder Zahl stehen Menschen und ihre Lebenslagen.

### Befragung nach Lebensgefühl und Gesundheit

Wir wollten nicht länger über Alleinerziehende, sondern mit ihnen sprechen. Und haben uns auf den Weg zu ihnen gemacht. In einer Kooperation zwischen dem Senat für Wirtschaft und Arbeit, dem Jobcenter und der Arbeitnehmerkammer Bremen wurden mit der Studie »Alleinerziehend – ein Kaleidoskop von Lebens- und Arbeitssituationen« 1.267 Alleinerziehende befragt. Die Hälfte von ihnen sieht sich »am Limit«. Grenzen werden erreicht. 41 Prozent der Befragten fühlen sich benachteiligt, nur acht Prozent gesellschaftlich anerkannt. Diskriminierung wird am häufigsten in der Arbeitswelt und bei der Suche nach bezahlbarem Wohnraum erlebt. Allein mit Kind auf der Suche nach den eigenen vier Wänden – ein schwieriges Unterfangen. »Ich schlafe seit mehr als zehn Jahren auf der Couch im Wohnzimmer, damit meine Kinder ihr eigenes Zimmer haben können« – ein viel gehörter Satz. Rückzugsräume werden zu Konflikträumen. Auch das macht krank. Alleinerziehende müssen Tag für Tag und rund um die Uhr funktionieren, sind physisch wie psychisch auf sich allein gestellt und so wer-

den aus Anforderungen Überforderungen. Doch Kinder halten auch jung und fit. Solange Anstrengung auf der einen und Erholung auf der anderen Seite im Lot bleiben, ist alles gut. Wenn jedoch Unterstützung im Alltag fehlt und sich verbrauchte Energie nicht aufladen lässt, gerät das noch funktionierende Gefüge aus dem Gleichgewicht. Dann wird aus dem gefühlten guten Gesundheitszustand schnell ein schlechter. Dann macht das Alleinerziehend-Sein auch krank. Gesundheitlich beeinträchtigt sehen sich Alleinerziehende vor allem durch Stress, Schlafmangel und dauerhafte Verfügbarkeit. Das große Bedürfnis, alles schaffen zu wollen, zehrt an der Substanz. Und da ist immer das schlechte Gewissen, eben nicht allem gerecht zu werden und bloß nicht selbst zu erkranken. Ein Teufelskreis. Hinzu kommen nicht selten Konflikte mit der\*dem früheren Partner\*in und den Kindern, eine ungesunde Ernährung, oft verbunden mit Rauchen, und Übergewicht. Aus krank machenden Lebensumständen und Lebensweisen werden rasch echte Krankheitsbilder. Besonders häufig klagen Alleinerziehende über Schmerzen und Migräne, über Allergien und chronische Erkrankungen.

### Vis-à-vis mit Alleinerziehenden im Gespräch

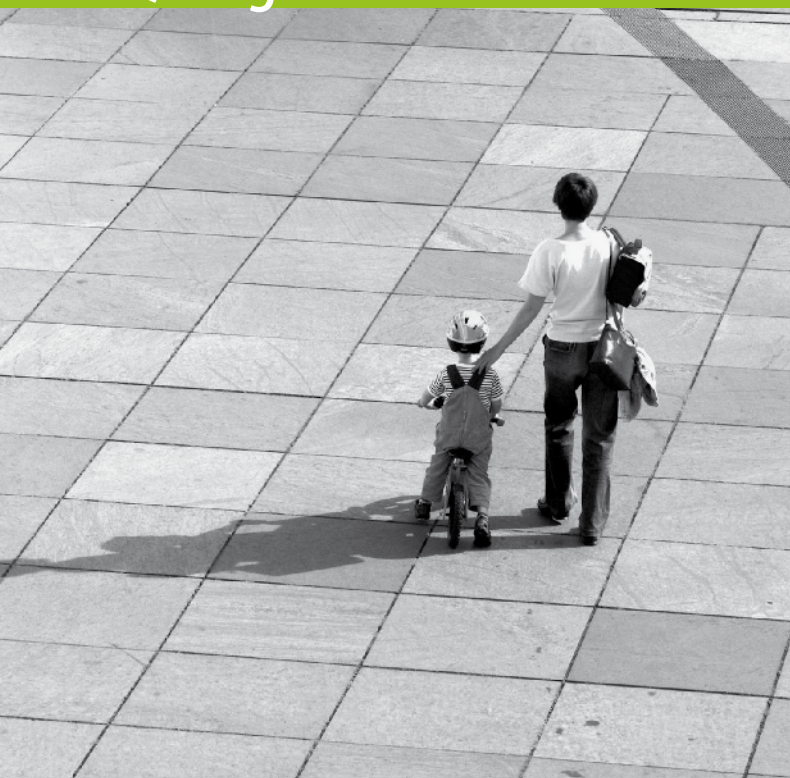
Parallel zu der Befragung haben wir Interviews mit 23 alleinerziehenden Frauen geführt. Die Gespräche verliefen in freundlicher, aufgeschlossener Atmosphäre und waren getragen von einem hohen Mitteilungsbedürfnis der Mütter. Die aufgezeichneten Worte haben wir verwandelt in wertschätzende Bilder. Entstanden sind Porträts von neun toughen Frauen, die stellvertretend Gesicht zeigen und mit ihren O-Tönen unverblümt die Situation von Alleinerziehenden darstellen. Zu sehen sind sie in der Ausstellung »MITTENMANG«, die in Bremen und Umgebung gezeigt wird sowie jeden Monat an einem anderen Ort. Wir wollen aufmerksam machen auf die Lebenslagen der Familien und die Frauen in ihrer Rolle als allein Verantwortliche stärken. Dazu gehören auch und vor allem Gesundheitsaspekte. »Diese ganz alltägliche Belastung. Ich werde oft antriebslos, bin müde, sehr stark müde. Das schlägt sich natürlich auf meine Gesundheit nieder, dass ich auch immer ganz viel Kopfschmerzen habe, mir oft schwindelig ist, ich leicht anfällig für Krankheiten bin, so Infektionen«, berichtet Kerstin. »Ich brauche doch nur ein bisschen Durchschlafen! Abends, wenn das Kind schläft, dann hat man mal ein paar Stunden für sich. Um mich selbst kümmere ich mich überhaupt nicht mehr«, bedauert Pamela. »Was mich ärgert, ist, dass man als alleinerziehende Mutter keinen Kita-Platz bekommt, wenn man nicht arbeitet. Müdigkeit, Erschöpfung, Burn-out zählen nicht«, beklagt Christiane. »Schwierig ist es, wenn ich selber krank bin. Das ist sehr selten. Wenn das passiert, ist es sehr schlimm... Ich bin immer angespannt«, beschreibt Viktoria ihre Situation. Hilferufe an die Gesellschaft. Eine längst normale Familienform steht noch immer vor besonderen Herausforderungen. Alleinerziehende brauchen Beratung vor Ort, unterstützende und passfähige Angebote in alltäglichen Belangen, Anerkennung und Solidarität. Das ist präventiv die beste Gesundheitsförderung.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. ESTHER SCHRÖDER, Arbeitnehmerkammer Bremen, Am Wall 195, 28195 Bremen, E-Mail: schroeder@arbeitnehmerkammer.de

INGE DANIELZIK, Verein Arbeit und Zukunft e. V., forum Kirche, Hollerallee 75, 28209 Bremen, E-Mail: danielzick.forum@kirche-bremen.de

# Quergedacht



**KLAUS HURRELMANN**

## In deutschen Kinderzimmern geht es sehr ungerecht zu – die neue Bundesregierung muss die Kinderarmut entschlossen bekämpfen

In deutschen Kinderzimmern geht es sehr ungerecht zu. Deutschland ist eine Vier-Fünftel-Gesellschaft, in der jedes fünfte Kind aus einem finanziell armen Haushalt stammt – Tendenz steigend. Im letzten Koalitionsvertrag stand kein Wort über Kinderarmut. Nachdem Politiker\*innen im Wahlkampf viel über Gerechtigkeit gesprochen hatten und Studien laufend eine wachsende Ungerechtigkeit belegen, kann sich die neue Regierung keine diesbezügliche Nachlässigkeit mehr leisten. Der Koalitionsvertrag enthält glücklicherweise eine ganze Reihe von guten Regelungen.

Die ausgezahlten Beträge für die Grundsicherung für Arbeitsuchende nach Sozialgesetzbuch II, auch »Hartz IV« genannt, steigen ständig. Nach den Angaben der Agentur für Arbeit beträgt die Zahl der Kinder, die in »Hartz-IV-Haushalten« leben, knapp zwei Millionen – fast 15 Prozent aller unter 18-Jährigen. Die Eltern erhalten pro Kind bis zu 311 Euro im Monat. Trotz Transferleistungen ist es aber häufig der Fall, dass sie in relativer Armut leben.

In Deutschland leben 2,8 Millionen unter 18-Jährige in relativer Armut, also in einem Haushalt mit einem Einkommen von weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens aller Haushalte. Das sind mehr als 20 Prozent aller Kinder. In den letzten Jahren sind diese Quoten stets gestiegen, wie selbst der offizielle Familienreport der Bundesregierung zeigt. Ein Fünftel aller Familien sind Familien mit nur einem Elternteil und fast alle werden sie von Frauen geführt. Die Armut von Kindern ist Familienarmut, aber eben oft auch Mütterarmut.

Die World-Vision-Kinderstudien und die Shell-Jugendstudien zeigen: Den meisten Kindern geht es gut – aber jedes fünfte wächst unter wirtschaftlich unbefriedigenden Umständen auf. Unsere Vier-Fünftel-Gesellschaft verdammt diese jungen Menschen zu Einschränkungen bei Konsum und Gesundheit, zu Entwicklungsverzögerungen, zu sozialen und psychischen Störungen. Fehlende Impulse zu Hause führen dazu, dass Armut oft zu Bildungsarmut wird.

Dänemark, die Niederlande und andere europäische Länder, die eine geringere Kinderarmut haben, zeigen, dass eine umfassende Strategie mit abgestimmten Schritten notwendig ist. Die Chancen für einen Umbau der verwobenen deutschen Sozial-, Wohlfahrts- und Familienpolitik ist einmalig gut: 45 Millionen Menschen haben Arbeit, so viele wie noch nie; die Arbeitslosigkeit ist auf einem historisch niedrigen Niveau; die öffentlichen Kassen sind gut gefüllt.

Leider kreist alle Unterstützung für Kinder in Deutschland immer noch um die Familie. Doch Eltern dürfen nicht länger allein verantwortlich für ihre Kinder gemacht werden. Der Abbau von Kinderarmut ist eine gemeinschaftliche Aufgabe, bei der es um sechs miteinander verbundene Schritte geht:

- » Finanzielle Grundsicherung für jedes Kind
- » Familienfreundliche Arbeitsplätze
- » Nachhaltige Elternbildung
- » Gute außerfamiliäre Infrastruktur der Kinderbetreuung
- » Ausgleichende Förderung im Bildungssystem
- » Kinderrechte im Grundgesetz

Dies sind die sechs Schritte aus der Kinderarmut, die im neuen Koalitionsvertrag zumindest teilweise eingeschlagen werden.

» **Erstens** sollte die neue Bundesregierung eine finanzielle Kindergrundsicherung schaffen. Statt blumig über ein bedingungsloses Grundeinkommen für alle sollte ganz konkret über eine bedingungslose Grundsicherung für die jüngsten Gesellschaftsmitglieder debattiert werden. Familien mit Kindern sind materiell erheblich schlechtergestellt als Paare ohne Kinder. Erhöhungen von Kindergeld und Kinderfreibetrag binden viel Steuergeld und sind nicht zielgenau. Gezielte Transferleistungen könnten Kindern vor allem in armutsgefährdeten Haushalten besser helfen. Die frühere Familienministerin Katharina Barley hat vorgeschlagen, Kindergeld, Kinderzuschlag, Sozialgeld und Steuerfreibeträge zu bündeln. Das ist der richtige erste Schritt, den die neue Familienministerin hoffentlich bald einleiten kann.

» **Zweitens** ist eine für Familien sensible Arbeitspolitik erforderlich. Fast alle Eltern wünschen sich heute eine Erwerbstätigkeit und die reibungslose Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Sie fühlen sich aber oft mit der Anforderung alleingelassen, ein Familienleben zu organisieren, bei dem sie sowohl ihren Kindern als auch ihrem Arbeitgeber gerecht werden. Politik und Wirtschaft sollten Angebote für eine flexiblere Arbeitsgestaltung machen. Hier ist der neue Arbeitsminister gefragt.

» **Drittens** muss die pädagogische Kompetenz der Erwachsenen gefördert werden. Eltern stehen unter Druck: Sie sollen zu ihren Kindern eine gute Beziehung haben, ihnen Chancen bieten, gleichzeitig aber berufliche Herausforderungen meistern. Es gibt bereits Kurse für Eltern, wegen ihrer »Komm-Struktur«



muss man sie aber aktiv suchen und meist auch dafür bezahlen. Das ist der falsche Weg, es sollte genau umgekehrt sein: In jeder Kita und Schule wird eine in den Alltagsbetrieb integrierte »gebundene« Form der Elternbildung eingerichtet. Wer dort an Kursen teilnimmt, sollte finanzielle Vergünstigungen wie etwa Freikarten für Schwimmbäder erhalten. Eine schöne Aufgabe für Franziska Giffey.

» **Viertens** sollte der Gesetzgeber die soziale Infrastruktur für Familien mit Kindern weiter verbessern. Öffentliche Einrichtungen der »Daseinsvorsorge« sind für arme Menschen ganz besonders wichtig. Nachdem der Ausbau der Vorschulangebote gut vorangekommen ist, geht es jetzt um die Sicherung der Qualität der Betreuung der Kinder. Und um die Kosten: Es ist nicht nachvollziehbar, warum Schulen und Hochschulen in Deutschland kostenlos sind, aber der vorschulische Bereich erheblich von Eltern finanziert werden muss. Alle Bundesländer sollten Rheinland-Pfalz folgen und die vorschulische Erziehung kostenfrei gestalten. Einkommensschwache Eltern würden ihre Kinder dann eher in die Kita schicken.

» **Fünftens** braucht das Bildungssystem mehr gezielte Förderangebote. Schulleistungen in Deutschland sind sehr stark an die familiäre Herkunft gebunden. Kinder aus armen Familien erhalten immer noch nicht die frühe Förderung, die sie dringend brauchen, von der Kindertagesstätte über die gesamte Schulzeit hinweg. Die Ganztagschulen, die dieses Ziel erreichen, sind sehr teuer. Viele Länder stehen hier immer noch auf der Bremse. Das beschlossene Recht der Eltern auf einen Ganztagsplatz und die ebenfalls beschlossene Aufhebung des Kooperationsverbots im Schulbereich können Bund und Ländern hier neue Impulse geben.

» **Sechstens** sollte die neue Regierung die rechtliche Stellung von Kindern stärken. Kinderrechte sind im Grundgesetz nicht verankert. Als Reaktion auf den Nationalsozialismus wurden nach dem Zweiten Weltkrieg die Weichen in Richtung eines Elternmonopols gestellt. Nehmen Eltern ihre Verantwortung wahr, geht es ihren Kindern gut; machen Eltern dies nicht, geht es den Kindern schlecht. Die jetzt endlich angekündigte Festschreibung von Kinderrechten im Grundgesetz wird die Verantwortung der gesamten Gesellschaft für ihre Kinder unterstreichen.

» **Fazit:** Der Abbau von Armut bei Kindern ist eine Querschnittsaufgabe, die alle politischen Bereiche einbezieht. Jeder einzelne Schritt ist wichtig, aber er kann seine Wirkung nur entfalten, wenn er mit den anderen verbunden wird. Natürlich geht es um Geld, aber ebenso um kulturelles Umdenken, um den Abbau von falschen Konventionen – denn Kinderarmut ist mit der gesamten Architektur der Sozial- und Wohlfahrtspolitik und hier vor allem mit den Traditionen der Familienpolitik verwoben. Diese Architektur muss in Deutschland dringend neu justiert werden. Die neue Bundesregierung hat die Chance, sich hierum verdient zu machen.

Literatur beim Verfasser  
 PROF. DR. KLAUS HURRELMANN, Professor of Public Health and Education,  
 Hertie School of Governance, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin,  
 E-Mail: hurrelmann@hertie-school.org



IMPRESSUM



- » **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskeweg 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:** @LVGundAFS
- » **ISSN:** 1438-6666
- » **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld
- » **Redaktion:** Thomas Altgeld, Sven Brandes, Ilka-Marina Meyer, Lea Oesterle, Susan Radant, Astrid Thulke, Theresa Vanheiden
- » **Beiträge:** Thomas Altgeld, Till Amelung, Prof. Dr. Katharina Böhm, Annette Bergmüller, Inge Danielzick, Philipp Dickel, Prof. Dr. Christiane Falge, Sebastian Fischer, Dr. Nina Fleischmann, Markus Garthaus, GESUNDI-Forschungsteam, Ruben Glüsenkamp, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Dorothea Klinnert, Sabine König, Prof. Dr. Petra Kolip, Prof. Dr. Thomas Lampert, Reza Mazhari, Ilka-Marina Meyer, Sandra Pape, PartKommPlus-Team, Dr. Maren Preuß, Susan Radant, Doris Reischer, Prof. Dr. Hartmut Remmers, Elena Reuschel, Patrizia Rothofer, Isabelle Rudolph, Tanja Sädtler, Wiebke Sannemann, Stephanie Schluck, Dr. Esther Schröder, Dr. Ute Sonntag, Brigitte Steinke, Janna Stern, Janine Sterner, Prof. Dr. Knut Tielking, Astrid Thulke, Prof. Dr. Hella von Unger, Theresa Vanheiden, Birgit Wolff, Marc Younes
- » **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 100: 01.08.2018  
 Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
- » **Auflage:** 10.000
- » **Gestaltung:** Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation
- » **Druck:** Druckerei Hartmann GmbH & Co. KG
- » **Erscheinungsweise:** 4 x jährlich, im Quartal  
 Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor\*innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.
- » **Titelbild:** © Fotolia.com: Kevin Carden
- » **Fotos:** Abb. 1 © Autor Thomas Lampert, Datenbasis: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS Basis 2003-06) (S. 5), Abb. 2 © GESUNDI-Forschungsteam nach Dahlgren und Whitehead (S. 7), Abb. 3 © Autorin Wiebke Sannemann (S. 12), Foto © Autorinnen Esther Schröder, Inge Danielzick (S. 15) alle anderen: © Fotolia.com: © Kevin Carden (S. 2), © Photographee.eu (S. 8), © Kzenon (S. 9), © De Visu (S. 11), © Kaspars Grinvalds (S. 13), © Ilan Amith (S. 16), © Bits and Splits (S. 17), © Robert Kneschke (S. 19), © adrian\_ilie825 (S. 20), © dusanpetkovic1 (S. 21), © StockPhotoPro (S. 22), © oneinchpunch (S. 24), © ArTo (S. 29), © New Africa (S. 31)
- » **Liebe Leser\*innen, wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der Impulse speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter info@gesundheit-nds.de widersprechen.**
- » **Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.**





KATHARINA BÖHM, DOROTHEA KLINNERT

## Die Umsetzung des Präventionsgesetzes in den Bundesländern

### Hintergrund

Das Präventionsgesetz verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (zugleich für die Pflegekassen) zusammen mit den Trägern der Renten- und Unfallversicherung und den zuständigen Landesministerien eine Landesrahmenvereinbarung (LRV) zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie zu schließen (§ 20f. SGB V). Zum Inhalt der LRVen macht das Gesetz nur allgemeine Angaben. So sollen sich die Beteiligten zum Beispiel über Ziele und Handlungsfelder, die Koordinierung von Leistungen, die Klärung von Zuständigkeitsfragen sowie die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und der Jugendhilfe einigen. Damit ergibt sich ein großer Handlungsspielraum für die Umsetzung in den Ländern.

### Der Inhalt der Landesrahmenvereinbarungen im Vergleich

In allen Ländern, mit Ausnahme Berlins, sind inzwischen LRVen verabschiedet worden. Sie ähneln sich stark in ihrer Struktur und auch die Formulierungen sind an vielen Stellen identisch, da eine von den Trägern auf Bundesebene genehmigte Mustervorlage als Verhandlungsgrundlage gedient hatte. Unsere Inhaltsanalyse zeigt dennoch große Unterschiede zwischen den Ländern: Mit Ausnahme von Baden-Württemberg (BW) und Thüringen (TH) sehen alle LRVen die Schaffung neuer Strukturen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes vor. Die Verbindlichkeit der eingerichteten Gremien variiert jedoch erheblich. So sehen die LRVen in Hessen (HE) und Niedersachsen (NI) nur die Einrichtung eines Dialogforums zum Austausch der Beteiligten vor. In Brandenburg (BB) erfüllt diese Funktion die »Brandenburger Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung«. Auch die LRV Mecklenburg-Vorpommern (MV) sieht nur einen regelmäßigen Austausch vor, allerdings wurde hierfür kein Gremium etabliert. Rheinland-Pfalz (RP), Schleswig-Holstein (SH) und das Saarland (SL) gehen ei-

nen Schritt weiter und haben eine Steuerungsgruppe eingerichtet, in der sich die Träger über gemeinsame Projekte abstimmen. In RP und SL ist zusätzlich die Einrichtung einer Präventionskonferenz durch die Beteiligten der LRV vorgesehen. Die Gremien in Bayern (BY), Bremen (HB), Nordrhein-Westfalen (NW), Sachsen (SN) und Sachsen-Anhalt (ST) sind im Unterschied zu den vorgenannten Gremien mit expliziter Entscheidungskompetenz ausgestattet. BW stellt einen Sonderfall dar. Hier sieht ein Landesgesetz die Einrichtung eines Landesausschusses vor, der die Umsetzung der LRV begleiten soll. Ein gemeinsamer Fördertopf ist in keiner LRV verankert. Bezogen auf die Zusammenarbeit und Beteiligung weiterer Akteure bleiben die meisten LRVen sehr allgemein. Den ÖGD, dessen Einbeziehung gesetzlich gefordert ist, berücksichtigen die LRVen in der Regel nur durch die Integration seiner rechtlichen Grundlagen in den Geltungsbereich der LRV beziehungsweise bei der Zielplanung. Ein explizites Bekenntnis zu einer verstärkten Zusammenarbeit mit dem ÖGD und der Jugendhilfe findet sich nur in den LRVen von MV, NW, SN, ST und TH. Die zentrale Rolle der Kommunen und die daraus abgeleitete Notwendigkeit der verstärkten Kooperation werden allein in BW und NW betont. In den LRVen der Länder BB, RP, SN und SH werden die Kommunen zur Zusammenarbeit eingeladen oder diese als besondere Zielgruppe beziehungsweise Handlungsfeld genannt. Die bayrische LRV befürwortet den Ausbau von Netzwerken zur Verständigung über Maßnahmen auf der kommunalen Ebene und auch in NI können kooperierende Kommunen an der Planung von Maßnahmen beteiligt werden. Die Einbeziehung der Landesvereinigungen für Prävention und Gesundheitsförderung (LVG) wird nur in fünf LRVen erwähnt: In BY und NI soll (beziehungsweise kann) auf ihre Expertise zurückgegriffen werden und in HH, SN und TH sind die Geschäftsstellen der Gremien bei den LVGen angesiedelt. In BW kann die »Stiftung für gesundheitliche Prävention« als Durchführungsagentur beauftragt werden.

### Praktische Umsetzung

Die meisten sehr allgemein gefassten LRVen halten Details der Durchführung überwiegend in zusätzlichen, in der Regel nicht öffentlichen, Geschäftsordnungen und Vereinbarungen fest. Die thüringische LRV bleibt beispielsweise sehr nahe an der Mustervorlage, die tatsächliche Umsetzung ist jedoch sehr weitreichend: Ein Steuerungsgremium, bestehend aus allen LRV-Beteiligten, trifft Entscheidungen über die Eckpunkte der Zusammenarbeit sowie über die gemeinsame Finanzierung von Projekten. Unterstützt wird es dabei durch eine Geschäftsstelle, die bei der LVG Thüringen angesiedelt ist. Der LRV-Prozess ist zudem personell wie auch institutionell eng mit der Landesgesundheitskonferenz verschränkt. Nordrhein-Westfalen hat mit der Einrichtung einer mit umfassender Entscheidungskompetenz ausgestatteten Steuerungsgruppe, bestehend aus allen LRV-Beteiligten, bereits in der LRV weitreichende Vereinbarungen getroffen. Darüber hinaus wurden im Zuge der Umsetzung der LRV weitere Arbeitsgruppen sowie ein gemeinsames zentrales Antragsverfahren einschließlich einer Prüfstelle zur Organisation des Verfahrens (angesiedelt beim Landesamt für Gesundheit) etabliert. Auch in Bayern und Niedersachsen wurde ein zentrales Antragsverfahren geschaffen. Es gibt jedoch auch Bundesländer, wie zum Beispiel Hessen, in denen die Umsetzung bis dato nicht über die LRV hinausgeht.



### Fazit

Auch drei Jahre nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes ist nur ein Zwischenfazit möglich. Zwar sind inzwischen 15 LRVen verabschiedet und Arbeitsstrukturen aufgebaut worden; Ergebnisse in Form von gemeinsamen Projekten liegen jedoch erst vereinzelt vor. Im bundesweiten Vergleich bestehen große Unterschiede, insbesondere was die Zusammenarbeit der Beteiligten betrifft. Inwiefern sich diese Unterschiede auf die Programmebene auswirken, wird erst in ein paar Jahren zu beantworten sein.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. KATHARINA BÖHM, Fakultät für Sozialwissenschaft, Ruhr-Universität Bochum, E-Mail: katharina.boehm@rub.de

DOROTHEA KLINNERT, Institut für Politikwissenschaft, Gutenberg-Universität Mainz

**BIRGIT WOLFF, MAREN PREUSS, DORIS REISACHER,  
TANJA SÄDTLER**

## Projekt zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen

Psychische Erkrankungen treten mit zunehmendem Alter häufiger auf als in jüngeren Lebensphasen. Krankheitsbedingte und durch zunehmende Hilfs- und Pflegebedürftigkeit begünstigte Einschränkungen der Selbstständigkeit und Autonomie stellen eine zusätzliche psychische Belastung dar. Auch der Einzug in ein Pflegeheim mit dem Verlust der vertrauten Umgebung und den sozialen Bezügen wird von Menschen überwiegend als krisenhaft erlebt. Studien zufolge sind unter den Bewohner\*innen stationärer Pflegeeinrichtungen ca. zwei Drittel von gerontopsychischen Erkrankungen betroffen. Demenz und Depressionen, aber auch Sucht und Angststörungen nehmen hierbei einen großen Stellenwert ein. Der Umgang mit diesen Erkrankungen stellt die Beschäftigten vor große Herausforderungen, insbesondere dann, wenn auch Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen betreut werden.

### Inhalte des Projekts

Das Projekt »Leben in Balance – Die psychosoziale Gesundheit von Pflegebedürftigen in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen stärken« mit einer Laufzeit vom 01.01.2018 bis 31.12.2020 zielt auf den Erhalt, beziehungsweise die Verbesserung, des psychi-

schen Wohlbefindens von Gästen in Tagespflegen und Bewohner\*innen in vollstationären Einrichtungen. Den Projektförderern – die AOK Niedersachsen und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) – ist es ein besonderes Anliegen, in einem Setting, in dem bisher wenig empirisch gesichertes Wissen über die Ausgestaltung von gesundheitsförderlichen Ansätzen besteht, die dort tätigen Einrichtungen gezielt zu unterstützen. Das Ziel besteht darin, in den Einrichtungen Maßnahmen und Konzepte im Sinne eines systematischen Entwicklungsprozesses umzusetzen sowie nachhaltige Strukturen zur Förderung der psychischen Gesundheit der Tagespflegegäste beziehungsweise Bewohner\*innen zu etablieren. Hierfür können beteiligte Einrichtungen nach der Einführung des Präventionsgesetzes gemäß § 5 SGB XI bei den Pflegekassen Anträge zur Förderung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung der Gäste beziehungsweise Bewohner\*innen stellen.

### Fachliche Beratung, Fortbildung und Netzwerkarbeit

Im Rahmen des Projekts wird interessierten (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen eine fachliche persönliche und telefonische Begleitung angeboten, die sich sowohl auf die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Interventionen im Bereich der verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen, auf Fragen der Umsetzung sowie auf die Antragstellung bei der AOK Niedersachsen und der SVLFG richtet. Darüber hinaus werden Fortbildungsveranstaltungen für Führungskräfte, Pflege- und Betreuungskräfte (§ 53c SGB XI) sowie für sozialpädagogische, therapeutische und weitere Berufsgruppen aus (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen angeboten. Im Fokus steht die Vermittlung von Fachwissen zum Thema »Psychische Gesundheit«, das Kennenlernen von guten Praxisbeispielen und die Entwicklung von präventiven Konzepten. In den Fortbildungen werden Handlungsfelder und Interventionen zur Stärkung der Identität und Individualität der pflegebedürftigen Menschen, zum Erhalt und zur Förderung ihrer persönlichen Beziehungen sowie des Lebens in der Gemeinschaft vorgestellt. Perspektivisch soll ein Netzwerk von interessierten Einrichtungen entstehen, das dem weiteren fachlichen Austausch dient.

### Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen mit der von Beschäftigten verknüpfen

Darüber hinaus wird an eine Verknüpfung dieses Projekts mit dem Angebot der AOK Niedersachsen zur Etablierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements für Beschäftigte in den Einrichtungen gedacht. Die Gesundheitsförderung der Pflegebedürftigen sollte Hand in Hand mit der Gesundheitsförderung von Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen gehen. Anträge für präventive Maßnahmen für Mitarbeiter\*innen können nach § 20 SGB V bei den Krankenkassen gestellt werden. (Teil-)Stationäre Pflegeeinrichtungen, die sich für einen bewussten Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen entscheiden, leisten einen großen Beitrag zur Steigerung der Zufriedenheit ihrer Gäste beziehungsweise Bewohner\*innen und ihrer Beschäftigten sowie zur Etablierung einer Kultur der Achtsamkeit und Wertschätzung. Sie können hierdurch zudem in der öffentlichen Wahrnehmung einen Imagegewinn erzielen. Mehr zu diesem Thema finden Sie unter <http://www.gesundheit-nds.de/index.php/leben-in-balance>.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum



ASTRID THULKE, BIRGIT WOLFF

## Bundesweite unabhängige Beschwerdestelle für die Lebenshilfe – Bubl

Anfang Dezember des vergangenen Jahres hat die bundesweite unabhängige Beschwerdestelle für die Lebenshilfe (Bubl) ihre Kommunikationswege geöffnet. Bubl ist ein Kooperationsprojekt der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. und der Bundesvereinigung der Lebenshilfe e. V. Das Ziel von Bubl besteht darin, mit einem unabhängigen bundesweiten und niedrigschwelligen Angebot Nutzer\*innen und Angehörigen der Lebenshilfe den Zugang zum Beschwerdewesen zu erleichtern, aber auch Beschwerden zu bearbeiten, die ansonsten nicht den Weg in die Einrichtungen finden würden. Somit stellt die Beschwerdestelle auch eine Ergänzung zum bestehenden Qualitätsmanagement für Mitgliedsorganisationen der Lebenshilfe dar.

### Zielsetzung des Projekts

Das übergeordnete Ziel ist es dabei, Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen sowie den Prozess des Empowerment zu unterstützen. Als Qualitätsinstrument verstanden trägt die Beschwerdestelle dazu bei, die Rechte und die Selbstwirksamkeit von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen von Mitgliedsorganisationen der Lebenshilfe zu stärken. Eine besondere Zielgruppe bilden dabei Menschen, die besonders schwer zu erreichen sind, wie zum Beispiel Menschen mit einer geistigen Behinderung sowie schwerst- und/oder mehrfach behinderte Menschen.

### Verlauf und erste Erfahrungen

Im Rahmen eines umfangreichen Verfahrens wurde Bubl Ende 2017 und Anfang 2018 beworben. Die Werbematerialien – Flyer in leichter und schwerer Sprache sowie Plakate – sind ganz im partizipativen Sinne an die Nutzer\*innen (Räte, Vertreter\*innen et cetera) sowie an die örtlichen Einrichtungen versandt worden. Interne Lebenshilfezeitungen und die unterschiedlichen Websites der Lebenshilfe kamen als Werbepattform ebenso zum Tragen. Die Beschwerdestelle Bubl ist über verschiedene Kommunikationswege erreichbar und möchte damit eine hohe Nutzerfreundlichkeit erreichen. Die verfügbaren Wege sind die Nutzung einer kostenfreien Telefonnummer, WhatsApp, ein anonymes Kontaktformular über die Bubl-Website, E-Mail-Kontakt oder der postalische Beschwerdeweg.

Die Beschwerdestelle nimmt Beschwerden von Menschen insbesondere mit geistiger Behinderung, von ihren Angehörigen, Freunden und Bekannten sowie von den Mitarbeitenden der Lebenshilfe entgegen. Die Anzahl der Beschwerden von Mitgliedern der Lebenshilfe überwiegt derzeit, wenngleich auch einige wenige Anfragen aus Einrichtungen stammen, bei denen keine Mitgliedschaft in der Lebenshilfe besteht. Die Beschwerdestelle wird nicht nur als Angebot zur Beschwerdebearbeitung genutzt, sondern auch als Beratungsangebot verstanden. Im Erstgespräch wird gemeinsam mit der sich beschwerenden Person überlegt, ob es zu einer selbstständigen Bearbeitung durch die\*den Beschwerdeführer\*in kommen soll oder zu einer Weiterleitung der Beschwerde zur Bearbeitung über den zuständigen Landesverband. Gemeinsam wird geschaut, inwiefern die\*der Beschwerdeführer\*in ihre\*seine Beschwerde selbstständig bearbeiten kann und mögliche Wege aufgezeigt. In vielen Fällen wird das Beschwerdetelefon auch dazu genutzt, um von einer belastenden Situation zu berichten, ohne dass es in der Folge zu einer weiterführenden Beschwerdebearbeitung kommt. Nicht selten finden zu den Einzelbeschwerden mehrere Gesprächs- und Beratungskontakte statt. Soll die Beschwerdebearbeitung über Bubl erfolgen, wird diese an die jeweils zuständige Landesgeschäftsführung weitergeleitet, um dort in den zuständigen Stellen und in den bekannten Strukturen des jeweiligen Beschwerde- und Qualitätsmanagements entsprechend bearbeitet zu werden.

### Fazit

Anhand der Bubl-Beschwerdestatistik wird deutlich, dass die Beschwerdestelle von allen potenziellen Nutzergruppen in großer Zahl in Anspruch genommen wird. Die Gewichtung der Dialoggruppen gestaltet sich mit unterschiedlicher Verteilung sowie anhand von unterschiedlichen Schwerpunkten. Menschen, die einen hohen Hilfebedarf aufweisen, sind nach wie vor schwer zu erreichen und auf die Hilfe Dritter angewiesen. Hier gibt es noch einen großen Bedarf, sowohl bei Menschen mit Behinderungen, die sich nicht selbstständig beschweren können, wie auch bei Menschen, die sich stellvertretend melden. Mehr Informationen unter [www.bubl.de](http://www.bubl.de) sowie telefonisch unter 08000 118 018.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum

BIRGIT WOLFF, REZA MAZHAR

## Qualifizierung von Demenzbeauftragten in Krankenhäusern

Im Zuge des demografischen Wandels nimmt auch die Zahl der Demenzkranken exponentiell zu und stellt das Gesundheitswesen, dabei insbesondere auch Krankenhäuser, vor wachsende Herausforderungen. Wenn Demenzkranke wegen eines Oberschenkelhalsbruchs oder einer Kardiopathie in einem Krankenhaus aufgenommen werden, ist die Demenz überwiegend nur eine »Nebendiagnose«. Für Menschen mit demenziellen Einschränkungen lösen die Verlegung und der Aufenthalt in der akuten oder rehabilitativen Versorgung oft eine Stress verursachende und krisenhafte Situation aus. Auf der anderen Seite wirken sich demenzbedingte Einschrän-



kungen und Verhaltensweisen häufig erschwerend auf die pflegerischen Abläufe und die ärztliche und therapeutische Behandlung aus.

### Hintergrund

Das Personal im Krankenhaus ist auf den Umgang mit diesen Herausforderungen meist wenig vorbereitet. Pflegekräfte in Allgemeinkrankenhäusern erleben fachliche Defizite und fühlen sich bei der Versorgung dieser Patientengruppe schnell überlastet. Konzepte zur Verbesserung der Kommunikation und zum Umgang mit demenzbedingten Verhaltensweisen, aber auch bekannte Ansätze zur pflegerischen Versorgung von Demenzkranken, die inzwischen seit Jahrzehnten in Pflegeheimen umgesetzt werden, sind auf die Verhältnisse innerhalb der stationären Langzeitversorgung zugeschnitten und daher nicht direkt auf vollstationäre Krankenhausabläufe übertragbar. Qualifizierte Konzepte sowie Betreuungs- und Beschäftigungsangebote, wie sie häufig in Pflegeheimen und Tagespflegeeinrichtungen existieren, sind im Krankenhaus nicht bekannt, obgleich sie geeignete Maßnahmen darstellen, um das Wohlbefinden der Betroffenen zu erhöhen und Verhaltensauffälligkeiten präventiv zu begegnen.

Besondere Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz lassen sich noch ebenso selten in Krankenhäusern vorfinden wie Fachpersonal mit einer gerontopsychiatrischen oder fachspezifischen Demenzfort- oder -weiterbildung. Derartige Konzepte können allerdings nur mit dem nötigen Fachwissen konzipiert und umgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund organisiert die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AfS Nds. e. V.) auch 2017/2018 zum dritten Mal eine Fortbildung zur\* zum Demenzbeauftragten im Krankenhaus. Dabei werden medizinische, pflegerische und pädagogische Fachkräfte qualifiziert, um Projekte zur Verbesserung der Versorgungssituation von Demenzpatient\*innen initiieren und umsetzen zu können. Im Februar 2018 haben 10 Teilnehmende aus sechs unterschiedlichen Kliniken in Niedersachsen, Sachsen und Baden-Württemberg diese Fortbildung erfolgreich absolviert und ein jeweils einrichtungsspezifisches Projektkonzept mit dem Schwerpunkt »Menschen mit Demenz im Krankenhaus« entwickelt und im Rahmen einer Abschlussveranstaltung präsentiert. Die teilnehmenden Einrichtungen werden mit der Umsetzung dieser Konzepte nicht nur nachhaltig die Versorgungssituation von Demenzerkrankten verbessern, sondern auch für eine Entlastung des ärztlichen, pflegerischen und auch des therapeutischen Personals sorgen.

### Ergebnisse und Ausblick

Bei der LVG & AfS Nds. e. V. wurden seit 2015 insgesamt 46 Mitarbeitende aus Krankenhäusern zur\* zum Demenzbeauftragten fortgebildet. Demenzbeauftragte in Kliniken initiieren möglichst in Kooperation mit anderen Stellen spezifische Ansätze, die die gesamte Versorgung von Demenzpatient\*innen verbessern können. Sie tragen erworbenes Wissen im Sinne der Multiplikation in die Krankenhausorganisation. Von der Idee bis zur Umsetzung von Maßnahmen wird der Prozess durch eine Steuerungsgruppe unterstützt, die sich neben den Demenzbeauftragten aus mindestens einer Führungskraft aus der Geschäftsführung oder dem Pflegedirektorium, anderen zentralen Stellen und dem Qualitätsmanagement zusammensetzt. Von diesem Gremium werden alle diesbezüglichen



Aktivitäten – von einer Ist-Analyse über die Planung und Umsetzung sowie die Evaluation des Prozesses – gesteuert. Demenzbeauftragte können beispielsweise die Organisation von Fortbildungsangeboten, die Koordination einer tagesbetreuenden Maßnahme, die Beratung von Angehörigen, Aufgaben im Bereich des Einsatzes von ehrenamtlichen Kräften oder Demenzvisiten zur Unterstützung des Umgangs mit Demenzpatient\*innen übernehmen. Entsprechend der ihnen zugewiesenen Aufgabe benötigen sie zeitliche, personelle, räumliche und andere Ressourcen. Die LVG & AfS Nds. e. V. plant für das Jahr 2019 erneut eine Fortbildung zur\* zum Demenzbeauftragten anzubieten.

Literatur bei den Verfasser\*innen, Anschrift siehe Impressum

UTE SONNTAG, STEPHANIE SCHLUCK, BRIGITTE STEINKE,  
SABINE KÖNIG

## Studentisches Gesundheitsmanagement ist im Kommen

Immer mehr Hochschulen sind neugierig darauf, wie Gesundheitsmanagement für Studierende aufgebaut und verstetigt werden kann. Besonders wichtig für den Erfolg ist, die Studierenden einzubeziehen und sie mitgestalten zu lassen – Partizipation ist das Zauberwort. Bedeutsam ist auch die Rückenbedeckung der Hochschulleitung und dass diese das Vorhaben unterstützt. Diese Erkenntnisse haben sich im Projekt »Studentisches Gesundheitsmanagement (SGM)« erneut bestätigt. Das Projekt der Techniker Krankenkasse und der LVG & AfS Nds. e. V. in Kooperation mit dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen gibt seit drei Jahren Impulse und begleitet interessierte Hochschulen. Kürzlich ist eine Spezial-Ausgabe der Deutschen Universitätszeitung (duz) zu Gesundheitsförderung für Studierende erschienen, in der der aktuelle Stand der Erkenntnisse zusammengetragen ist und Modelle guter Praxis beschrieben werden. Was wissen wir über die Gesundheit Studierender? Was sind Spezifika eines SGMs? Wie kann es gelingen, dass Studierende ihre Lebenswelt gesundheitsfördernd gestalten? Wie binde ich das SGM in die Strukturen meiner Hochschule ein? Auf diese und weitere Fragen liefert die aktuelle duz SPECIAL erste Antworten aus der Praxis für die Praxis.



Das Projekt SGM ist seit Beginn 2018 auf Deutschlandtour und bietet in den verschiedenen Regionen der Republik Seminare an, um Hochschulen anzuregen, ein SGM auf- beziehungsweise auszubauen. Unter dem Titel »Studentisches Gesundheitsmanagement – wie geht denn das?« fanden die ersten beiden Seminare an der FU Berlin und der Universität Bonn statt. Geplant sind im Herbst ein weiteres Seminar in Thüringen und vom 13.–14. Dezember ein Seminar am Karlsruher Institut für Technologie. Die Seminare dienen der Weiterbildung und stellen den neusten Stand in der Konzeptentwicklung im Zusammenhang mit SGM dar. Insbesondere Gesundheitsmanager\*innen, Studierende, Studierendenvertreter\*innen, Fachschaften, Studierendenwerke sowie Mitarbeitende von Hochschulsporteinrichtungen werden hierdurch angesprochen, in einem methodischen Wechsel zwischen theoretischen Inputs und praktischen Beispielen in den Austausch zu kommen. Das Ziel der Seminare besteht neben der Wissensvermittlung vor allem darin, den Hochschulen Impulse für die Umsetzung eines SGMs zu geben.

Am Ende der Projektzeit 2019 soll ein Leitfaden die gesammelten Erfahrungen systematisiert zusammenfassen und interessierten Hochschulen Hilfestellungen geben, wie SGM umgesetzt werden kann.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum

**PHILIPP DICKEL**

## Die Poliklinik Veddel Ein Stadtteilgesundheitszentrum in Hamburg

Das Stadtteilgesundheitszentrum Veddel, so wie es seit einem Jahr besteht, geht auf eine langjährige Auseinandersetzung mit den Konzepten der Weltgesundheitsorganisation, der Commission on Social Determinants of Health, dem Primary-Health-Care-Ansatz und den Empfehlungen der Ottawa-Charta zurück. Vor diesem Hintergrund entwickelte sich ein dezidiert gesundheits- und gesellschaftspolitischer Anspruch, nämlich eine gute, an der Lebenswelt der Menschen orientierte primärmedizinische Versorgung mit Fokus auf (Verhältnis-)Prä-

vention. Das Ziel des Projekts besteht darin, die bisher nur punktuell vorhandene Vernetzung zwischen sozialen und gesundheitlichen Versorgungsstrukturen an einem Ort zu verbinden, präventive Ansätze zu stärken und hierdurch langfristig zu einer Reduktion von gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten beizutragen. Aktuell verbinden wir eine hausärztliche Versorgung mit Präventionsprojekten, psychologischer, sozialer und rechtlicher Beratung. Alles unter einem Dach.

### Ausgangslage und Herausforderungen im Stadtteil Veddel

Der multikulturell geprägte Hamburger Stadtteil Veddel steht paradigmatisch für Städte in Deutschland und Europa, die gespalten sind, was Morbidität und Mortalität (die Menschen leben hier durchschnittlich fast 11 Jahre kürzer als in den reicheren Vierteln Hamburgs) sowie die Versorgung mit sozialer Infrastruktur betrifft. In der ambulanten Gesundheitsversorgung haben bis jetzt innovative Konzepte gefehlt, die auf die Herausforderungen von postnationalen Städten, in denen gesundheitliche Ungleichheiten steigen, Antworten geben.

### Neue Wege der ganzheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung

Hier möchte die Poliklinik andere Wege gehen. Wir sehen eine moderne Medizin und Sozialarbeit in der Verantwortung, auf gesellschaftliche Ungerechtigkeiten, die krank machen, aufmerksam zu machen. Ein wichtiger Aspekt ist die Kontextualisierung der Intervention und Forschung: Arbeit, Bildung und Wohnort werden nicht einfach als singuläre Fakten gewertet, die ein bestimmtes Risiko implizieren, stattdessen werden sie als Manifestationen der historisch gewachsenen gesellschaftlichen Machtverhältnisse untersucht und bearbeitet. In der Praxis bedeutet das, dass eine erfolgreiche Gesundheitsförderung nur mit einer Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse erreicht werden kann.

Ein Beispiel: Wenn in der allgemeinärztlichen Sprechstunde festgestellt wird, dass die Ursache für immer wiederkehrende Kopfschmerzen stressbedingt ist, können im Nebenzimmer bei der Gesundheits- und Sozialberatung Stressursachen analysiert werden. So können zum Beispiel unsichere und belastende Arbeitsverhältnisse der Auslöser sein. Der Arbeitgeber, bekannt im Viertel nicht durch seine faire Art, sondern wegen seiner Methoden seinen Angestellten immer wieder das Gefühl zu vermitteln, dass im Falle einer Krankmeldung die Kündigung drohen kann, hat schon für viel Kopfzerbrechen und in unserem Beispiel eben für Kopfschmerzen gesorgt. Darum gab es in diesem Fall im Beratungscafé einen Anwohneraustausch über den Umgang und Handlungsoptionen mit diesem Arbeitgeber. Es kamen viele Menschen mit unterschiedlichsten Ideen und so entstand die Idee der »Druckumkehr Veddel«: Die Arbeitnehmer\*innen drehen den Spieß um und setzen den Arbeitgeber unter Druck. Nun bekommt dieser »Kopfschmerzen« und muss sich fragen, wie er einen Streik seiner Belegschaft verhindern kann ...

### Perspektiven

In Zeiten der gesellschaftlichen Polarisierung und einem reaktionären Backlash brauchen wir progressive soziale Infrastrukturen als Basisprojekte, um Solidarität im Alltag erfahrbar zu machen. Wir sehen in multiprofessionellen Sozial- und Gesundheitszentren, die stadtteilorientiert und gesundheitsförderlich arbeiten, das Modell der Zukunft für den ambulanten



Bereich. Darüber hinaus hat die Poliklinik Veddel 2016 mit dem Gesundheitskollektiv Berlin ein Poliklinik-Syndikat gegründet. Das Ziel ist es flächendeckend gemeinnützige Stadtteilgesundheitszentren zu etablieren. Der Erfolg der Poliklinikbewegung ist dabei eng an die Frage geknüpft, ob es gelingt die Ökonomisierung des ambulanten Sektors aufzuhalten und ein ganz im Sinne des ursprünglichen Solidargedankens funktionierendes Finanzierungsmodell 2.0 für den ambulanten Sektor zu etablieren.

Literatur beim Verfasser

PHILIPP DICKEL, Poliklinik Veddel, Am Zollhafen 5B, 20539 Hamburg,

E-Mail: info@poliklinik1.org

ELENA REUSCHEL, PATRIZIA ROTHOFER,  
ISABELLE RUDOLPH

## Ausschreibung des 8. Niedersächsischen Gesundheitspreises

Bereits zum achten Mal schreiben das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, das Niedersächsische Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die AOK – die Gesundheitskasse für Niedersachsen und die Apothekerkammer Niedersachsen gemeinsam den Niedersächsischen Gesundheitspreis aus. Die bisherigen Ausschreibungen verdeutlichen, dass in Niedersachsen bereits sehr viele Projekte umgesetzt werden, die das Ziel verfolgen, die Gesundheitsförderung und -versorgung dieses Bundeslandes zu stärken. Insgesamt wurden in den letzten sieben Ausschreibungen 406 Projekte beworben und 30 Projekte mit dem Niedersächsischen Gesundheitspreis ausgezeichnet. In diesem Jahr werden in folgenden Preiskategorien innovative Ansätze gesucht:

### » Gesund Aufwachsen in der digitalen Welt

Smartphones, Tablets und so weiter prägen den Alltag von Kindern und Jugendlichen. Es wird gewischt, geklickt, geknipst! Digitale Medien eröffnen scheinbar unbegrenzte Möglichkeiten, sich mit anderen zu vernetzen, Erfahrungen auszutauschen und wahrgenommen zu werden. Die digitale Welt verändert die Art und Weise, in der Heranwachsende Freund-

schaften pflegen, lernen, spielen und ihre Freizeit verbringen. Gefahren für die gesundheitliche Entwicklung drohen, wenn die Medien nicht altersgerecht genutzt werden: Ein intensiver Medienkonsum ist häufig mit fehlender Bewegung, ungesundem Essverhalten und sozialer Isolation verknüpft. Neuere Untersuchungen stellen auch eine Verbindung mit Suchtverhalten her. Prämiert werden Projekte, die das Ziel verfolgen, Medienkompetenz und Gesundheit der Heranwachsenden zu fördern und zu unterstützen oder auch die Erziehungsaufgabe der Eltern in den Fokus nehmen.

### » Nachwuchsgewinnung und Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen

Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Pflegedienste, Krankenhäuser, Arztpraxen, physiotherapeutische Praxen, Wohn- und Betreuungseinrichtungen oder Apotheken stehen vor der Aufgabe, qualifizierte Arbeitskräfte zu finden. Darüber hinaus bestehen Verteilungsprobleme zwischen Stadt und Land. Gute Arbeitsbedingungen, die Anerkennung und Wertschätzung innerhalb der Profession, aber auch genügend Ausbildungsstätten sind unerlässlich, um die notwendigen Fachkräfte flächendeckend zu gewinnen und zu binden. Dies gilt besonders für Bereiche, in denen Menschen mit schweren körperlichen, seelischen und geistigen Beeinträchtigungen (zum Beispiel Demenz) betreut werden. Ausgezeichnet werden kreative Ansätze, die zur Gewinnung, Motivation und Bindung von Fachkräften beitragen und damit wichtige Impulse für ein Gesundheitswesen geben, das auch den demografischen Veränderungen Rechnung trägt.

### » eHealth – Innovative Lösungen zur Verbesserung der Versorgung und Gesundheitskompetenz

Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in jeder Region Niedersachsens mit hoher Qualität und leichtem Zugang stellt das Gesundheitswesen vor Herausforderungen. Der Einsatz von digitalen Technologien kann für mehr Qualität sorgen, insbesondere durch einen besseren Austausch von Informationen unter allen an der Versorgung Beteiligten. Prämiert werden Ansätze von einem sektorenübergreifenden und sicheren Austausch von Daten bis hin zu telemedizinischen Modellprojekten für eine effizientere Versorgung auch in ländlichen Regionen. Zugleich wird der Trend zu mehr Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung sichtbar. Gesucht werden daher auch Projekte, die das Wissen, die Motivation und Gesundheitskompetenzen mit modernen Informations- und Kommunikationstechnologien fördern und dazu befähigen, fundiertere Entscheidungen zu Gesundheitsförderung oder -versorgung zu treffen.

### Allgemeine Informationen

Bis zum 10. August 2018 sind alle Verbände, Institutionen, Initiativen, Unternehmen, Einzelpersonen und Fachleute aus den Bereichen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung sowie aus dem Bereich eHealth eingeladen, sich online unter [www.gesundheitspreis-niedersachsen.de](http://www.gesundheitspreis-niedersachsen.de) zu bewerben. Das Preisgeld beträgt insgesamt 15.000 Euro und wird zu jeweils 5.000 Euro auf die drei Kategorien aufgeteilt. Eine fachkundige Jury ermittelt pro Preiskategorie das beste Projekt. Die Preisverleihung findet am 27. November 2018 im Alten Rathaus in Hannover statt.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum





### PARTKOMMPLUS-TEAM

## PartKommPlus geht in die Verlängerung 2. Förderphase des Forschungsverbunds für gesunde Kommunen bis 2021

Der bundesweite Forschungsverbund PartKommPlus geht seit 2015 der Frage nach, wie kommunale Gesundheitsförderung partizipativ gestaltet werden kann. Übergeordnetes Ziel des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF; Förderkennzeichen 01EL1423A-H) geförderten Vorhabens ist es, nicht über Menschen zu forschen, sondern mit ihnen. So sollen Erkenntnisse gewonnen werden, die besser zur Lebensrealität der Betroffenen passen und die deshalb auch eine höhere Umsetzungswahrscheinlichkeit haben. Fünf Teilprojekte forschen in verschiedenen Kommunen mit unterschiedlichen partizipativen Ansätzen gemeinsam mit oft wenig beteiligten Zielgruppen, Fachkräften und kommunalen Akteur\*innen (vgl. auch den Artikel auf Seite 7 zu dem Projekt Gesund!). Zwei weitere Teilprojekte widmen sich übergeordneten Fragestellungen wie der Steuerung kommunaler Gesundheitsförderung sowie der Kooperation von Kommunen und Krankenkassen (Deutsches Institut für Urbanistik) und partizipativer Epidemiologie (Robert Koch-Institut). Ab Frühjahr dieses Jahres läuft nun die zweite Förderphase bis 2021.

### Teilprojekte des Forschungsverbundes

Im Projekt ElFe – Eltern fragen Eltern – wurden Eltern aus einem Berliner Bezirk sowie einer Kommune in Brandenburg zu Peer-Forschenden, die sich der Frage nach einer verbesserten Zusammenarbeit von Eltern und Fachkräften in der Kita widmeten. Die Eltern definierten die Forschungsfrage, führten Interviews und werteten diese gemeinsam mit den Wissenschaftler\*innen aus. Die Ergebnisse wurden in die Kommunalplanung eingebracht und helfen dabei, Angebote rund um Familie und Kita weiterzuentwickeln. In der zweiten Förderphase geht ElFe2 vom Modellprojekt zum Transfer in die Flä-

che: Es sollen partizipative Dialogformate entwickelt und erprobt werden, in denen Eltern routinemäßig an bezirklichen Planungsprozessen beteiligt werden können. Die Methodik der partizipativen Evaluation war Gegenstand des Projekts PEPBS – partizipative Evaluation der Präventionskette Braunschweig. Hier wurde die Braunschweiger Fördermaßnahme »Praxisklasse« für abschlussgefährdete Hauptschüler\*innen in den Blick genommen. Wissenschaftler\*innen haben dabei eng mit Jugendlichen, Lehrenden und kommunalen Verantwortlichen aus Jugendamt und Schulbehörde zusammengearbeitet. Die partizipative Evaluation hat für eine bessere Vermittlung zwischen den genannten Perspektiven gesorgt und eine Ausweitung auf andere Schulen befördert. In der zweiten Phase widmet sich das Projekt nun der Frage, wie Jugendliche stärker an der Angebotsentwicklung von Jugendzentren beteiligt werden können. Die Zusammenarbeit in Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten hat das Projekt Kommunale Entwicklung von Gesundheitsstrategien: Wissenschaft und Praxis im Dialog (KEG) in zwei Stadtteilen (Hamburg und Esslingen) partizipativ untersucht. Verschiedene Akteur\*innen, Vertreter\*innen der Hochschule und mitforschende Bewohner\*innen haben sich dabei zu Wissenschaft-Praxis-Partnerschaften getroffen. Unter der Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten wurden Ziele und Fragen abgestimmt, alle Schritte des partizipativen Forschungsprozesses geplant sowie die Ergebnisse diskutiert. Ferner wurden Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung vor Ort abgeleitet. In der aktuellen Phase entsteht auf Basis der Erkenntnisse ein Instrument zum Aufbau und zur Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten. Es wird ebenfalls partizipativ entwickelt und von der Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg künftig bei der Beratung von Kommunen und Stadtteilen angewendet.

### Wie es weitergeht ...

Das partizipative Projekt Age4Health – Gesunde Stadtteile für Ältere – untersucht und fördert gemeinsam mit Kooperationspartnern sowie professionellen und zivilgesellschaftlichen Akteuren Gestaltungsmöglichkeiten für eine gelingende Beteiligung von älteren Menschen. In zwei hessischen Kommunen sollen inklusive und gesundheitsförderliche Quartiere entwickelt werden, insbesondere für ältere Personen in schwierigen Lebenslagen. Durch die systematische Einbindung dieser Menschen in die Gestaltung ihres Lebensraums wurden in der ersten Phase vielfältige Initiativen entwickelt, die auch benachteiligten und/oder isolierten älteren Menschen Teilhabe ermöglichen. Die Prozesse sollen im Sinne der lokalen Nachhaltigkeit in der zweiten Projektphase weiterentwickelt und verstetigt werden. Bereits in der ersten Förderphase wurden vielfältige praxisnahe Materialien erarbeitet, die zukünftig in ein Handbuch einfließen sollen, das kostenfreie Arbeitshilfen für die partizipative Forschung in der kommunalen Gesundheitsförderung bietet.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.partkommplus.de](http://www.partkommplus.de) und [www.inforo.online/partkommplus](http://www.inforo.online/partkommplus). Ein ergänzender Artikel zu den Ergebnissen des RKI und des DiFu ist für die Impulse Nr. 100 geplant.

Ansprechpartner:

KOORDINIERUNGSSTELLE PARTKOMMPLUS, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Köpenicker Allee 39–57, 10318 Berlin, Tel.: (0 30) 50 10 10-906

THERESA VANHEIDEN, THOMAS ALTGELD

## Gesundheitsförderung und Prävention mit Menschen mit Behinderungen

Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderungen haben im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren einen deutlichen Aufschwung erfahren. Neben den individuellen Beeinträchtigungen sind insbesondere kontextbedingte Barrieren zu berücksichtigen, die Menschen mit Behinderungen an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern. Hierbei sind nicht die Einschränkungen, sondern die förderfähigen Ressourcen in den Mittelpunkt zu stellen. Doch wie sieht es in der Praxis tatsächlich aus? Vor dem Hintergrund des Präventionsgesetzes und der Schaffung von gesundheitlicher Chancengleichheit hat die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Bestandsaufnahme von Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderungen durchgeführt. Hierzu wurden in der Zeit von November 2016 bis Juni 2017 mittels einer Projektdatenbankenrecherche sowie Expert\*innenbefragungen aus unterschiedlichen Institutionen, Einrichtungen und Verbänden im Kontext der Behindertenhilfe Modelle guter Praxis im deutschsprachigen Raum recherchiert.

### Ergebnisse

Unter Anwendung der zwölf Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit konnten 28 Modelle guter Praxis identifiziert werden. Sie stammen aus den Bereichen Bewegung, Elternkompetenz, Gesundheitskompetenz, Selbstbestimmung, Ernährung, Suchtprävention, Kommunikation, Netzwerke und Sonstiges. Es wurde eine mangelnde Datenlage und Intransparenz von bestehenden Interventionen für Menschen mit Behinderungen jeglicher Art deutlich. Interventionen werden überwiegend in Einrichtungen der Behindertenhilfe, Werkstätten oder Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie in Freizeit- und Sporteinrichtungen durchgeführt. Interventionen, die im Sinne des Setting-Ansatzes strukturelle Veränderungen in der Lebenswelt beinhalten oder die in Kooperation mit Krankenkassen durchgeführt werden, sind selten. Die Zugangswege zu Interventionen stellen oftmals die Einrichtungen beziehungsweise Dienste dar, über die sie betreut werden. Gemäß den Befragten werden Interventionen der Wohlfahrtsverbände und Kommunen als erfolgreich eingeschätzt, die einen direkten Zugang beispielsweise durch aufsuchende Angebote und Leichte Sprache aufweisen.

Häufiger angesprochen werden Menschen mit Behinderungen, die sich in Arbeitszusammenhängen befinden oder die selbst in der Lage sind, sich präventiv zu betätigen. Dagegen wurden vor allem Menschen mit geistigen Behinderungen, Mehrfachbehinderungen und/oder Migrationshintergrund bisher nur unzureichend angesprochen und erreicht. Je komplexer die Beeinträchtigungen sind, desto schlechter scheinen sich Interventionen verwirklichen zu lassen. Aus diesem Grund scheinen Erwachsene und Senior\*innen mit Mehrfachbehinderungen im Nachteil zu sein, wenn sie sich nicht selber äußern können, über keine persönliche Assistenz verfügen oder bei denen das elterliche System fehlt. Zudem wurde spe-

ziell das Themen- und Handlungsfeld Gewaltprävention genannt, das bisher noch zu wenig Beachtung gefunden hat. Differenzierte genderspezifische, altersspezifische oder kultursensible Interventionen oder partizipative Ansätze sind (noch) eine Seltenheit.

### Schlussfolgerungen

Von besonderer Bedeutung ist ein Umdenken auf gesellschaftlicher Ebene von einem defizitorientierten hin zu einem ressourcenorientierten Ansatz sowie die Berücksichtigung der Heterogenität von Menschen mit Behinderungen. Es besteht erheblicher Forschungsbedarf in allen Handlungsfeldern. Ferner mangelt es an Transparenz und Wissen über die Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Behinderungen sowie an evidenzbasierten Interventionen. Gemäß dem Grundsatz der UN-Behindertenrechtskonvention – »Nicht ohne uns über uns« – sind Menschen mit Behinderungen von der Entwicklung über die Umsetzung bis zur Evaluation von Interventionen an allen Schritten zu beteiligten. Sie sind nicht nur als Hilfeempfänger\*innen wahrzunehmen, sondern sollten in ihren Potenzialen und ihrer Selbstbestimmung befähigt werden. Schlüsselkomponenten sind dabei Partizipation und Empowerment. Es wird zudem als vielversprechend erachtet, wenn Interventionen an kommunale Strukturen angedockt sind, bestehende Angebote auch für Menschen mit Behinderungen geöffnet werden und eine Veränderung von Strukturen in den Lebenswelten hin zu einer nachhaltigen Gesundheitsförderung angestrebt wird. Die Bestandsaufnahme erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Literatur bei den Verfasser\*innen, Anschrift siehe Impressum

## Sagen Sie uns Ihre Meinung! Ihre Impulse zur Jubiläumsausgabe

Anlässlich der 100. Ausgabe der Impulse im Herbst 2018 möchten wir Sie herzlich zu einer Leser\*innenbefragung einladen. Ihre Meinung ist uns wichtig!

Wie gefällt Ihnen die Impulse?  
Wie nützlich und interessant ist die Zeitschrift in Ihrem Tätigkeitsfeld?  
Was vermischen Sie, wo sollten wir besser werden?

Mit Ihrer Unterstützung wollen wir die Impulse noch ansprechender und lesefreundlicher gestalten.  
Wir freuen uns auf Ihre Anregungen!

Sie finden die Befragung unter  
[www.umfrageonline.com/s/impulse](http://www.umfrageonline.com/s/impulse)

Als Dankeschön für Ihre Teilnahme winkt ein impulsiver Preis. Neugierig geworden?

Nehmen Sie jetzt teil!

Die Teilnahme ist bis zum 31.07.2018 möglich.

## Exklusive Gesundheit

Die Autorin ist Professorin für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und behandelt in diesem Buch Gesundheitsnarrative in Zeiten der Leistungsgesellschaft. Wer redet auf Kongressen, im Wartezimmer oder auf Partys wie und warum über Gesundheit? Sind diejenigen am gesündesten, die mit Powerfrühstück, Pausen-Yoga oder Better-Sleep-Apps die eigene Gesundheitsperformance managen? Das Buch geht Gesundheitsvorstellungen und -erzählungen im Wandel der Zeit nach. Von Gesundheitsperformern über souveräne Kranke bis zum lässigen Wohlsein erforscht es, wie nah die Erzählung von Tugend, Reinheit und der guten Gesundheit der Wirklichkeit tatsächlich kommt. Ein sehr spannender Blick auf das Thema Gesundheit aus Sicht der Erzählforschung, lesenswert insbesondere für Sozial- und Gesundheitswissenschaftler\*innen, Sozialarbeiter\*innen und Mediziner\*innen. (stj)

BETTINA SCHMIDT: Exklusive Gesundheit. Gesundheit als Instrument zur Sicherstellung sozialer Ordnung. Springer VS Verlag, Wiesbaden, 2017, 310 Seiten, ISBN 978-3-658-17929-8, 29,99 Euro

## Sozial ungleich behandelt?

Geht (gesundheitliche) soziale Ungleichheit auf ungleiche (medizinische) Behandlung zurück? Dieser zentralen Frage gehen die Autoren am Beispiel der Zugänge zu Reha-Maßnahmen nach. Durch die Analyse von offiziellen personen- und verlaufsbezogenen Reha-Statistiken sowie zusätzlichen Daten aus eigenen Erhebungen finden sie (zu erwartende) Antworten. Spannend dagegen ist jedoch die Erörterung der Befunde unter Bezugnahme auf soziologische Theorien von Bourdieu und den ökonomischen Capability-Ansatz von Sen. Wer (gesundheitliche) soziale Ungleichheit tiefer gehend verstehen will, für den ist dieses Buch genau das Richtige. (ab)

JOHANN BEHRENS, MARKUS ZIMMERMANN: Sozial ungleich behandelt? A. Sens und P. Bourdieus Theorien und die soziale Ungleichheit im Gesundheitswesen – am Fallbeispiel präventiver Rehabilitation. Hogrefe Verlag, Bern, 2017, 274 Seiten, ISBN 978-3-456-84765-8, 39,95 Euro

## Was die PDL wissen muss

QPR, SGB, PSG, MDK ...? Vielfältig bis undurchsichtig – so kann das Thema Qualitätssicherung in der Pflege erscheinen und die jüngsten Reformen tragen ihren Teil dazu bei. König will mit diesem Buch den Führungskräften in der ambulanten und stationären Altenpflege ein Nachschlagewerk an die Hand geben, das kompakt aufzeigt, wie den Anforderungen und Gesetzen adäquat begegnet werden kann. Neben fachspezifischen Gesetzen und Verordnungen, wie etwa dem Heimgesetz oder den entsprechenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien, werden im allgemeinen Teil die Pflegedokumentation, die Qualitätsebenen und die Expertenstandards behandelt. Beigefügte Checklisten und Vorlagen können darüber hinaus den Arbeitsalltag der Pflegedienstleitungen und Qualitätsmanager\*innen erleichtern. (nf)

JUTTA KÖNIG: Was die PDL wissen muss. Das etwas andere Qualitätshandbuch in der Pflege. Schlütersche Verlag, Hannover, 2017, 431 Seiten, ISBN 978-3-89993-389-5, 39,95 Euro

## Betriebliche Gesundheitsförderung

Ein konsistentes Konzept der Gesundheitsförderung im Betrieb in der dritten Auflage – mit einem Blick auf alle, die sich beruflich, in Studium und Ausbildung oder in der Praxis mit Betrieblicher Gesundheitsförderung beschäftigen, liefert dieses Lehrbuch die wichtigsten Wissensgrundlagen. Neben relevanten Entwicklungslinien und gesetzlichen Grundlagen setzt sich das Lehrbuch auch mit Umsetzungsmodalitäten und Theoriekonzepten auseinander. Schnittstellen zu anderen betrieblichen Themen werden ebenso erörtert. Das gestalterische und didaktische Konzept wurde noch stärker an die Bedürfnisse und Wünsche der Lesenden angepasst: Einführende Übersichten und Zwischenzusammenfassungen ergänzen die Textboxen genauso wie zahlreiche farbige Abbildungen und weiterführende Literaturempfehlungen. (rg)

GUDRUN FALLER (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Hogrefe Verlag, Bern, 2017, 366 Seiten, ISBN 978-3-456-85569-1, 44,95 Euro

## Modekrankheit ADHS

ADHS – vier Buchstaben, die als Krankheitsbild das öffentliche Bewusstsein prägen und die Fachwelt spalten: Ist das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) überhaupt eine Krankheit oder vielmehr ein Etikett für unerwünschtes Verhalten von Kindern? Eigenen sich Psychopharmaka für die Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten oder werden die eigentlichen Nöte der Betroffenen damit gar nicht beachtet? Zu diesen und anderen Fragen beziehen die Vertreter\*innen der unabhängigen Vereinigung »Konferenz ADHS« in zahlreichen Beiträgen und Karikaturen kritisch Stellung. Dieser Sammelband bietet sowohl dem Fachpublikum als auch Betroffenen und deren Angehörigen sowie weiteren Interessierten die Chance, die eigene Einstellung und den heutigen Umgang mit ADHS zu hinterfragen. (sp)

HANS-REINHARD SCHMIDT (Hrsg.): Modekrankheit ADHS. Eine kritische Aufsatzsammlung. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2018, 475 Seiten, ISBN 978-3-86321-390-9, 49,95 Euro

## Schwule Sichtbarkeit – schwule Identität

Die Autoren widmen sich der Frage, inwieweit das heutige Verständnis von Homosexualität als Identität dazu führt, dass heteronormative Vorstellungen gestärkt und rassistische Marginalisierungen gefördert werden. Zunächst skizzieren sie, wie sich die Idee des Homosexuellen im 19. Jahrhundert in Europa entwickelt hat und verknüpfen dies mit der zeitgleich stattfindenden Kolonisierung Afrikas und des Orients. Diese Ausführungen werden anschließend in Bezug gesetzt zu einem statisch-essentialistischen Verständnis von (Homo-)Sexualität. Die Autoren kritisieren mit J. Puares Begriff des Homonationalismus, dass dieses Verständnis auch auf andere Kulturen übertragen und so rassistische Vorstellungen von Muslimen als grundlegend homosexuellenfeindlich gefördert würden. (tra)

ZÜLFUKAR ÇETIN, HEINZ-JÜRGEN VOSS: Schwule Sichtbarkeit – schwule Identität. Kritische Perspektiven. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2016, 146 Seiten, ISBN 978-3-8379-2549-4, 19,90 Euro



## Weil Führung sich ändern muss

Unsere Arbeitswelt wandelt sich, Schlagworte wie Arbeiten 4.0, New Work oder Agilität sind in aller Munde. Dieser Wandel der Arbeitswelt wird – so sehen es auch die Autor\*innen dieses Werks – mit einem völlig neuen Führungsverständnis einhergehen. Führungskräfte werden anders arbeiten, führen und denken (müssen) als bisher. Das Buch steckt voller Praxiserfahrungen, Anregungen und Inspirationen zu verschiedenen Führungsthemen und sensibilisiert für die Anforderungen in naher Zukunft. Neben einem Glossar regen Impulsfragen am Ende jeden Kapitels zum eigenen Reflektieren an. (js)

EVA-MARIA AYBERK, LISA KRATZER, LARS-PETER LINKE: Weil Führung sich ändern muss. Aufgaben und Selbstverständnis in der digitalisierten Welt. Springer und Gabler, Wiesbaden, 2017, 184 Seiten, ISBN 978-3-658-15257-4, 29,99 Euro

## Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung

In diesem Band geht es um gesellschaftliche Grenzen der Selbstbestimmung und deren Eingewobensein in Herrschaftsverhältnisse wie Rassismus, Klassen- und Geschlechterverhältnis. Es werden wichtige und teils noch immer tabuisierte Themen bearbeitet wie Transsexualität und Intersexualität im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Pathologisierungen oder Asexualität und Sexualität und Gefängnis. Auch Arbeitsfelder und Hilfestellungen werden aufgegriffen wie Intersexualität in der pädagogischen Arbeit und Anforderungen an Beratungshilfen für intersexuelle Menschen. Die reproduktive Selbstbestimmung wird etwa anhand der Entscheidung von Frauen, ein Kind auszutragen oder die Schwangerschaft abzubrechen, diskutiert. Auch die Situation behinderter Menschen mit Kinderwunsch wird aufgezeigt. (us)

MICHAELA KATZER, HEINZ-JÜRGEN VOSS (HRSG.): Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2016, 358 Seiten, ISBN 978-3-8379-2546-3, 36,90 Euro

## Kooperation und Integration

Die Forderung nach integrierter, sektor- und berufsgruppenübergreifender Gesundheitsversorgung und dezentraler Verankerung von Prozessen und Strukturen ist vorhanden – aber auch die Barrieren sind sichtbar. Neben dem sozial- und gesundheitswissenschaftlichen sowie dem ökonomischen Blickwinkel werden in diesem Buch die Sichtweisen von Selbsthilfegruppen, Krankenhäusern, der Pharmaindustrie, Sozialversicherungen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eingebracht. Sehr differenziert und detailliert zeigen die Autoren Ansatzpunkte für mehr Kooperation und Integration sowie Lösungsperspektiven im Ländervergleich auf. Ein umfassendes Buch für alle, die regionale und integrierte Versorgung weiterentwickeln wollen und müssen. (nf)

ANDREAS BRANDHORST, HELMUT HILDEBRANDT, ERNST-WILHELM LUTHE, (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Springer VS, Wiesbaden, 2017, 624 Seiten, ISBN 978-3-658-13782-3, 69,99 Euro

## Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert

In der Arbeitswelt bekommt die psychische Leistungsfähigkeit einen immer größeren Stellenwert. Die Kopfarbeitergesellschaft steht durch die fortschreitende Digitalisierung unter stetigem Druck, der immer häufiger zu Erschöpfung führt. Der Bindung des Individuums an das Unternehmen, mit einem stabilen sozialen Arbeitsumfeld sowie dem Gefühl gebraucht zu werden, schreibt Badura eine hohe Bedeutung zu. Des Weiteren werden Handlungsstrategien, vor allem in Bezug auf das betriebliche Gesundheitsmanagement und die verschiedenen Formen des Sozialkapitals, vertieft und mit wissenschaftlichen Belegen gestützt. Zusätzlich werden thematisch passende Forschungsarbeiten vorgestellt. Dieses Buch eignet sich für alle, die an gesunder Führung interessiert sind und/oder im betrieblichen Gesundheitsmanagement tätig sind. (rg)

BERNHARD BADURA (Hrsg.): Arbeit- und Gesundheit im 21. Jahrhundert. Springer Gabler, Berlin, 2017, 209 Seiten, ISBN 978-3-662-53199-0, 44,99 Euro

## Der kleine Bauchweh

»Ich hab' sooooo Bauchschmerzen!« Damit beginnt die Geschichte des »kleinen Bauchweh«, einem kleinen blauen Wesen, das auf der Suche nach der Ursache seiner Bauchschmerzen ist. Die kurze und bunt illustrierte Geschichte erklärt auf kindergerechte Weise die möglichen Ursachen von Bauchschmerzen und geht neben den rein körperlichen Gründen auch auf die psychischen Ursachen von Schmerzen ein. Die Geschichte motiviert Kinder, ihre Gefühle, die hinter Bauchschmerzen stecken können, wahrzunehmen, darüber zu sprechen sowie sich Trost und Hilfe zu suchen. Mit einem anschließenden Informationsteil liefert das Buch Eltern und pädagogischen Fachkräften Hintergrundwissen zu psychosozialen Einflussfaktoren und gibt praktische Tipps. Ein Buch der Psychosomatik, das sowohl für Kinder als auch für Erwachsene geeignet ist. (sp)

CORINNA LEIBIG: Der kleine Bauchweh. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2017, 48 Seiten, ISBN 978-3-86321-348-0, 12,95 Euro

## Mehr als nur Gesundheit: Was Führungskräfte brauchen

In Zeiten immer knapper werdender Ressourcen und zunehmender Arbeitsverdichtung erscheint vielen Führungskräften das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) noch als zusätzliche Aufgabe, die es zu bewältigen gilt. Dieses praxisnahe Buch – die Autorin hat mehr als 20 Jahre Seminarleitungserfahrung – soll Führungskräfte dabei unterstützen, trotz oder gerade wegen der bestehenden Belastungen gesund mit sich selbst und den Mitarbeiter\*innen umzugehen und das BGM als ein hilfreiches Unterstützungsinstrument aufzufassen. Begonnen wird bei den Führungskräften selbst, denn nur wer sich um sich selbst kümmern kann, kann auch für andere da sein. Neben weiteren Führungsthemen wird darüber hinaus auch die Rolle der Führungskraft im BGM thematisiert. (js)

ANNE KATRIN MATYSSEK: Mehr als nur Gesundheit: Was Führungskräfte brauchen. Damit Sie mit Ihrem Team erfolgreich bleiben. Do care!, Norderstedt, 2016, 199 Seiten, ISBN 978-3-739235196, 14,80 Euro

## Familie und Geschlecht

Bisher basierte die traditionelle Familiensoziologie auf der klassischen bürgerlichen Institution der Ehe und bediente sich einer heterogenen Geschlechteraufteilung. Aus dieser Perspektive war die Betrachtung des Geschlechts weder relevant noch notwendig. Das traditionelle Familienbild muss neu gedacht werden. Mit ihrem Lehrbuch nimmt die Autorin nun einen schon lange überfälligen neuen Blickwinkel ein und zeigt, welche gegenwärtigen Familienkonzepte unbedingt berücksichtigt werden müssen, damit die Familiensoziologie nicht stagniert. Sie weicht den Gedanken von der bürgerlichen Kernfamilie als spezifische Organisationsform der Reproduktion auf und zeigt etwa, dass die Identifikation von weiblich mit Reproduktionsarbeit und männlich mit Erwerbsarbeit nicht mehr haltbar ist. (sr)

CORNELIA HELFFERICH: Familie und Geschlecht. Eine neue Grundlegung der Familiensoziologie. Verlag Barbara Budrich, Opladen und Toronto, 2017, 302 Seiten, ISBN 978-3-8252-4662-4, 26,99 Euro

## Faszinosum Sexualität

Der renommierte Sexualwissenschaftler Martin Dannecker hat eine Auswahl an Essays aus 14 Jahren zusammengestellt, in denen er pointiert zu wissenschaftlichen und politischen Fragestellungen seines Fachgebiets Stellung bezieht. Thematisch behandelt wird der Wandel der Sexualität, Sexualität im Internet sowie die Differenzen zwischen männlicher und weiblicher Sexualität; ferner findet sich eine Kritik am Begriff der Homophobie, der fälschlicherweise suggeriert, dass es sich bei Hass gegen Homosexuelle um eine Angststörung handele. Auch gegenüber einem Gesundheitsverständnis, das vor allem auf Selbstoptimierung setzt, positioniert sich Dannecker kritisch. Ebenso findet sich ein Plädoyer für eine aufgeklärte Sexualpädagogik, die sich momentan rechtspolitischen Angriffen ausgesetzt sieht. (tra)

MARTIN DANNECKER: Faszinosum Sexualität. Theoretische, empirische und sexualpolitische Beiträge. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2017, 200 Seiten, ISBN 978-3-8379-2740-5, 24,90 Euro

## Organisationsaufstellungen

Systemische Organisationsberatung erfreut sich zunehmender Beliebtheit in einer immer komplexer werdenden Arbeitswelt. Insbesondere in Zeiten von Veränderungen, wenn eine große Menge an Informationen zu verarbeiten ist und rationale Entscheidungsfindungen blockiert zu sein scheinen, bietet sich das Instrument der Organisationsaufstellung an. Es kann dabei helfen, (wieder) einen konsistenten Gesamtzusammenhang herzustellen oder zukunftsweisende Handlungsimpulse zu setzen. In dem vorliegenden Werk werden von erfahrenen Autor\*innen bzw. Praktiker\*innen der Aufstellungsarbeit verschiedene Felder von Coaching bis hin zu Beratung im Arbeitskontext dargestellt und Einblicke in die eigene Praxis gewährt. (js)

GUNTARD WEBER, CLAUDE ROSSELET: Organisationsaufstellungen. Grundlagen, Settings, Anwendungsfelder. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2016, 352 Seiten, ISBN 978-3-8497-0140-6, 44,00 Euro

## Adoleszenz in schwierigen Zeiten

Der gegenwärtige soziokulturelle Wandel der Gesellschaft wirkt sich zunehmend auf die Lebenswelt von Jugendlichen aus. Was erfordert diese Zeit, wie wirkt sie sich auf die Jugend aus und wie müssen Rahmenbedingungen modifiziert werden? Dieses Werk richtet sich vor allem an Menschen, die der Frage nachgehen, wie Kinder und Jugendliche (weiterhin) gesund und psychisch stabil aufwachsen können. Entstanden aus einer Vortragsreihe werden die Themen psychische Gesundheit, geschlechtliche Identität, Medienfülle und Globalisierung sowie Schule und Familie dargestellt. Herausgekommen ist ein Kaleidoskop an Fragen, Erkenntnissen, Möglichkeiten, Ideen und Anregungen bezüglich der Lebensphase Jugend und des Aufwachsens unter sich wandelnden Bedingungen. (im)

HEINZ KIPP, ANNETTE RICHTER, ELKE ROSENSTOCK-HEINZ (Hrsg.): Adoleszenz in schwierigen Zeiten – Wie Jugendliche Geborgenheit und Orientierung finden. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2018, 181 Seiten, ISBN 978-3-8379-2700-9, 26,90 Euro

## Zwei Seiten der Erfahrung

Das Werk fasst das jahrzehntelange Wirken von James March im Bereich der Organisationstheorie zusammen. Es geht um die Frage, wie Organisationen Erfahrungen intelligent nutzen können, um aus ihnen auch tatsächlich für die Zukunft zu lernen. Dafür nutzt der Autor drei verschiedene Forschungsstränge: Die Organisationsforschung, die Wissenschaft des Geschichtenerzählens, der Mythologie und der Erforschung adaptiver Prozesse in der evolutionären Biologie sowie die Psychologie des Lernens. Er vermittelt keine Managementrezepte, sondern möchte mit den verschiedenen Ansätzen aufzeigen, wie Organisationen ihre Erfahrungen so verarbeiten können, dass diese sie voranbringen und sie aus ihnen klug werden. (js)

JAMES G. MARCH: Zwei Seiten der Erfahrung. Wie Organisationen intelligenter werden können. Aus d. Amerikanischen v. Maren Klostermann. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2016, 125 Seiten, ISBN 978-3-8497-0119-2, 24,95 Euro

## Handbuch sexualisierte Gewalt

Dieses Handbuch befasst sich mit sexualisierter Gewalt im Kontext möglicher Strafverfolgung, aber auch in Bezug auf Beratung, Therapie und Prävention. In zehn Sektionen werden unterschiedliche Facetten aufgegriffen. Das Spektrum reicht von grundlegenden Bestandsaufnahmen und Begriffseinführungen bis hin zu detaillierten Fragestellungen um juristische Verfahren und besonders vulnerable Gruppen. Auch konfliktrichtige Aspekte wie die journalistische Berichterstattung und Falschbeschuldigungen werden behandelt und vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands erörtert. Ebenso inkludiert werden Themen aus der Perspektive von Sexualstraftätern. Der Sammelband zeichnet sich dadurch aus, dass sein Gegenstand erst genommen wird und die Fülle von Fragestellungen es ermöglicht, sich dem Thema »sexualisierte Gewalt« umfassend zu nähern. (tra)

JAN GYSI, PETER RÜEGGER (Hrsg.): Handbuch sexualisierte Gewalt. Therapie, Prävention und Strafverfolgung. Hogrefe Verlag, Bern, 2018, 722 Seiten, ISBN 978-3-456-85658-2, 79,95 Euro

# Termine LVG & AFS



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

### Visions... Inspirationen für Gesundheit in Gegenwart und Zukunft Gesundheitsfördernde Hochschule | Gesundheitsfördernder Betrieb 02.–04. Juli 2018, Klagenfurt, Österreich

Wie kann Gesundheitsförderung, in den Settings / Lebenswelten Hochschule und Betrieb gelingen? Was zeigt uns die Wissenschaft zu diesem Thema, wie sieht die Praxis aus? Was können beide voneinander lernen? Wie können wir uns gemeinsam in unseren Bemühungen und Arbeiten für eine gesunde, nachhaltige Arbeits-, Wissenschafts-, und Ausbildungswelt unterstützen und neue inspirierende Visionen entwickeln, Netzwerke initiieren und die Zusammenarbeit gelingend gestalten? Die Tagung will diesen Fragen nachgehen, in Dialog und Austausch mit Praktiker\*innen, Betrieben, Forscher\*innen und Hochschulen treten und gemeinsam neue Inspirationen und Visionen entwickeln. Diese Drei-Länder-Tagung wird von den Netzwerken Gesundheitsfördernde Hochschulen der Schweiz und Österreichs, dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen Deutschlands und der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt durchgeführt.

### Arbeitskreis-Sitzung Gesundheitsfördernde Hochschulen 27. Juli 2018, Hochschule Emden/Leer

Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) lädt fünf- bis sechs Mal im Jahr zu Erfahrungsaustausch, Vorträgen zu neuen Entwicklungen und politischen Diskussionen im Feld gesundheitsfördernder Hochschulen ein. Die nächste Sitzung findet an der Hochschule Emden/Leer am Standort Emden statt. Die Treffen sind offen für alle Interessierten.

### Jahrestagung der Landesagentur Generationendialog: Alt und Jung gemeinsam in der Kommune

22. August 2018, Hannover

Im Rahmen der Jahrestagung der Landesagentur Generationendialog Niedersachsen soll aufgezeigt werden, wie die Kommune als Lebensraum für Jung und Alt gestaltet werden kann. Dabei spielen die Faktoren Partizipation, Gesundheitsförderung sowie generationenübergreifende Konzepte der Quartiersgestaltung eine entscheidende Rolle.



### 3. Frauengesundheitskonferenz der BZgA und des BMG: Frauen – Arbeit – Gesundheit

Aktuelle Herausforderungen, neue Perspektiven

03. September 2018, HCC Hannover

Die Arbeitswelten von Frauen sind vielschichtig. Neben der Lohnarbeit sind Frauen nach wie vor die Hauptzuständigen für die Kinderbetreuung, den Haushalt und die Pflege von Angehörigen. Die verschiedenen Aufgaben, die im Alltag täglich bewältigt werden müssen, können eine Belastung für die Gesundheit darstellen. Gleichzeitig tauchen Fragen nach Geschlechtssensibilität von betrieblichem Gesundheitsmanagement und Auswirkungen von Entwicklungen im Bereich der Digitalisierung auf. In abwechslungsreichen Formaten werden diese wichtigen Facetten des Themas aufgegriffen und diskutiert.

### Wohin des Weges? – Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung strategisch gestalten

05. September 2018, Hannover

Das Setting Kommune ist in der Prävention und Gesundheitsförderung in aller Munde und viele Kommunen haben sich bereits engagiert und erfolgreich auf den Weg gemacht ... Doch wo soll es eigentlich genau hingehen? Welche Wege sind bereits Autobahnen, welche nur Trampelpfade? Wer zieht mit uns gemeinsam an einem Strang? Möchten die Personen, für die wir Ziele setzen, uns überhaupt auf unserem Weg begleiten oder welche Wünsche bestehen auf deren Seite? Für kommunale Gesundheitsförderung als strategischen Prozess braucht es einen guten Überblick über Bestehendes und die Bedarfe sowie Bedürfnisse vor Ort – sechs Kommunen berichten vom Modellprozess im Rahmen des Projekts »Kontextcheck«.

### Gemeinsam mit Eltern!

Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus fördern

11. September 2018, Hannover

Eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus ist besonders wertvoll. Sie kann Lehrkräfte sowie Eltern entlasten, zu einem besseren Schulerfolg der Schüler\*innen sowie zu einem positiven Miteinander in Schule beitragen. Doch wie lässt sich die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Lehrkräften erfolgreich gestalten? Welche Ansätze gibt es, um mehr Eltern im Schulalltag und auch in schulischer Gesundheitsförderung besser zu beteiligen? Und wie lassen sich diese Ansätze konkret in Schule umsetzen? Mit diesen Fragen setzt sich diese Tagung auseinander und stellt den Austausch von Erfahrungen, Anregungen und Tipps für eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus in den Fokus. Die Tagung richtet sich insbesondere an Lehrkräfte, Schulleitungen, pädagogische Mitarbeiter\*innen, Schulsozialarbeiter\*innen, Elternvertreter\*innen sowie Interessierte aus den Bereichen Bildung und Gesundheit.



### Von der Bestandsaufnahme bis zur Evaluation – Partizipative Methoden aus Gesundheitsförderung und Prävention praktisch erproben

12. September 2018, Hannover

Partizipation ist ein zentrales Qualitätsmerkmal der Gesundheitsförderung und Prävention und trägt maßgeblich zum Gelingen von Projekten und Maßnahmen in Kommunen und anderen Lebenswelten bei. Gleichzeitig ist die Beteiligung und Teilhabe unterschiedlichster Akteur\*innen und Zielgruppen eine große Herausforderung in der Praxis, denn: Was heißt es eigentlich partizipativ zu arbeiten? Welche Methoden gibt es, um Zielgruppen und Kooperationspartner\*innen zu beteiligen? Diese Fragen stehen im Mittelpunkt des Praxisworkshops. Nachdem eine gemeinsame Wissensgrundlage zum Themenfeld geschaffen wurde, haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, anhand von Praxisbeispielen sowie durch Anwendungs- und Beteiligungsphasen ausgewählte partizipative Methoden kennenzulernen und praktisch zu erproben.

### Professionalisierung kommunaler Alkoholprävention – Kinder aus suchtblasteten Familien – Integrierte kommunale Präventionsstrategie als Chance?

13. September 2018, Hannover

Kinder aus suchtblasteten Familien sind besonders schutzbedürftig, werden aber häufig nicht vom Hilfesystem erreicht. Mit dieser Fachtagung möchten wir gemeinsam mit dem Landesjugendamt, der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen, dem Landespräventionsrat und der Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen einen Blick darauf werfen, inwieweit Kinder aus suchtblasteten Familien durch eine integrierte kommunale Präventionsstrategie adressiert werden können. Wie sehen die Bedarfe von Kindern aus suchtblasteten Familien aus, was gibt es für diese Kinder bereits an kommunalen Strukturen und wie können sie in einer kommunalen Präventionsstrategie mitgedacht werden? Die Fachtagung richtet sich an Fachkräfte des Jugendschutzes, der kommunalen Alkohol- und Suchtprävention sowie an alle Interessierten. Anmelden können Sie sich beim Landesjugendamt unter [www.fobionline.jh.niedersachsen.de/detail.php?urlID=2090](http://www.fobionline.jh.niedersachsen.de/detail.php?urlID=2090).

### Landesweite Fachtagung des Kompetenzzentrums für Gesundheitsförderung in Kitas: Gesundheitsförderung in der Kita: Bewegen – Entwickeln – Gestalten

18. September 2018, Hannover

Bewegung und Wahrnehmung sind die Schlüsselkompetenzen für eine positive körperliche und psycho-soziale Entwicklung von Jungen und Mädchen in den ersten Lebensjahren. Die Bewegung ist unerlässlich für die körperliche und kognitive Entwicklung und fördert die Lernfähigkeit, Lernbereitschaft sowie das psycho-soziale Wohlbefinden. Im Rahmen der Tagung werden anhand von Vorträgen und Workshops die Schwerpunkte geschlechtsbezogene Bewegungssozialisation, gleiche und ungleiche Bewegungschancen, genderbewusste Spiel- und Bewegungsangebote sowie Bewegungsmöglichkeiten in kleinen Räumen erörtert und diskutiert. Die landesweite Fachtagung richtet sich an Fachkräfte in Kitas sowie an weitere Beschäftigte in den Bereichen Erziehung, Gesundheit, Soziales und Bildung.

### »Unsichtbare Facetten?« | Fachtagung zum Mosaik der Gesundheitsversorgung lesbischer, bisexueller und queerer Frauen\*

18. Oktober 2018, Hannover

Lesbische Frauen\* sind einem »lebensspezifischen Stressor« ausgesetzt, welcher zu bestimmten Erkrankungen führen kann. Ausgelöst wird der »Stressor« durch lebenslange schwierige Identitätsbildungsprozesse, Erfahrungen von Homo- und Trans\*feindlichkeit, Ablehnungserfahrungen in der Herkunftsfamilie sowie Benachteiligung in rechtlichen Belangen. Viele lesbische Frauen\* bleiben dem Gesundheitssystem häufig fern, um strukturellen und anderen Diskriminierungen seitens Ärzt\*innen und anderem Gesundheitspersonal zu entgehen. Im Rahmen der Fachtagung werden Themenbereiche wie die gesundheitlichen Bedarfe lesbischer, bisexueller und queerer Frauen\*, die gesundheitliche Situation von lesbischen Frauen\* mit Behinderung und lesbischen Geflüchteten sowie der Umgang mit trans\* in der Pflege näher beleuchtet. Die Fachtagung wird vom Netzwerk Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, dem Queeren Netzwerk Niedersachsen e. V. und MOSAIK Gesundheit gemeinsam veranstaltet.

### VORSCHAU

**Bildung und Gesundheit. Gemeinsam »initiativ« in Schulen**  
27. September 2018, Lüneburg

**Landesweite Fachtagung der Gesundheitsregionen Niedersachsen**  
29. Oktober 2018, Hannover

**11. Nds. Aktionstag für seelische Gesundheit – Psychiatrie und Inklusion – Na wie geht 's?**  
17. Oktober 2018, Oldenburg

**Fachtagung »Gesundheitsförderung für Bewohner\*innen stationärer Pflegeeinrichtungen«**  
06. November 2018, Hannover

**Jahrestagung des Netzwerks Kita und Gesundheit – Wir sind uns wichtig! Gesund bleiben in der Kita**  
14. November 2018, Hannover

**18. SOPHIA-Fachtagung**  
16. November 2018, Hannover

**28. Niedersächsische Suchtkonferenz**  
26. November 2018, Hannover

**Preisverleihung des 8. Niedersächsischen Gesundheitspreises**  
27. November 2018, Hannover

**2. Jahrestagung: Schule und Gesundheit in Niedersachsen**  
05. Dezember 2018, Hannover

**Hinsehen und Handeln**  
06. Dezember 2018, Hannover



## FORTBILDUNGSPROGRAMM

für Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung

**Jetzt! Angebote zur Unterstützung im Alltag weiterentwickeln**

16. August 2018, Hannover

**Umgang mit »schwierigen« Angehörigen**

20. August 2018, Hannover

**Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz**

22. August 2018, Hannover

**2-tägiges Datenschutz Basisseminar**

27. und 28. August 2018, Hannover

**Mit einem Bein im Knast? Rechtliche Fragen in der Pflege**

30. August 2018, Hannover

**Arzneimittelmanagement**

04. September 2018, Hannover

**Risikomanagement: Erkennen und Handeln –  
Umgang mit der Risikomatrix leicht gemacht ...!**

05. September 2018, Hannover

**Die MDK-Begutachtung sicher begleiten und gestalten**

06. September 2018, Hannover

**Resilienztraining – Widerstandsfähig bei hoher Belastung**

10. und 11. September 2018, Hannover

**Alle zusammen, statt jeder für sich –  
Führung in bunt gemischten Teams**

13. September 2018, Hannover

**Entbürokratisierung der Pflegedokumentation  
in der Tagespflege (SIS)**

20. September 2018, Hannover



**Wege aus dem Lärm**

25. September 2018, Papenburg

## VORSCHAU

**Rote Karte fürs Arbeitsklima?! Teamentwicklung in der Kita**

16. Oktober 2018, Lüneburg

**Smartphone, Tablet und Co. in der Kita?! Pädagogischer Umgang  
mit neuen Medien**

25. Oktober 2018, Osnabrück

**Rote Karte fürs Arbeitsklima?! Teamentwicklung in der Kita**

30. Oktober 2018, Hannover

**Psychische Gesundheit in der Kita**

08. November 2018, Lüneburg

**Smartphone, Tablet und Co. in der Kita?! Pädagogischer Umgang  
mit neuen Medien**

29. November 2018, Edewecht (Oldenburg)

**Smartphone, Tablet und Co. in der Kita?! Pädagogischer Umgang  
mit neuen Medien**

13. Dezember 2018, Göttingen

## SCHATZSUCHE

Programm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern  
in der Kita / Weiterbildungsdurchgang Herbst 2018

**Modul I: Die Schatzsuche beginnt**

18. September 2018, Meppen

**Modul II: Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz**

19. September 2018, Meppen

**Modul III: Kommunikation und Kooperation mit Eltern**

25. Oktober 2018, Meppen

**Modul IV: Umgang mit Vielfalt**

26. Oktober 2018, Meppen

**Modul V: Das Eltern-Programm Schatzsuche I**

20. November 2018, Meppen

**Modul VI: Das Eltern-Programm Schatzsuche II**

21. November 2018, Meppen

## NIEDERSACHSEN

**01.-06.07.2018 » Gesundheitstage für**

**HIV-Positive**, Reinhausen bei Göttingen, Kontakt: Akademie Waldschlösschen, Tel.: (0 55 92) 92 77 0,

E-Mail: info@waldschloesschen.org, Internet: www.waldschloesschen.org

**19.09.2018 » SCHWIERIGE BEWOHNER –**

**SCHWIERIGE ANGEHÖRIGE. Ethik und Beziehungsdynamiken in der Altenpflege**,

Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG) an der Ev. Akademie Loccum, Tel.: (05 11) 12 41 496,

E-Mail: zfg@evlka.de, Internet: www.zfg-hannover.de

**23.09.2018 » Kinderfest zum Internationalen**

**Weltkindertag**, Braunschweig, Kontakt:

Haus der Kulturen Braunschweig e.V., Tel.: (05 31) 38 94 95 41,

E-Mail: c.antonelli-ngameni@hdk-bs.de, Internet: www.hdk-bs.de

**29.-30.10.2018 » PRÄIMPLANTATIONS-DIAGNOSTIK**

**IN DEUTSCHLAND – Aktuelle Herausforderungen**,

Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG) an der Ev. Akademie Loccum, Tel.: (05 11) 12 41 496,

E-Mail: zfg@evlka.de, Internet: www.zfg-hannover.de

**24.10.2018 » 22. Niedersächsisches Ernährungs-**

**forum**, Hannover, Kontakt: Deutsche Gesellschaft

für Ernährung e. V. – Sektion Niedersachsen, Tel.: (05 11) 54 41 03 80,

E-Mail: eckelmann@dge-niedersachsen.de, Internet: www.dge-niedersachsen.de

## BUNDESWEIT

**20.07.2018 » »Teilhabe und Technik: Schlüsselimpulse aus der Zusammenarbeit von Forschung und Praxis im Rahmen des Forschungsschwerpunktes »Teilhabe und Wohlbefinden in einer sich wandelnden**

**Gesellschaft« (TeWoGe)**, Münster, Kontakt: FH Münster, Lisa Johanna Stahl, Dr. Anne-Kathrin Exner, Tel.: (02 51) 83 65 81 6 / (02 51) 83 65 83 0, E-Mail: lisa.stahl@fh-muenster.de, anne.exner@fh-muenster.de, Internet: www.fh-muenster.de

**27.08.2018 » Krisenintervention – der Sozialpsychiatrische Dienst als professioneller Helfer**, Bremen, Kontakt:

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Tel.: (02 11) 3 10 96 11, E-Mail: veranstaltungsbuero@akademie-oegw.de, Internet: www.akademie-oegw.de

**12.-14.09.2018 » 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention »Prävention in Lebenswelten«**,

Dresden, Kontakt: Tagungsorganisation, event lab. GmbH, Tel.: (03 41) 24 05 96 62, E-Mail: dgsmp2018@eventlab.org, Internet: www.dgsmp2018-dresden.de und www.dgsmp.de

**17.-19.09.2018 » Deutscher Suchtkongress '18 Hamburg**, Hamburg, Kontakt:

Kongressbüro CPO Hanser Service, Tel.: (0 40) 67 08 82 0, E-Mail: sucht2018@cpo-hanser.de, Internet: www.deutschersuchtkongress.de

**17.-23.09.2018 » Aktionswoche Demenz 2018 – dabei und mittendrin, Veranstaltungen in den Bezirken Hamburg**, Hamburg, Kontakt:

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., Tel.: (0 40) 28 80 36 418, E-Mail: buero@hag-gesundheit.de, Internet: www.alzheimer-hamburg.de/aktuelles.html?news-id=87

**19.-21.10.2018 » Zwischen Emanzipation und Vereinnahmung. Disability Studies im deutschsprachigen Raum**, Berlin, Kontakt: Alice Salomon

Hochschule Berlin, Prof. Dr. Swantje Köbsell, E-Mail: info@disko18.de, Internet: www.disko18.de

**21.09.2018 » Fachtagung: Geflüchtete Familien und Frühe Hilfen**, Frankfurt am Main, Kontakt:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Tel.: (02 21) 89 92 0, E-Mail: redaktion@fruehehilfen.de, Internet: www.fruehehilfen.de/index.php?id=2093

**25.09.2018 » Fachtagung: Psychisch krank in der Schule: Wie gelingt Bildung und Teilhabe**,

Berlin, Kontakt: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR), Tel.: (0 62 21) 18 79 01 0, E-Mail: info@dvfr.de, Internet: www.dvfr.de

**08.-10.10.2018 » Gemeinsamer Fachkongress DHS und fdr+ »Sucht: bio-psycho-SOZIAL«**, Berlin,

Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Tel.: (0 23 81) 90 15 0, E-Mail: info@dhs.de, Internet: www.dhs.de

**10.-11.10.2018 » Bundesweite Projektabschluss-tagung Präventionsnetzwerk Ortenaukreis**,

Offenburg, Kontakt: Ullrich Böttinger, Tel.: (07 81) 80 59 619, E-Mail: ullrich.boettinger@ortenaukreis.de, Internet: www.pno-ortenau.de

**18.10.2018 » Autismus und ICF: Autismus-Spektrum-Störungen im System der »International Classification of Functioning«**

**(ICF)**, Stuttgart, Kontakt: Bundesverband Autismus Deutschland e. V., Tel.: (0 40) 5 11 56 04, E-Mail: info@autismus.de, Internet: www.autismus.de

**19.10.2018 » Bildung – Armut – Gesundheit**,

Stuttgart, Kontakt: Fröhlich Management GmbH, Tel.: (07 31) 49 39 16 40, E-Mail: info@froehlich-management.de, Internet: www.froehlich-management.de

**25.10.2018 » EDUHEALTH SUMMIT**, Mannheim, Kontakt: GESUNDHEIT AKTIV e. V.,

Tel.: (0 30) 69 56 87 20, E-Mail: verein@gesundheit-aktiv.de, Internet: www.gesundheit-aktiv.de

**02.-04.11.18 » 27. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin: »Sucht –**

**You never walk alone«**, Berlin, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V., Förderverein interdisziplinärer Sucht- und Drogenforschung e. V., Tel.: (0 40) 74 10 54 221,

E-Mail: kongress@dgsuchtmedizin.de, Internet: www.dgsuchtmedizin.de/kongress/

**15.-16.11.2018 » Fachtagung »Institutionalisierte Macht & Gewalt – Reflexionen und Herausforderungen im Kontext der Behinder-**

**tenhilfe«**, Leipzig, Kontakt: Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung e. V., Tel.: (03 61) 73 72 271, E-Mail: harald.goll@uni-erfurt.de, Internet: www.difgb.de/startseite.html

**20.11.2018 » 8. gemeinsamer Präventionskongress »Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort – Gestaltungsspielräume**

**erkennen und nutzen«**, Berlin, Kontakt:

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVG), Tel.: (02 28) 98 72 719, E-Mail: info@praeventionskongress.de, Internet: www.bvpraevention.de

## INTERNATIONAL

**20.-22.09.18 » 12. Kongress der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum (DTPPP)**,

St. Gallen Nord (Schweiz), Kontakt: CE-Management, Tel.: (00 43) 69 91 04 30 038, E-Mail: office@ce-management.com,

Internet: www.dtppp.com/aktuelle-kongresse

**26.-28.09.2018 » Internationales Symposium »Preventing Childhood Obesity in Pre-**

**schoolers – putting successful models into perspective in Europe«**, Salzburg (Österreich), Kontakt: Paris Lodron-Universität Salzburg, IFFB Sport- und Bewegungswissenschaft/USI, E-Mail: office@salto-salzburg.at, Internet: www.salto-salzburg.at/symposium.html