

76 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

Kommune der Zukunft Gesundheit als Standortfaktor

EDITORIAL » Wie wird sie aussehen, die Kommune der Zukunft? Keine anderen öffentlichen Kassen sind zur Zeit leerer als die der meisten Kommunen. Die Daseinsvorsorge als zentrale Aufgabe der Kommune wird angesichts der aktuellen finanziellen Ressourcen zur reinen Mangelverwaltung. Lieber Geld für ein öffentliches Schwimmbad, eine renovierte Schule oder doch für Wirtschaftsförderung als häufig trügerische Hoffnung auf bessere Zeiten ausgeben? Und dann auch noch Gesundheit? Gesundheit, von der die Weltgesundheitsorganisation behauptet, dass sie »vor Ort« hergestellt wird, dort wo Menschen spielen, lernen, arbeiten und lieben. Von den frühen Hilfen über eine soziale Stadtplanung bis zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung – kaum eine gesundheitliche Herausforderung, die nicht dezentral und vor Ort, zugeschnitten auf die sehr heterogenen Ausgangslagen effektiver gelöst werden kann als landesweit oder bundesweit. Zumindest ist das in vielen Politikstrategien und Gesetzesvorhaben in den letzten Jahren als Leitmotiv wiederzufinden.

Wird Gesundheit damit den Kommunen quasi von oben verordnet oder ist es ein natürlicher Dauerbrenner der Kommunalplanung? In welchen kommunalen Aufgaben steckt Gesundheit als Querschnittsanforderung? Wo wird sie als solche zu wenig berücksichtigt? Antworten auf diese Fragen versuchen sehr unterschiedliche Autorinnen und Autoren in diesem Heft zu geben. Das Spektrum reicht von kommunalen Strategien gegen Kinderarmut bis zur Mehrgenerationenstraße. Aber das Hohelied der Kommune der Zukunft wird hier keineswegs unkritisch angestimmt. So fragt ein Beitrag vom Fonds Gesundes Österreich, ob wir nicht einen romantisierenden, verklärten Blick auf Kommunen werfen. Außerdem finden Sie im aktuellen Teil u.a. einen Bericht über die Jahrestagung der LVG&AFS und eine Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zu unserer kritischen Berichterstattung über den Präventionsbericht 2011.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Geht das? – Werte in der Gesundheitsförderung und -versorgung« (Redaktionsschluss 07.11.2012) und »Generation 20+« (Redaktionsschluss 09.02.2013). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen oder auch Feedback zur aktuellen Ausgabe zu beteiligen.

Mit herbstlichen Grüßen!



Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT Gesundheit als Zukunftsthema für Kommunen **02** Kommunale Gesundheitsförderung als Beruf **03** Starke Kommunen – romantische Ideale und neue Herausforderungen **04** Stadtplanung und Gesundheit – eine wechselvolle Beziehung **06** Die Mehrgenerationenstraße – eine Vision für die Stadt von morgen **07** Modellvorhaben der Raumordnung (MORO) – Aktionsprogramm »Regionale Daseinsvorsorge« in der Region Mitte Niedersachsen **08** Zukunftsregionen Gesundheit – ein Beitrag zur Kommune der Zukunft? **09** Gesundheitsberichterstattung in der Kommune der Zukunft **11** Wohnen mit Zukunft **12** Public Private Partnerships: Chancen und Risiken **13** Netzwerke statt Unübersichtlichkeit! Kommunale Strategien gegen Kinderarmut **15** Auf dem Weg zur klimaneutralen Kommune **16** Alt sind immer die anderen: Argumentationsstrategie für Kommunen **18** Milchmann 2.0: Studierende präsentieren neue Wohnformen und Dienstleistungen. **18** Neues LSKN – Tool für Kommunen **19** »Grün« als salutogener Gesundheitsfaktor **20** 25 Jahre Ottawa-Charta **21** GKV-Investitionen in Prävention – Stellungnahme zur kritischen Berichterstattung zum Präventionsbericht 2011 **22** Integrierter Stadtentwicklungsprozess »Bad Berleburg – Meine Heimat 2020« **23** Eine Filialarzt-gemeinschaft im Vorhaz **24** Kommunale Prävention wirkungsorientiert planen **24** Praxis MediPrä – Medizinisches Angebot für Wohnungslose im Tagesaufenthalt Leer **25** Ökologische Chancengleichheit prägt die Stadtentwicklung in Gegenwart und Zukunft **26** Kinder in Kitas in Mecklenburg-Vorpommern gezielt und evidenzbasiert fördern **27** »Vergissmeinnicht« – Ein Schrebergartenprojekt für demenziell erkrankte Menschen **28** Bücher, Medien **29** Termine **34** Impressum **35**



CLAUS WETH

Gesundheit als Zukunftsthema für Kommunen

Hinter den Begrifflichkeiten wie gesunde und soziale Stadt, Gesundheit im Quartier, Gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Gesundheit und Umwelt, gesundheitsförderliche Stadtentwicklungsplanung, Gesundheitswirtschaft u.a. stehen Aufgaben, die in Kommunen, insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, eine steigende Bedeutung erlangen. Viele Kommunen nehmen bereits jetzt die Herausforderungen an und machen sich fit für die Zukunft. Andere sind zurückhaltend und beschäftigen sich noch zu sehr mit der Frage »Wie verpflichtend sind für uns als Kommune solche Aufgaben?« Sie haben noch nicht erkannt, welche Chancen für eine Kommune im Themenfeld der kommunalen Gesundheit allgemein und hier insbesondere der Gesundheitsförderung stecken.

Gesundheit als Querschnittsaufgabe

Gesundheit stellt auf örtlicher Ebene zunächst einmal eine Querschnittsaufgabe dar, das bedeutet, Gesundheit steht in Verbindung z.B. mit der Thematik Bildung, Jugend, Soziales, Wohnen, Umwelt und fließt in kommunale und kommunalpolitische Entscheidungen mit ein. Eine solche Querschnittsaufgabe fördert ein vernetztes Denken und Handeln, findet aber noch nicht flächendeckend statt.

Gesundheit als eigene Fachaufgabe

Zu den »klassischen« Aufgaben der Gesundheitsämter sind durch die Ländergesundheitsgesetze in den 1990er Jahren neue Aufgaben der Koordination und Planung hinzugekommen. Ziel dabei ist es, den Gesundheitsämtern vor Ort eine Schlüsselfunktion zu geben und sie zu einem Instrument modernen Kommunalmanagements auf dem Gebiet der Ge-

sundheitsförderung und -vorsorge zu machen. Gesundheitsämter, die sich den gesundheitspolitischen und insbesondere den sozialkompensatorischen Aufgaben vor Ort geöffnet haben, sind heute gut vernetzt und sachverständige und kompetente Partnerinnen, verwaltungsintern und für die externen Akteurinnen und Akteure vor Ort sowie für die Menschen in den Lebensräumen der Stadt. Diesen Weg sind allerdings viele Gesundheitsämter (noch) nicht gegangen. Ihnen fehlt entweder das besondere Interesse, die kommunalpolitische Unterstützung oder einfach auch nur die fachliche Kompetenz in den Aufgaben des kommunalen Gesundheitsmanagements.

Chancengerechtigkeit für ein gesundes Leben schaffen

»Wir erleben in unseren Städten, dass sich die Unterschiede zwischen Armen und Reichen, Privilegierten und Benachteiligten verschärfen. Es gibt Städte, die sichtbar in »gute« und »belastete« Teile zerfallen. Die besseren Stadtteile sind in der Regel ökologisch, gesundheitlich, sozial sowie von den Versorgungsangeboten her begünstigt, wohingegen sich in den schlechteren Stadtteilen Risiken für die Bewohnerinnen und Bewohner verdichten« (Kölner EntschlieÙung – Chancengerechtigkeit für ein gesundes Leben, Gesunde Städte-Netzwerk, GSN, 1999). Wir wissen, dass soziale Benachteiligungen auch negative gesundheitliche Auswirkungen haben. Gesundheitschancen verbessern sich mit wirtschaftlichem Erfolg, wachsender Bildung, sozialer Eingebundenheit und der Kompetenz der Menschen ihre eigene Gesundheit wertzuschätzen. Städte müssen sich zu dem Ziel der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit bekennen und die Chancen auf Gesundheit durch Stärkung von Ressourcen und Senkung von Gesundheitsbelastungen verbessern helfen.

Schaffung gesunder Lebensbedingungen für Bevölkerungsgruppen und Gesellschaft

Gesundheit wird von Menschen in ihren alltäglichen Lebenswelten wie Familie, Kita, Schule, Gemeinde geschaffen und gelebt. Im Allgemeinen funktionieren diese Settings. Heranwachsende, Menschen im mittleren Lebensalter und auch ältere Menschen finden in ihren Städten und Gemeinden in der Regel gute Voraussetzungen für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Lebensweisen. Dennoch werden Kommunen immer wieder auch mit sozialen und gesundheitlichen Problemlagen der Bewohnerinnen und Bewohner konfrontiert. Zu den aktuellen gesundheitlichen Risiken gehören z.B. Übergewicht, Adipositas und fehlende Sprachkompetenzen schon im Kindesalter, Komasaufen bei Jugendlichen, psychische Erkrankungen bei Erwachsenen oder auch Sucht im Alter. Die Gesellschaft erwartet hier auch eine Unterstützung durch die Kommunen. Gestaltungsaufträge ergeben sich dazu aus dem Grundgesetz, aus Landesgesundheitsgesetzen, aus kommunalen Gesundheitskonferenzen und ressortübergreifenden Kooperationen innerhalb der Kommunalverwaltungen.

Für die Umsetzung zukünftiger Aufgaben durch die Kommunen sind folgende Aspekte wichtig:

- » eine bessere Verknüpfung der Stadt(teil)entwicklungsplanung mit der Gesundheitsförderung herzustellen
- » den Ausbau der kommunalen Gesundheitsberichterstattung und nicht deren Abbau zu betreiben
- » eine kommunale Gesundheitsplanung zu entwickeln und einen kommunalen Gesundheitsplan/Leitlinien für eine gesunde Stadt zu erstellen



- » den Auf- und Ausbau von »Hilfesystemen« auch durch Teilnahme an Partner- und Kooperationsprojekten voranzutreiben
 - » die Kommunikation und Vernetzung der vielfältigen Aktivitäten unterschiedlichster Akteure und Akteurinnen z.B. über kommunale Gesundheitskonferenzen zu forcieren
 - » Allianzen zu schaffen mit Hochschulen, Wissenschaft und Wirtschaft
 - » nicht zuletzt die Aktivierung der Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern, Selbsthilfe und Initiativen an gesundheitlichen Planungsprozessen zu wollen und einzufordern.
- Dadurch lassen sich, auch unter Berücksichtigung des Integrationsleitbildes, Handlungskonzepte und Maßnahmen entwickeln wie beispielsweise »Gesund aufwachsen«, »Betriebliches Gesundheitsmanagement«, »Gesund und aktiv älter werden«, »Gesundheit als Standortfaktor«.

Zusammenfassung

Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und Herausforderung. Kommunen dürfen sich daher nicht zurückziehen, insbesondere dann nicht, wenn andere Partnerinnen und Partner sowie Institutionen sich mit einbringen wollen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen prognostiziert einen Trend zur Kommunalisierung von Prozessen im Gesundheitswesen und plädiert »für eine Verlagerung möglichst vieler Entscheidungskompetenzen in die Regionen bzw. an die vor Ort verantwortlichen Akteure« und in diesem Rahmen für eine zielorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit einer stärkeren Gewichtung von nichtärztlichen Leistungserbringern, Selbsthilfe und kommunalen Einrichtungen. Ziel ist eine gemeinsame örtliche Gesundheitsplanung. Die Gesunden Städte, ein Zusammenschluss von derzeit 73 Städten, Kreisen und Regionen bundesweit, nehmen diese Herausforderungen an. Sie tauschen sich miteinander aus und lernen voneinander, schaffen Allianzen zu Partnern und Partnerinnen im Gesundheitswesen und pflegen eine besondere Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene zwischen Kommunen, Selbsthilfe, Initiativen und Bürgerschaft.

Literatur beim Verfasser

DR. CLAUDIA WETH, Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, Geschäftsführer, c/o Gesundheitsamt der Stadt Münster, 48147 Münster, www.gesunde-staedte-netzwerk.de

EBERHARD GÖPEL

Kommunale Gesundheitsförderung als Beruf

Bei der Veröffentlichung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO im Jahre 1986 war den Beteiligten klar, dass sie das Tor zu einer neuen Phase öffentlicher Gesundheitspolitik aufgemacht hatten. Zielsetzungen wie:

- » Menschen stärken, mehr Einfluss auf die Bedingungen ihrer Gesundheit zu gewinnen
- » Partizipation und Empowerment der Betroffenen
- » gesundheitsförderliche Lebenswelten gestalten
- » gesundheitliche Chancengleichheit fördern
- » Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik lagen quer zu den tradierten Formen sektoraler Gesundheitspolitik mit staatlich sanktionierter Expertenkultur, Versicherungsbürokratien und einem werbungsgetriebenen »Wellness«-Konsum. Eine Politik der Gesundheitsförderung, die eine Entfaltung der Gesundheitspotenziale der Menschen in den Lebenswelten des Alltags in den Mittelpunkt stellt, ist daher zunächst auf andere Unterstützer angewiesen:
- » eine aufgeklärte Öffentlichkeit, die an einer stabileren sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Lebensqualität interessiert ist und daher politische Initiativen für eine gerechtere, nachhaltigere, sozial-integrierende Lebensweise unterstützt
- » soziale Vereinigungen von Menschen, deren Lebensinteressen unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in besonders eklatanter Weise ignoriert und vernachlässigt werden – Menschen mit fehlenden Bildungs- und Erwerbschancen, mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen oder in belastenden Sozialbeziehungen etwa am Arbeitsplatz, als Alleinerziehende, als Menschen mit zu pflegenden Angehörigen oder als vereinsamende Einzelne
- » sympathisierende Personen aus unterschiedlichen Verantwortungsbereichen, die an einer zukunftsorientierten Gestaltung des Zusammenlebens in der Gesellschaft interessiert sind und sich für die Umsetzung der unmittelbar sinnvollen Programmatik der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung engagieren wollen.

Die kommunale Handlungsebene als Hoffnungsort

Orte und Anlässe, wo es zum Kontakt und zu kreativen Begegnungen zwischen diesen unterschiedlichen Erfahrungen und Interessen kommen kann, sind in den öffentlichen Orten des Alltagslebens zu suchen – in Nachbarschaften und Stadtteilen, in Kindertagesstätten und Schulen, in Betrieben und Verwaltungen, auf der Straße, in Einkaufszentren, in Parks und auf öffentlichen Plätzen. Dort können Menschen ihre Verbundenheit als Bürgerinnen und Bürger des gleichen Gemeinwesens entdecken und über die Umsetzung ihres grundgesetzlich gewährleisteten Rechtes ins Gespräch kommen, im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung gemeinsam neue Gestaltungsformen für ihr Zusammenleben zu entwickeln und zu vereinbaren. (GG § 28, 2: »Den Gemeinden muss das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln.«) Entsprechend wird der kommunale Gestaltungsrahmen inzwischen international als der maßgeblich politische Handlungs-



ansatz für eine integrierende Gesundheitsförderungspolitik mit und durch die Bürgerinnen und Bürger angesehen. In den meisten europäischen Ländern sind in den letzten 20 Jahren in den Kommunen die Planungskompetenzen und öffentlichen Mitwirkungsmöglichkeiten deutlich gestärkt worden. Mit dem »Healthy Cities«-Netzwerk hat die WHO bereits vor 25 Jahren einen Rahmen für eine systematische Kooperation der Kommunen geschaffen, der vor 20 Jahren von den Vereinten Nationen durch die »Lokale Agenda 21« ergänzt wurde. In Deutschland hat auch das Programm »Soziale Stadt« in den letzten 10 Jahren wesentliche Entwicklungsimpulse für eine sozial integrierende, gesundheitsfördernde und nachhaltige Stadtentwicklung vermittelt. Der kommunale Lebensraum ist dabei zunehmend auch zu einem Hoffungsanker für neue Formen der sozialen Ökonomie und Subsistenz, für ökologisch angepasste Wirtschaftsformen, neue Formen des sozialen Zusammenlebens und der wechselseitigen Unterstützung geworden. In manchen Regionen werden auch dörfliche Lebensgemeinschaften aufgrund des erhöhten Problemdrucks im ländlichen Raum inzwischen zu Vorbildern für soziale Innovationen) Gesundheitsförderung bildet manchmal auch eine integrierende Leitorientierung für die Entwicklung einer »Gesundheitsregion«.

Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung

Eine unterstützende öffentliche Kommunikation, begleitende Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, lokale Fonds für Gemeinschaftsprojekte und die Förderung von neuen Infrastrukturen für vernetztes und kooperatives Handeln in den Städten und Gemeinden sind wesentliche Bestandteile einer wirksamen Gesundheitsförderungsstrategie auf der Ebene von Kommunen. Die Unterstützung eines kompetenzfördernden Engagements der Bürgerinnen und Bürger wird damit zu einer anspruchsvollen öffentlichen Aufgabe. Hier sind nicht nur Kommunalverwaltungen, sondern auch Bildungseinrichtungen, öffentliche Medien, Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften, Kirchen und andere Organisationen mit Gemeinwohl-Interessen herausgefordert. Ein öffentlich gefördertes Qualifizierungs- und Tätigkeitsangebot für sorgende, pflegende, fördernde und planende Tätigkeiten und Verantwortungen gegenüber der sozialen Mitwelt und der natürlichen und

technisch gestalteten Umwelt im kommunalen Rahmen wird künftig zu einem zentralen Merkmal einer bürgerorientierten Kommune werden.

Kommunale Gesundheitsförderung erfordert eine neue Professionalität

Wissen und Können zur Förderung von Gesundheit soll als öffentliches Wissen allen Menschen zugänglich werden. Es bildet ein »soziales und kulturelles Kapital« in den Kommunen, das kein Privileg einzelner Berufe und Organisationen ist. Kommunale Gesundheitsförderung zielt als berufliches Handeln darauf ab, »die Bedingungen der Möglichkeit« für ein gesundheitsförderndes Engagement der Bürgerinnen und Bürger in den Settings ihres Alltagslebens zu verbessern und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Es ist dabei eine reflexive »Professionalität 2. Ordnung« gefordert, die auf verschiedenen beruflichen Vorkenntnissen aufbauen kann. Eine Ausbildung in Sozialer Arbeit, Stadtplanung, Soziologie, Pädagogik, Psychologie, Medizin, Medien und Kommunikation bietet häufig eine orientierende Voraussetzung, um mit praktischem Engagement (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) und geeigneter Weiterbildung (www.gesunde-kommune.de) eine erforderliche systemische Gestaltungskompetenz zu erlangen.

Inzwischen kann Gesundheitsförderung auch an deutschsprachigen Hochschulen studiert werden (www.gesundheitsfoerderung-studieren.de), und einige Hochschulen bauen den Bereich »Kommunale Gesundheitsförderung« bereits als eigenen Studienbereich und Forschungs- und Entwicklungsschwerpunkt auf. Die Absolventinnen und Absolventen bereiten sich darauf vor, in den Kommunen neue Planungs- und Servicefunktionen aufzubauen, die die überholten Amtsstrukturen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den kommenden Jahren ersetzen können und die Ziele der Ottawa-Charta wirkungsvoll umsetzen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. EBERHARD GÖPEL, Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V.,
c/o Alice Salomon Hochschule, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin,
Tel.: (0 30) 99 24 52 48, E-Mail: hoge@ash-berlin.de, www.hochges.de

CHRISTA PEINHAUPT, RAINER CHRIST

Starke Kommunen – romantische Ideale und neue Herausforderungen

Als Gesundheitsfördererinnen und Gesundheitsförderer setzen wir stark auf das kommunale Setting, die Gemeinden als Orte der Projektentwicklung. Dahinter steht die Annahme, dass Kommunen auf viele Gesundheitsdeterminanten einen wichtigen Einfluss haben und dass diese Determinanten auch in diesem Setting gut beeinflussbar sind. Ob dies tatsächlich so ist, möchten wir mit Blick auf Stärken und Schwächen sowie Möglichkeiten und Herausforderungen erörtern. Was also kann die Kommune besser als die kleineren Einheiten wie Familien, Nachbarschaften, Vereine, Netzwerke einerseits und die größeren Organisationen auf Bezirks- und Landesebene andererseits? Welche Anhaltspunkte für Antworten finden wir aus unserer Zusammenarbeit mit Kommunen als Fördereinrichtung für Gesundheitsförderung?

Seit einigen Jahren versucht der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) Anreize für Projektarbeit auf Gemeindeebene zu schaffen und auch Kapazitäten zu entwickeln, und wir erleben dabei Grenzen. Ausbildungen für regionales Gesundheitsmanagement wurden gerne angenommen, es folgt aber kaum eine Umsetzung der erworbenen Erfahrungen in konkreten Projekten und Programmen, obgleich eine spezielle Förderschiene für Gemeindeprojekte eingerichtet worden ist und auch Bürgermeisterinnen und Bürgermeister in Seminaren für Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene sensibilisiert werden. Sind unsere Erwartungen zu hoch, sind wir zu ungeduldig, wenn wir daraus auf Schwächen des Settings schließen?

Welche Stärken sehen bzw. vermuten wir in den Kommunen?

Nachbarschaft, jeder kennt jeden, kurze Wege, eine Vielzahl von Vereinen, Nähe zwischen Betroffenen und Entscheidungsträgern, gute Beteiligungsmöglichkeiten, zielsichere Interventionsmöglichkeiten. Existieren diese Stärken in den Kommunen oder handelt es sich hier um einen verklärten Blick? Gerade die Annahme, im kommunalen Setting finde man jedenfalls positiven sozialen Zusammenhalt, ist wohl in Frage zu stellen. Nachbarschaft ist eine Ressource, birgt aber auch Konfliktpotenzial, gegenseitiges Kennen ist abhängig von der Größe und Komplexität der Kommune, den Wohnformen, der Verfügbarkeit öffentlicher Räume und Strukturen und wird erschwert durch vermehrtes Pendlertum und sonstige Entwicklungen, die den Stellenwert des Wohnortes schwächen. Hierzu zählen z.B. die Konzentration von Geschäften in Ballungsräumen, die Verlagerung der Mobilität in Richtung motorisiertem Individualverkehr, Abwanderung und Überalterung. Der idealtypisch angenommene Zusammenhalt, die gegenseitige Unterstützung in Kommunen sind keine universell verfügbaren Bedingungen, sondern abhängig von Eigenschaften wie Überschaubarkeit, Transparenz, Heterogenität und gegenseitige Ergänzung der in der Kommune lebenden Menschen.

Weitere Stärken werden in den Beteiligungs- und Interventionsmöglichkeiten gesehen, da in den Kommunen dafür klare und etablierte Prozesse verankert sind, bei denen im Sinne der Gesundheitsförderung angesetzt werden könnte. Aber auch hier gilt, dass zwischen den Idealvorstellungen und der Realität Diskrepanzen bestehen. Strukturelle, verwaltungs- und ressourcenmäßige Einbettungen setzen den Kommunen Grenzen. Dass es zunehmend schwierig wird, Personen für das Amt des Bürgermeisters bzw. der Bürgermeisterin zu finden und auch immer mehr von ihnen belastungsbedingt aus dem Amt ausscheiden, ist wohl auch Ausdruck derartiger struktureller Probleme. Verantwortung für Anliegen der Bürgerinnen und Bürger und entsprechende Steuermöglichkeiten sind für die Gemeinden oft nicht im Einklang. Diese erlebbaren Grenzen kommunaler politischer Entscheidungsmöglichkeiten sind auch anderen Formen politischer Beteiligung nicht förderlich.

Möglichkeiten und Herausforderungen

Angesichts dieser hier nur exemplarisch aufgezeigten Stärken und Schwächen können aus Sicht der Gesundheitsförderung folgende Möglichkeiten und Herausforderungen beschrieben werden: Rückenwind für die Anliegen der Gesundheitsförderung in den Kommunen ist wohl daraus zu erwarten, dass Globalisierung und Beschleunigung den Wert und Bedarf nach Überschaubarkeit, Geordnetheit und Entschleunigung immer deutlicher machen. Diese Bedürfnisse werden traditioneller-



weise im Privatleben, in der Familie gesucht. Angesichts sich verändernder, weiträumigerer und teilweise weniger stabiler Familienstrukturen sind es die Kommunen, die für diese Bedürfnisse immer noch mehr Bedeutung erlangen. Es ist also davon auszugehen, dass viel intrinsische Motivation gegeben ist, sich für die gemeinschaftlichen Anliegen der Kommunen zu engagieren.

Arbeit an den Gesundheitsdeterminanten

Es genügt aber nicht, auf idealisierte Bilder zu setzen und sich auf alte Routinen zu verlassen. Mit den Veränderungen der vergangenen Jahrzehnte muss gezielt umgegangen werden. Nachbarschaft, bürgerschaftliches Engagement, Beteiligung und Übernahme von Verantwortung müssen mitunter neu belebt, möglicherweise neu aufgesetzt werden. Mitunter müssen neue Ausgangspunkte in Analysen gesucht werden, Ressourcen neu gedacht werden. Die sich gegenseitig ergänzende Heterogenität im Dorf ist heute mitunter eine andere, Formen der Beteiligung sind weiter zu entwickeln. Derartige Analysen, ein angstfreier Umgang mit der neuen Diversität, Experimente mit neuen Beteiligungsformen sind Anliegen, die gerade auf lokaler Ebene realistisch zu leisten sind. Jedenfalls geht es um mehr als ein am Lebensstil orientiertes Bild der Gesundheitsförderung, nämlich um Arbeit an den Gesundheitsdeterminanten. Health for All Policies im Sinn von sektorenübergreifendem Denken gelingt auf lokaler Ebene gut. Bewusstseinsbildung und Partizipation können lokal entwickelt werden. Bestehende und neue Formen der Beteiligung werden aber nur dann angenommen werden und Erfolg bringen, wenn entsprechende Entscheidungsspielräume auf der lokalen Ebene gegeben sind. Health for All Policies muss die Aufgabenverteilungen zwischen hierarchisch konzipierten Verwaltungs- und Entscheidungsstrukturen neu definieren. Die Kommunen brauchen einen Dialog mit den übergeordneten Verwaltungs- und Entscheidungseinheiten, in dem – aufbauend auf Analysen der jeweiligen Gestaltungs- und Beteiligungsmöglichkeiten – Zuständigkeiten und Disposition von Ressourcen neu zu überdenken sind.

Literatur bei der Verfasserin und beim Verfasser
 MAG. DR. RAINER CHRIST, MAG. CHRISTA PEINHAUPT, Gesundheit Österreich GmbH, Fonds Gesundes Österreich, A-1020 Wien, Aspernbrückengasse 2,
 Tel.: (0043) 1-895 04 00-21, Fax: (0043) 1-895 04 00-20,
 E-Mail: rainer.christ@goeg.at, www.goeg.at



JÖRG KNIELING, KATJA SÄWERT

Stadtplanung und Gesundheit – eine wechselvolle Beziehung

Ein wichtiger Faktor für den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist ihre Umwelt. Diese wiederum wird durch die Stadtplanung – der räumlichen Planung auf kommunaler Ebene – maßgeblich beeinflusst. Durch Planungen, Konzepte und Maßnahmen für die Gestaltung der gebauten Umwelt, wie Wohn- und Gewerbegebäude, Straßen und Parkplätze sowie Leitungen und andere technische Einrichtungen, versucht sie, auch zu einer gesünderen städtischen Umwelt beizutragen.

Historischer Rückblick

Das Thema Gesundheit fand im 19. Jahrhundert im Rahmen der Industriellen Revolution Eingang in die Stadtplanung. Durch einen starken Bevölkerungszuwachs in den Städten verschlechterten sich die Lebensbedingungen vor allem der gesellschaftlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen und -schichten teilweise dramatisch. Belastete Luft, unzureichende Lichtverhältnisse und hygienische Mängel hatten verheerende Folgen für die Gesundheit, es kam unter anderem zu Cholera-Epidemien und Tuberkulose.

Im 20. Jahrhundert war das Thema Gesundheit in der Stadtplanung allgegenwärtig. Der Planungsgrundsatz einer gesunden Stadt (1918), Leitbilder einer gegliederten, aufgelockerten Stadt und Gartenstadt, die einen »gesunden und leistungsfähigen Stadtkörper« forderten, veranschaulichten diese Entwicklung. Das »Leitbild der autogerechten Stadt« zu Beginn der 1960er Jahre war der Versuch, das Auto und die Menschen im Stadtraum zu vereinen. In der Folge führten weniger Bewegung, Unfälle und Feinstaubbelastungen zu neuen gesundheitlichen Gefahren. Frühere Gesundheitsthemen wie reine Luft und sauberes Wasser waren zwar nach wie vor in der Stadtplanung verankert, Nachholbedarf bestand jedoch bei neuen Herausforderungen. Zivilisationskrankheiten wie Bewegungsmangel fanden erst langsam Eingang in die stadtplanerische Praxis. Vielmehr neigte die Stadtplanung unbewusst dazu, die gesundheitlichen Voraussetzungen zu verschlechtern, indem sie lange Zeit gezielt den Autoverkehr förderte.

Aktuelle Entwicklungen der Stadtplanung

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts stellen unter anderem die Folgen des Klimawandels neue Herausforderungen für die Stadtplanung dar. Steigende Temperaturen und Hochwassergefahren haben unmittelbaren Bezug zu einer gesunden Stadtentwicklung. Charakteristisch für Städte ist der Wärmeinselseffekt, d. h. eine gegenüber dem Umland erhöhte Temperatur. Vor allem nachts kann sich die bioklimatische Belastung für

den Menschen negativ auf den Schlaf, die Erholung und das Wohlbefinden auswirken. Hitzebelastungen gehören zu den wichtigsten direkten Wirkungsbeziehungen zwischen Klima und Gesundheit, ebenso wie Luftverunreinigungen. Durch Einbeziehung der Windverhältnisse können Siedlungsdurchlüftung und lufthygienische Verhältnisse beeinflusst werden. Ein anderes Thema ist die heutige Zielsetzung der Stadtplanung, den Autoverkehr in den Städten zu vermindern. Dies motiviert die Bewohnerinnen und Bewohner, auf einen privaten Pkw zu verzichten und andere Fortbewegungsformen, etwa das Fahrrad oder den Fußweg zu wählen. Dies führt zu positiven Nebeneffekten, etwa mehr Bewegung, weniger Verkehrsunfällen, und insgesamt wird ein gesunder Lebensstil unterstützt.

Veränderungen in der Regionalplanung

Aus planerischer Sicht spielt bei diesen Fragen neben der Stadt- auch die Regionalplanung eine wichtige Rolle. Während die Stadtplanung vorrangig auf der kommunalen und Quartiersebene arbeitet, befasst sich die Regionalplanung mit dem Zusammenspiel von Stadt und Region. Der Schutz und Erhalt regionaler Grünzüge im städtischen Umfeld trägt zu einer großräumigen Durchlüftung der Städte bei. Großräumige unverbaute Freiflächen können als natürliche Kaltluftentstehungsgebiete die Lebensqualität in den Städten verbessern. Gleichzeitig kann eine abgestimmte Siedlungs- und Verkehrsentwicklung in der Region den öffentlichen Personennahverkehr und so den Umstieg vom Auto auf Bahn und Bus fördern. Damit es zu solchen Entwicklungen kommt, verfügt die Regionalplanung über die entsprechenden Strategien und Instrumente.

Doch Fragen der Gesundheit sind nicht nur vom »guten Willen« der Stadtplanung abhängig, sondern es gibt entsprechende gesetzliche Vorgaben. Die Gesundheit des Menschen ist unter anderem im Baugesetzbuch (BauGB) verankert. §1 besagt beispielsweise, dass bei der Aufstellung der Bauleitpläne »allgemeine Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse« sowie »die Sicherheit der Wohn- und Arbeitsbevölkerung« zu berücksichtigen sind.

Dabei geht es nicht nur um Sachlösungen, sondern die Stadtplanung hat in den vergangenen Jahrzehnten auch vielfältige Erfahrungen gesammelt, wie bessere Verfahren zu einer gesunden Stadtentwicklung beitragen können. Dabei geht es insbesondere um eine bessere Partizipation und Zusammenarbeit mit der betroffenen Bevölkerung.

Ausblick

Das Thema »Gesundheit« wird auch in Zukunft ein »Dauerbrenner« in der Stadt- und Regionalplanung bleiben. Mit dem Klimawandel ist eine lebhaftere Diskussion aufgekommen, wie sich Städte an die absehbaren Veränderungen anpassen können. Wie sollen gesunde Städte in Zeiten des Klimawandels aussehen? Welche Lebensqualitäten sind gewünscht bzw. erforderlich? Diese Fragen werden auch die Stadt- und Regionalplanung in den nächsten Jahren intensiv beschäftigen (müssen).

Literatur beim Verfasser und der Verfasserin
 PROF. DR.-ING. JÖRG KNIELING M.A. POL./SOZ., DIPL.-ING. KATJA SÄWERT,
 HafenCity Universität Hamburg, Fachgebiet Stadtplanung und Regionalentwicklung, Winterhuder Weg 29–31, 22085 Hamburg,
 E-Mail: joerg.knieling@hcu-hamburg.de, katja.saewert@hcu-hamburg.de



CHRISTOPH MENZEL

Die Mehrgenerationenstraße – eine Vision für die Stadt von morgen

Die Verkehrsplanung in Mitteleuropa ist von den Wirkungskräften des demografischen Wandels geprägt. Hierbei spielen vor allem die Barrierefreiheit und die Qualität im Umweltverbund (Öffentlicher Verkehr, Rad, Fuß) eine Rolle. Schlagworte wie »Shared Space« oder »Mobility2Go« herrschen vor. Doch welche Empfehlungen kann man geben, um den Ansprüchen der sich wandelnden Gesellschaft gerecht zu werden? Hier wird der Versuch einer solchen Empfehlung unternommen – überschrieben mit dem Wort »Mehrgenerationenstraße«.

Barrieren in den Köpfen

Im Verkehr ist integriertes Planen noch kein Standard. Zu oft wird nach Norm geplant, ohne auf Veränderungen in der Gesellschaft Rücksicht zu nehmen. Die gesetzliche Verpflichtung zur Barrierefreiheit hat zwar schon zu Verbesserungen geführt. Der Durchbruch zur Integration sozialer, ergonomischer und ökologischer Anforderungen im Verkehr ist jedoch noch nicht gelungen. Einzelne bleiben nach wie vor – im wahrsten Sinne – auf der »Strecke«.

Die Planenden müssen sich also mehr und detaillierter denn je mit gesellschaftlichen Ansprüchen befassen. Das beginnt bei Zeitpunkt und Intensität von Öffentlichkeitsbeteiligungen und endet bei Maßnahmen zum Wohle einzelner Nutzergruppen, beispielsweise für Sehbehinderte abhängig von der Art der Einschränkung (von Farbenblindheit bis zum vollständigen Verlust des Augenlichts).

Räumliche Verteilungskonflikte

Ein Problem ist der Mangel am Gut »Raum«. Räumlich gesehen sind Straßen entweder im Separations- oder im Mischverfahren angelegt. In beiden Verfahren kommt es zu Nutzungskonflikten. Der räumliche Anspruch des motorisierten Individualverkehrs (MIV) ist aufgrund seiner Abmaße und Geschwindigkeiten nicht mit dem des Fußverkehrs zu vereinbaren. Im Separationsverfahren bekommt deswegen jeder ein Mindestmaß an Teilraum zugewiesen. Beim Mischprinzip muss der MIV verlangsamt und der Fußverkehr auf den MIV aufmerksam gemacht werden, damit die Unfallgefahr sinkt. Dann gibt es aber noch den Radverkehr, den ÖV sowie Raumansprüche für Aufenthalt, Ver- und Entsorgungseinrichtungen und mehr.

Finanzielle Verteilungskonflikte

»Die Kommunen sind pleite«, kommentierte SPD-Landtagsfraktionssprecher Schostok die Haushaltslage der Städte und Kreise (auch) in Niedersachsen. Doch nicht nur die mehr als 123 Milliarden Euro Schulden der Kommunen wirken sich auf die Realisierungswahrscheinlichkeit modellhaft integrativer Verkehrsprojekte aus. Häufig bekommt der MIV den größten Teil des Verkehrsbudgets ab – abgeleitet von räumlichen Ansprüchen. Es folgt mit Abstand der ÖV. Für Fuß- und Radwege bleibt oft gar nichts mehr übrig.

Demografie und Nachhaltigkeit

Dabei müsste man lediglich den Schlüssel verändern, um eine menschenfreundlichere Verteilung zu erreichen. In einem Pkw sitzen im Schnitt etwa 1,2 Personen auf ca. 7,5 qm, entspricht 6 qm pro Person. Ein Rollstuhlfahrer benötigt etwa 0,6 qm, ein Fußgänger sogar nur 0,4 qm. Priorisiert man nach Flächenverbrauch, würde der Fußverkehr den größten Teil des Budgets bekommen. Nimmt man hinzu, dass ältere Menschen weniger Auto fahren als jüngere, steigert der demografische Wandel den Druck nach einer anderen Flächen- und Mittelverteilung.

Integrierte Planung

Integrierte Planung vereint Verkehrs- und Stadtplanung und wird inzwischen erfolgreich ergänzt um Umwelt-, Sozial- und Wirtschaftsstandortplanung. Trifft dieser Mix auf den guten Willen politischer Verantwortlicher, kommen gute Umsetzungspraktiken heraus. Von der übergeordneten strategischen Planung bis zu Rahmenplänen und Quartierskonzepten sind seit ungefähr Mitte der 1990er Jahre in ganz Mitteleuropa gute Beispiele integrierter Projekte zu finden.

Gute Praxisbeispiele

EU, Bund und Länder fördern integrierte Planungsprojekte. Die wirksamsten Fördertöpfe sind die »Soziale Stadt« und die Landessanierungsprogramme. Hinzu kommt die Zusammenarbeit von öffentlichen und privaten Mittelgebern (PPP). Lebenswerte Räume entstanden in der »Neuen Mitte Ulm«, einer ehemals mehrspurigen Hauptverkehrsstraße, die zu Gunsten einer integrierten Platz- und Gebäudestruktur umgebaut wurde. Momentan im Umbau zu einem »Stadtboulevard« befindet sich der Bahnhofplatz in Konstanz. Dieser ist vor allem aufgrund des innovativen und intensiven Beteiligungsverfahrens in der Planungsphase als gutes Umsetzungsbeispiel zu nennen. Erwähnenswert sind noch die »HafenCity« in Hamburg, das »Ringgleis« in Braunschweig oder die Sanierung der historischen Altstadt von Halle.



Vision Mehrgenerationenstraße

Abgeleitet vom Erfolgsmodell Mehrgenerationenhaus versucht die Mehrgenerationenstraße, auf dem begrenzten Raum einer Straße multifunktionale Teilräume zu schaffen, um für alle beteiligten Generationen Aktivitäten zu ermöglichen. Im Fokus steht dabei die Bewegung im Freien, ergänzt um Aufenthalt und Erschließung. Dazu müssen die Rahmenbedingungen stimmen. Die Mehrgenerationenstraße muss:

- » urban sein: Alle notwendigen Versorgungseinrichtungen müssen bestenfalls fußläufig erreichbar sein. Kulturelle Einrichtungen sind unabdingbar, am besten »multi«.
- » multimodal sein: Es muss ein »Mobilpunkt« mit ÖV, CarSharing und Mieträdern angeschlossen sein. Ein Kiosk bietet die Möglichkeit zur Buchung, ergänzt um klassische Dienstleistungen.
- » interaktiv sein: Das Motto »Bürger gestalten Lebensräume« muss spürbar sein. Das umfasst Grünpflege, Müllentsorgung und Bürgertreffs – jeweils in Abstimmung mit den zuständigen Ämtern.
- » barrierefrei sein. Das betrifft auch flächenhafte Barrieren. Parkmöglichkeiten müssen gebündelt sein. Informationen und Wegweiser müssen klar und für alle Behinderungsgruppen verstehbar sein. Erholungsräume sind unabdingbar.
- » individuell sein. Jeder Straßenraum muss sensibel geplant werden. Der Vorteil der individuellen Planung ist, dass man quasi automatisch Identifikationspotenziale schafft.

Sind diese fünf Grundvoraussetzungen erfüllt, politischer Wille zur Umsetzung vorhanden und ausreichend Gelder verfügbar, könnte die Mehrgenerationenstraße ein Erfolgsmodell für ganz Mitteleuropa werden.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. CHRISTOPH MENZEL, Ostfalia – Hochschule für angewandte Wissenschaften, Institut für Verkehrsmanagement, Karl-Scharfenberg-Str. 55–57, 38229 Salzgitter, Tel.: (0 53 41) 87 55 16 00, Fax: (0 53 41) 875 51602, E-Mail: Ch.Menzel@Ostfalia.de

TIMO FICHTNER

Modellvorhaben der Raumordnung (MORO) – Aktionsprogramm »Regionale Daseinsvorsorge« in der Region Mitte Niedersachsen

Seit 2008 existiert das Regionalmanagement Mitte Niedersachsen, welches mit 16 Kommunen aus den drei Landkreisen Diepholz, Nienburg und Verden die größte vom Land unterstützte Region in Niedersachsen darstellt. Hintergrund für die Verwirklichung des Regionalmanagements und nachgelagerter Projekte ist das »Programm zur Förderung im ländlichen Raum für Niedersachsen und Bremen 2007–2013« (PROFIL) der Länder Niedersachsen und Bremen.

Die Gemeinden mit insgesamt fast 190.000 Einwohnerinnen und Einwohnern haben sich zu einer kommunalen Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen und wollen mit dem Regionalmanagement Mitte Niedersachsen die Entwicklung ihrer Region vorantreiben. Alle Kommunen haben als gemeinsames Ziel, die Lebensqualität in den Städten und Dörfern sowie die Arbeitsmöglichkeiten in der Region zu erhalten und zu verbessern.

Das Regionalmanagement Mitte Niedersachsen beteiligte sich im Mai 2011 am Aufruf des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) und bewarb sich zusammen mit 156 Regionen aus ganz Deutschland um die Aufnahme in das Aktionsprogramm »Regionale Daseinsvorsorge«, das als Modellvorhaben der Raumordnung (MORO) durchgeführt wird. Das Regionalmanagement Mitte Niedersachsen ist als einzige niedersächsische Region in das Modellvorhaben aufgenommen worden.

Anliegen des MORO-Vorhabens

Mit dem Aktionsprogramm will der Bund herausfinden, wie die Sicherung der Daseinsvorsorge in Anbetracht der demografischen Veränderungen gerade in ländlichen Gebieten gelingen kann. Hinter dem MORO-Vorhaben steht die Absicht, konkrete Fragen nach den aus den Folgen des demografischen Wandels resultierenden Konsequenzen für die öffentliche und private Daseinsvorsorge in der Region zu stellen und umsetzungsorientierte, für die Region »machbare« Lösungsansätze herauszuarbeiten. Diese Lösungen sollen in einer Regionalstrategie zusammengefasst und dann Schritt für Schritt verwirklicht werden. Dabei wird die Region als Modellregion des BMVBS fachlich und finanziell unterstützt. Die Erarbeitung der Regionalstrategie soll bis zum Oktober 2013 abgeschlossen sein, bis 2015 folgt dann die Umsetzung.

Das Erarbeiten räumlich und fachlich übergreifender Handlungsansätze zur Sicherung der Daseinsvorsorge sowie die Verankerung solcher Ansätze in der Region hatte sich das Regionalmanagement Mitte Niedersachsen bereits im Jahr 2010 zur zentralen Aufgabe gemacht. Vorrangig wurden dabei seitherzeit drei prioritäre Aktionsfelder umrissen:

- » die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Region
- » die Weiterentwicklung von bedarfsgerechten Mobilitätsangeboten
- » die Einführung eines regional agierenden Leerstandsmanagements.



Eine zentrale Erkenntnis dabei war und ist, dass zahlreiche Aufgaben in der Sicherung der Daseinsvorsorge nur interkommunal zu bewältigen sind und isolierte Ansätze durch Einzelgemeinden zu kurz greifen bzw. nur punktuell zum Erfolg führen (z.B. finanzielle Anreize für die Übernahme von Praxisstandorten in einzelnen Kommunen). Die Sicherstellung in der Fläche kann so nicht mehr erzielt werden. Diesem Ansatz folgt auch das MORO-Vorhaben.

Für die Region Mitte Niedersachsen steht im MORO-Vorhaben nun neben der Ausgestaltung von perspektivisch tragfähigen Mobilitätsangeboten vor allem die Sicherung der medizinischen Versorgung (konkreter: der hausärztlichen Versorgung) im Vordergrund. Speziell sollen den gesetzlichen Versorgungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) flankierende bzw. unterstützende Ansätze für die Kommunen und die drei Landkreise entwickelt werden, wobei die KVN die Arbeit als wichtige Partnerin unterstützt.

Perspektivische Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Region

Bei den Hausärztinnen und Hausärzten zeichnen sich für die Region im Hinblick auf einen Planungshorizont von ca. 15–20 Jahren viele Eintritte ins Rentenalter und damit zumindest die Gefahr vakanter Praxen in der Region ab. Das Durchschnittsalter dieser Ärztinnen und Ärzte liegt zurzeit bei ca. 54 Jahren (Stand Ende 2011).

Die regionale MORO-Arbeitsgruppe »Sicherung der medizinischen Versorgung«, die zentrale Eckpfeiler der Regionalstrategie für den Bereich der hausärztlichen Versorgung konzipieren soll, hat dementsprechend die Kernaufgabe, Reaktions- und Gestaltungsmöglichkeiten für die Region aufzuzeigen und insbesondere interkommunale Lösungsansätze zu entwickeln.

Dafür setzt sich die Arbeitsgruppe konkret mit folgenden Fragestellungen auseinander:

- » Hausärztliche Versorgung: Analyse der jetzigen Situation / absehbare Entwicklungen der nächsten Jahre
- » Rahmenbedingungen und Handlungsspielräume bei der Sicherung der ärztlichen Versorgung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und andere)
- » Bewertung von Handlungsoptionen für die Gemeinden / Grenzen des Handlungsspielraumes / Erfahrungen aus der kommunalen Praxis

- » Ansiedlungsfaktoren in der Region Mitte Niedersachsen und Ableitung allgemeiner Handlungsoptionen für die Kommunen (Dialog, Marketing, Standortwerbung, Stipendien)
- » Identifikation konkreter Handlungserfordernisse (z.B. gefährdete Standorte, ggfs. unterversorgte Bereiche in der Region u.a.).

Vorläufige Erkenntnisse

Die Erarbeitung der Regionalstrategie hat im März 2012 begonnen. Für die Bedarfsplanung spielen künftig auch immer stärker reale kleinräumige Verteilungen von Praxisstandorten (unterhalb der Planungsbereiche) eine wichtige Rolle. Damit ergibt sich notwendigerweise auch eine stärkere Berücksichtigung konkreter regionaler Faktoren, z.B. der zeitlichen Erreichbarkeiten. Erforderlich wird damit auch ein fortlaufender Dialog zwischen ÖPNV-Bestellern (Landkreise) und der regional zuständigen KVN, wobei nicht die betriebswirtschaftliche Effizienzsteigerung von Einzelstandorten, sondern die Versorgung mit ärztlichen Leistungen in der Fläche der Gradmesser sein sollte.

Selbstständige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte stellen aufgrund der persönlichen Bindung aus Sicht der Arbeitsgruppe die langfristig sicherste Versorgungsoption dar (vor allem bei Gemeinschaftspraxen), trotzdem bieten Medizinische Versorgungszentren und kommunale Einrichtungen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten weitere gute Möglichkeiten.

Der Wegfall von einzelnen Praxisstandorten ist bislang mit zumutbaren Fahrtzeiten durch individuelle Fahrten kompensierbar – allerdings wird dies in Zukunft wohl schwieriger (mehr ältere, weniger mobile Menschen). Auf der anderen Seite spiegelt die öffentliche Wahrnehmung und Diskussion nicht immer die reale Versorgungslage wieder, die oftmals doch (noch) besser ist.

Literatur beim Verfasser

TIMO FICHTNER, Regionalmanagement Mitte Niedersachsen, c/o Grontmij GmbH, Galtener Straße 16, 27232 Sulingen, Tel.: (04 21) 20 32-764, E-Mail: timo.fichtner@mitte-niedersachsen.de, www.mitte-niedersachsen.de

BRITTA RICHTER

Zukunftsregionen Gesundheit – ein Beitrag zur Kommune der Zukunft?

Zukünftig eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, stellt mittlerweile viele Regionen Niedersachsens vor Herausforderungen. Insbesondere ländliche Regionen sind von den Auswirkungen des demografischen Wandels, vom Fachkräftemangel im medizinischen und pflegerischen Bereich, von den Schnittstellenproblematiken zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen und dem Strukturwandel zwischen ländlichen und städtischen Regionen betroffen. Vor diesem Hintergrund haben das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, die AOK Niedersachsen sowie die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen Ende 2010 das Projekt »Zukunftsregionen Gesundheit« initiiert. Die Regionen Emsland, Heidekreis und Wolfenbüttel versuchen sowohl mit den Partnerinnen und Partnern vor Ort als auch auf Landesebene, neue und verbesserte Formen der Gesundheitsversorgung zu entwickeln und zu erproben. Mit dem auf drei Jahre angelegten Projekt



wird der Bedarf nach einer stärkeren Rolle der Kommune als Planungsebene im Rahmen der Gesundheitsversorgung aufgegriffen.

Zukunftsregionen konkret

Die Organisationsstruktur des Projektes sieht landesweite und regionale Steuerungs- und Arbeitsgruppen vor, die den Projektverlauf maßgeblich gestalten. Überregional wird der Prozess durch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS) begleitet. Kennzeichnend für das Projekt ist die Beteiligung der Akteurinnen und Akteure vor Ort. Die Themen, die in den Modellregionen bearbeitet werden, sind vielfältig. Neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung stellen Gesundheitsförderung und Prävention ebenso wie die Palliativversorgung Handlungsfelder dar, die im Projektprozess bearbeitet werden. Darüber hinaus werden u.a. Fragestellungen der psychiatrischen Versorgung sowie geeignete Mobilitätskonzepte zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung aufgegriffen und bearbeitet. Bei der Bearbeitung dieser Themen wird auf bestehende Gremien, wie bspw. die Sozialpsychiatrischen Verbände oder Pflegekonferenzen, oder auf komplett neu gegründete Arbeitsgruppen zurückgegriffen.

Erste Projekterfahrungen

Die Erfahrungen während der ersten Projekthalbzeit haben gezeigt, dass bestimmte strukturelle Aspekte wie Planung und Arbeitsgrundlagen, klare Rollen- und Aufgabenbeschreibungen, Zusammensetzung der Gremien, stärkere Einbindung von externen Partnerinnen und Partnern sowie die Verknüpfung mit bereits bestehenden Angeboten berücksichtigt werden müssen, um zum Gelingen des Projektes beizutragen. Deutlich wurde, dass es einer Professionalisierung der Kommunen bedarf, um diesen komplexen Prozess mit den unterschiedlichen Bedarfslagen zu koordinieren und zu steuern.

Um die Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren des regionalen Gesundheitswesens zu initiieren bzw. zu intensivieren, bedarf es eines Verantwortlichen. Der Kommune als zuständiger Behörde der örtlichen Gesundheitsaufsicht kommt dabei eine bedeutende Rolle zu. Es bedarf einer Stelle, die den Überblick über die Aktivitäten im Landkreis hat, um gegebenenfalls nebeneinander her laufende Aktivitäten sichtbar zu machen und bei Bedarf miteinander zu verknüpfen. Dass dies mit den Zukunftsregionen Gesundheit gelingen kann, soll an dieser Stelle die Beschreibung einer Projektaktivität, die beispielhaft für viele weitere Projektaktivitäten steht, verdeutlichen.

Alle drei Modellregionen haben die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen als Ziel formuliert. Da es bereits viele evidenzbasierte Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen gibt, haben sich die Modellregionen zunächst an den bereits bestehenden, erfolgreich umgesetzten, Interventionen orientiert. Diese wurden hinsichtlich der eigenen Zielformulierung und Übertragbarkeit auf die Modellregionen geprüft. Dieses Vorgehen sollte den Aufbau von Doppelstrukturen und unnötigem Ressourceneinsatz vermeiden. Mit der Umsetzung des Projektes Gesund Leben Lernen in den Modellregionen, welches die Implementierung von Gesundheit im Alltag Schule zum Ziel hat, konnten bestehende Aktivitäten sichtbar gemacht und mit den Projektaktivitäten verknüpft werden.

Gezeigt hat sich auch in der ersten Projekthalbzeit, dass die Einbindung bestehender Gremien und Expertengruppen für die nachhaltige Zusammenarbeit von Vorteil ist. Dadurch kann auf bestehendes Wissen zurückgegriffen und Potenziale können sichtbar gemacht werden. Um die Kommune zukunftsicher aufzustellen, müssen die Landkreise viel mehr als bislang als Planungsorgan wahrgenommen werden und fungieren.

Unterstützungsangebote

Damit die Kommunen zunehmend in diese Rolle finden, müssen sie unterstützt werden. Im Projekt Zukunftsregionen wird diese Unterstützung durch die überregionale Prozessbegleitung gewährleistet. Dadurch wird der Erfahrungsaustausch mit anderen Regionen, die sich mit derselben Thematik auseinandersetzen, sichergestellt, und auch fachlich können die Verantwortlichen durch Schulungsangebote unterstützt werden. Die Austausche mit den Projektbeteiligten tragen dazu bei, Wissen transparent zu machen und Potenziale zu nutzen. Darüber hinaus sorgt die überregionale Prozessbegleitung dafür, dass ein Austausch auch auf der landesweiten Ebene stattfindet, damit der Prozess des Voneinanderlernens angestoßen werden kann. Zudem trägt die überregionale Prozessbegleitung dazu bei, weitere landesweite Akteure und Akteurinnen in den Prozess einzubinden.

Insgesamt wurde bislang deutlich, dass die Zukunftsregionen Emsland, Heidekreis und Wolfenbüttel auf einem guten Weg sind, die Kommunen verstärkt als Planungsebene im Rahmen der Gesundheitsversorgung wahrzunehmen und alle relevanten Partnerinnen und Partner in die Diskussion um eine demografiefeste Gesundheitsversorgung vor Ort einbeziehen.

Anschrift siehe Impressum



RAINER SCHUBERT

Gesundheitsberichterstattung in der Kommune der Zukunft

Es ist doch eigentlich ganz einfach! Gesundheitsberichterstattung (GBE) soll Daten für Taten liefern und wie folgt sein: problemvorausschauend, lösungsorientiert, immer zur rechten Zeit, am besten auf breiter kommunaler Ebene abgestimmt und portionsgerecht erkenntnisleitend für in- und externe Entscheidungsprozesse aufbereitet, vergleichbar und jederzeit abrufbar. Aber diese GBE gibt es nicht und wird es kommunal flächendeckend kaum geben können, denn GBE hängt primär an Ressourcen und Datenverfügbarkeit, Vernetzungsgrad sowie Kompetenz. Dennoch, mit überschaubarem Aufwand und Ressourcen ist unter der Voraussetzung einiger nachgenannter Prämissen einiges möglich:

Prämisse 1: Stadtteil-/Gemeindebezug

Die erhobenen Daten sollten möglichst in kleinräumig abgestimmten Planungsbereichen darstellbar sein. Geeignet sind beispielsweise statistische Bezirke und / oder nachvollziehbare Stadtquartiere – nicht zu groß, aber auch nicht zu klein wegen des Datenschutzes. Vor 20 Jahren wurden in Braunschweig von der Sozialplanung aus 74 Bezirken 30 Planbereiche »geschneidert«, die gemeinsam von der Sozial-, Jugend-, Bildungs- und Gesundheitsplanung verwendet werden. Mögen die einzelnen Zellen in der Gesamtbevölkerungstatistik noch ausreichend groß besetzt sein, reduzieren sie sich erheblich, wenn in der Einschulungsuntersuchung »nur« 2000 Kinder erfasst werden und umfassendere Fragestellungen Anwendung finden.

Prämisse 2: Korrelation mit Sozialdaten

Als Grundlage für die sozialdemografische Einordnung von Gesundheitsdaten bietet sich der SGB II-Leistungsbezug an, der über die Statistische Abteilung der Stadtforschung erhältlich ist. Er erlaubt den sozial-ökologischen Vergleich und ist äußerst stabil, weil Stadtteile sich in der Belegung nur sehr zurückhaltend – wenn überhaupt – entwickeln.

Prämisse 3: Valide Untersuchungsprogramme

Gesundheitsdaten sollten standardmäßig im Rahmen valider Programme von gut zusammenarbeitenden Teams erhoben werden.

Geeignet sind im Prinzip die Daten

- » des Jugendärztlichen Dienstes für die Einschulung (flächendeckend!) mit dem Programm SOPHIA (sozialschichtspezifische Abfragen der Berufs- und Bildungssituation der Eltern im Rahmen der Einschulungsuntersuchung)
- » des Jugendzahnärztlichen Dienstes mit den Zahngesundheitsuntersuchungen, flächendeckend von 3 bis 16 Jahre nach SGB V § 21
- » der Todesursachenbescheinigungen, erfasst mit spezifischer Software der Gesundheitsämter.

Immer ist zu überprüfen, ob die Datenqualität den Anforderung an den kleinräumigen Vergleich (Stichwort »harte Daten«) genügt oder ob eher subjektive Beurteilungen des Untersuchers abgebildet werden. Eine gewisse Sicherheit bieten die schriftliche Standardisierung und regelmäßige Validierungsüberprüfungen, damit die Ergebnisse plausibel auch in Zeitreihen standhalten.

Prämisse 4: Klare Definitionen

Die kommunalen und natürlich besonders die kleinräumigen Ergebnisse erhalten erst durch die Verwendung abgestimmter Definitionen von erklärenden Variablen (wie z.B. Migrationshintergrund: Geburtsort der Eltern oder Muttersprache der Eltern) ernstzunehmende Aussagekraft. Prävalenzen, Inzidenzen und im weitesten Sinn die Ergebnisse der GBE leben vom Vergleich mit Landes- und Bundesdaten oder mit Studien. Unvergleichbar, damit nicht Äpfel mit Birnen verglichen werden, ist natürlich die Anwendung gleicher Definitionen. Klingt irgendwie selbstverständlich, ist es aber nicht.

Prämisse 5: Einbettung in kommunale Diskurse

Produktiv kritische Kompetenz (Erhebung, Auswertung, Bewertung und Diskussion) ist Voraussetzung für den kommunalen Diskurs der Erkenntnisse. Sie können zu Handlungsimpulsen und -empfehlungen führen, wenn sie in Runden Tischen, Gesundheitskonferenzen, Stadtteilarbeitskreisen oder interdisziplinären und interinstitutionellen Fachrunden, anschließend in der kommunalen Politik präsentiert werden und zusätzlich in Gesamtstrategien (Integration, Inklusion, Armutsprävention etc.) eingebettet sind. Bleiben die Daten »nicht-kommunizierte Zahlenreihen, Tabellen oder Grafiken«, eignen sie sich bestenfalls als mediales Strohfeuer.

Prämisse 6: Trennen von Indikatoren ohne Handlungsimpuls

Bei allen Bemühungen um Indikatoren für eine aussagekräftige GBE gilt gerade kommunal: Augenmaß und nur so viele Items erheben, wie es für den Transfer von Daten zu Taten notwendig ist. Seit nunmehr mindestens 20 Jahren ist der Sozialgradient von Gesundheitsdaten hinlänglich bekannt und auch kommunal nachgewiesen. Bisher führten Abfragen im Rahmen des Programms SOPHIA nicht zu präventiven Handlungsprogrammen. Schlagzeilen à la »Kinder dümmere Eltern sind dicker« sind kontraproduktiv und stigmatisierend. Deshalb meine Empfehlung: von überkommenen schichtspezifischen Indikatoren unbedingt trennen. Der Sozialraumbezug oder Planungsbereich als Bezugsgröße, ermittelbar über die Adressen, bildet den Handlungsort für die präventive Arbeit im Setting (Schule, Kita) oder im Stadtteil. Wir arbeiten in der Regel in Stadtteilen, aber nicht mit Sozialschichten, das ist mein Resümee nach 20 Jahren kommunaler GBE.



Prämisse 7: Ressourcensparende Datenanalyseroutinen

Wir brauchen eine schnell erfassbare und grafisch gut nachvollziehbare (raumbezogene Darstellungsprogramme) ressourcensparende Datenanalyseroutine. Können die Ergebnisse in den gleichen Raumbezügen wie andere vorhandene Datenbanken (z.B. Geografische Informationssysteme Berlin) dargestellt werden, stehen auch für Spezialfragestellungen tiefere Erkenntnisse zur Verfügung.

Blick in die Zukunft – neue Herausforderungen und brennende Themen:

1. Ausbau der Auswertung stadtquartiersbezogener und ICD-10 codierter Todesursachenbescheinigungen als anonymisierte Rückmeldung durch das statistische Landesamt. Zur Überprüfung von beispielweise Krebsanfangsverdächtig ist diese Datenbank unverzichtbar.
2. In unserer leistungsverdichteten und z.T. gleichzeitig »leistungsausschließenden« Gesellschaft ist die Zunahme der Depression ein handlungsrelevantes Thema. Daten könnten Krankenkassen und ggfs. in anonymisierter Form auch der Sozialpsychiatrische Dienst liefern.
3. Daten zu nosokomialen Infektionen in Krankenhäusern (z. Z. MRSA) werden uns zunehmend beschäftigen. Aussagekräftige Hygienedaten, ermittelbar über Versorgungsakteure in regionalen Hygienenetzen, werden Pionierarbeit leisten müssen. Hygienedaten werden neben anderen Qualitätsdaten die Zukunftsindikatoren der medizinischen Versorger sein.
4. Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation älterer Menschen ist spärlich und braucht dringend engagierte Protagonisten zur Gestaltung und Entwicklung kleinräumiger Angebotsprofile. In diesem Zusammenhang hilfreich ist die Erfassung von Auflegegeschwüren in ambulanten und stationären Einrichtungen als ein wichtiger Indikator für Pflegequalität.

Finden die hier nur holzschnittartig skizzierten Prämissen für die kommunale GBE ausreichend Berücksichtigung, sind wir einer zukunftsorientierten GBE durch Verlässlichkeit und Aussagekraft der Gesundheitsdaten sowie diskursive Analyse schon einen entscheidenden Schritt näher gekommen. Für alle Themen gilt: Datenschutz beachten. Kleinräumige Darstellungen müssen den Schutz des Einzelnen gewährleisten.

Literatur beim Verfasser

RAINER SCHUBERT MPH, Stadt Braunschweig, Sozialreferat, Gesundheitsplanung, c/o Gesundheitsamt, Hamburger Straße 226, 38114 Braunschweig, Tel.: (05 31) 470 70 03/2, E-Mail: rainer.schubert@braunschweig.de

GABRIELE STEFFEN, ROTRAUT WEEBER

Wohnen mit Zukunft

Die Frage, welche Wohnformen in Zukunft gewünscht und gebraucht werden, ist nicht nur für Kommunalpolitik und Immobilienwirtschaft wichtig. Sie beschäftigt auch jeden Menschen, der eine Wohnung baut, umbaut, kauft, mietet oder einrichtet. Es geht dabei um kostspielige Investitionen, die möglichst lange geschätzt, nutzbringend und nachhaltig sein sollen. Auch für die Gesundheitsförderung ist die Frage hoch aktuell. Zunehmend wird erkannt, wie wirksam es ist, mit dem »setting approach« ganzheitlich den Kontext – das System der Leute und Orte, in dem sich das Alltagsleben konkret abspielt – in den Blick zu nehmen und nicht nur das gesundheitsrelevante Verhalten der einzelnen Personen und Familien. Wie und wo man wohnt, prägt das Alltagsleben und das physische, psychische und soziale Wohlbefinden.

Es bleibt alles anders

Die ungewisse Zukunft – mal erscheint sie als Chance, mal als Bedrohung. Oft verändert sich das Leben fast unmerklich, schleichend. Widersprüchlich ist auch der beschleunigte gesellschaftliche Wandel sowie die Beständigkeit der gebauten Stadt und der Wohnungen, der grundlegenden Bedürfnisse im Alltagsleben. Da lohnt eine konsequent integrierte Auseinandersetzung mit den Wohnqualitäten und Bedürfnissen, die auch die städtebaulichen wie sozialen Potenziale von Umfeld und Stadtteil mit einbezieht. Fünf Qualitäten möchten wir in diesem Zusammenhang herausstellen.

Zukunftssicherheit

Sicherheit ist beim Wohnen seit jeher eine wichtige Qualität, auch wenn viele sich auf ein mobiles und wechselhafteres Leben einstellen. Zur Sicherheit des Wohnens gehört, dass es Zukunft hat. Man möchte erwarten,

- » dass es bezahlbar bleibt
- » dass es funktioniert, auch wenn man krank ist oder sonstige Schwierigkeiten hat
- » dass man in seiner Wohnung oder zumindest in seinem Stadtquartier alt werden kann
- » dass das soziale Milieu sympathisch bleibt
- » dass sich Einkaufsmöglichkeiten, Verkehrsanbindung und andere Infrastruktur eher positiv als negativ entwickeln.

Alltagstauglichkeit im Lebenszyklus

In der Wohnungswirtschaft gilt bei der Berechnung von Kosten und Nutzen der Grundsatz, immer den ganzen Lebenszyklus der Gebäude und Anlagen zu betrachten. Auch beim Wohnen verändern sich die praktischen Anforderungen im Lebenslauf, mit dem Zeitgeist und den wechselhaften Lebensumständen. Dies betrifft auch viele bisher gewohnte Vorstellungen vom guten Wohnen. Mit dem Fahrrad seinen Arbeitsplatz zu erreichen, wird beispielsweise zunehmend zum Qualitätskriterium des Wohnstandortes, auch für Besserverdienende. Statt Stau, Parkplatzsuche, überfüllte Bahnen, Fahrgeld tut man gleichzeitig etwas für Fitness, Wohlbefinden und Ökologie. Eine fußläufig erreichbare Nahversorgung hat viele ähnliche Vorteile, gewünscht ist eine Vielfalt von Dienstleistungen in der Nähe. An vielen abgelegenen Standorten wird aber selbst eine Grundversorgung Wunschtraum bleiben. Es bleibt spannend, ob dort



Neues entwickelt wird, das auch dem Bedürfnis nach Mitte und informellen Kontakten entspricht, oder ob es mit der Alterung der Bevölkerung und zunehmenden Verkehrskosten zu einer tatsächlichen Abwertung solcher Standorte ohne Kindergarten, Laden, Ärztin bzw. Arzt sowie Apotheke kommt, wie oftmals vorausgesagt.

Wohlbefinden und Erholung – Handlungsfeld Umweltgerechtigkeit

Ruhig und grün, hell und sonnig – natürlich auch bezahlbar: Das sind die meistgehörten Worte bei Wohnwunschbefragungen. Je mehr Wahlmöglichkeiten der Wohnungsmarkt bietet, desto mehr werden die Wohnungssuchenden ihr grundlegendes Interesse an einem erholsamen und stressfreien Wohnen realisieren wollen, auch in der Stadt. Nach wie vor wohnen die ärmeren Leute häufiger an den lauten und umweltbelasteten Verkehrsstraßen, und die Bereitschaft, durch Verkehrsberuhigung mehr Lebensqualität zu schaffen, hält sich kommunalpolitisch noch sehr in Grenzen.

Weil beim Wohnen in der Stadt nicht alles in private Räume passt, spielt der Ausgleich im öffentlichen Raum eine große Rolle, nicht nur mit urbanen Plätzen und Fußgängerbereichen, auch durch hindernisfreie und angenehme Verbindungen zu Parks und Grünzonen. Selbst das Mindestangebot im Wohnumfeld fehlt noch allzu oft: Der Blick auf etwas Grün und die Kühle an heißen Tagen mit Baum, bepflanzten Hauswänden und anderem Grün anstatt sich aufheizender Asphaltflächen. Zum Wohnen mit Zukunft gehört auch, Klimaschutz und Klimawandel konsequent zu berücksichtigen.

Wahlverwandtschaften und Bindungen auf Zeit

Gemeinsam statt einsam: Diese alte Devise der Wohngemeinschaftsinitiativen hat nichts von ihrer Faszination verloren. Auch wenn das organisierte und sehr verbindliche gemeinschaftliche Wohnen nur von wenigen realisiert wird – es bleibt eine interessante Nische. Mittlerweile gibt es eine große Bandbreite an Konzepten: Von denjenigen, die in einem Quartier aktive Nachbarschaft bewusst pflegen, über Baugemeinschaften und Hausgemeinschaften mit gemeinsamen Interessen bis zu Wohn- und Pflegegemeinschaften demenziell Erkrankter. Der Trend zu kleinen Haushalten ist ungebrochen. Gleichzeitig erlebt die Pflege von Familienkontakten, Freundschaften und hilfreichen Netzwerken eine Renaissance. Dazu gehören

auch neue, flexible Formen, zusammen oder benachbart zu wohnen, nicht nur mit Liebsten oder Lebenspartnern. Auch temporäres Zusammenleben spielt eine zunehmende Rolle, z.B. mit Kindern aus früheren Partnerschaften, alt gewordenen Eltern oder Freunden. Immer häufiger wird multilokales Wohnen – wenn in einer Partnerschaft eine Person weit entfernt arbeitet oder man zur Freizeit oder Aufrechterhaltung von Bindungen einen Zweitwohnsitz in der Stadt oder auf dem Land hat. Couchsurfing – statt eines anonymen und teuren Hotels – anzubieten oder zu nutzen, ist chic geworden.

Was Wohnungen an unterschiedlichem Gebrauch zulassen, ist freilich eine Frage der Wohnfläche, die man sich leisten kann, aber auch von Grundriss und Gestaltung. Umso wichtiger sind dort, wo die Leute mit wenig Geld wohnen – ein gutes Drittel aller Haushalte –, alle Ergänzungs- und Vermittlungsangebote im Haus und im Stadtquartier.

Resilienz – Robustheit und Lebendigkeit

Die Alterung der Gesellschaft, die vielen Alleinlebenden, die zu erwartende größere Zahl von Haushalten, die mit sehr geringen Einkommen leben müssen und die aufgrund der Überschuldung der öffentlichen Haushalte wohl eher schrumpfenden Leistungen im Bereich Soziales und Gesundheit: Das alles spricht dafür, dass es in Zukunft noch viel stärker als heutzutage auf Selbstorganisation und Selbsthilfe ankommen wird. Zukunftsfähig sind nicht die einfältigen Konzepte, auch wenn sie unter immer neuen Etiketten daherkommen. Nur was in vieler Hinsicht gut ist, hat beste Voraussetzungen, auch in Zukunft tauglich zu sein. Alles, was eine aufmerksame und hilfsbereite Nachbarschaft, ein lebendiges Stadtquartier und ein gutes Stadtleben fördert, trägt zum Wohnen mit Zukunft bei – und nicht zuletzt zu Identifikation und Bindung, zum Heimatgefühl, das für den Gemütshaushalt so wichtig ist.

Literatur bei den Verfasserinnen

GABRIELE STEFFEN, PROF. DR. ROTRAUT WEEBER, Weeber+Partner, Institut für Stadtplanung und Sozialforschung (Stuttgart/Berlin), Mühlrain 9, 70180 Stuttgart, Tel.: (07 11) 62 00 93 60, Fax: (0711) 62 00 93 89, E-Mail: wpstuttgart@weeberpartner.de, www.weeberpartner.de

JANINA CURBACH, JULIKA LOSS

Public Private Partnerships: Chancen und Risiken multisektoraler Zusammenarbeit in der Gemeindenahen Gesundheitsförderung

Ziele der Gemeindenahen Gesundheitsförderung sind die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen für die Bevölkerung (Verhältnisebene) oder eine Änderung von Gesundheitsverhalten (Verhaltensebene). Daraus ergibt sich ein breites Interventionsspektrum, von personalkommunikativen Aktivitäten bis hin zu speziellen gesundheitsförderlichen Angeboten, wie Baumaßnahmen zur Verkehrssicherheit oder zielgruppenspezifische Suchtpräventionsprogramme. Neben allgemeinen Themen wie gesunde Ernährung und Bewegung werden oftmals spezifische lokale Gesundheitsziele adressiert, z.B. ein verbesserter Zugang zu Sportanlagen in sozial benachteiligten Wohnquartieren.



Akteurinnen und Akteure in der Gemeindenahen Gesundheitsförderung

Gemeindenahes Gesundheitsförderungsprogramme erfordern meist den Aufbau von neuen Organisationsstrukturen und die Zusammenarbeit mehrerer Partnerinnen und Partner. Im Aufgabenbereich der Prävention und Gesundheitsförderung kann eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren auf kommunaler Ebene aktiv werden: Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) und seine Gesundheitsämter vor Ort, weitere öffentlich-rechtliche Körperschaften und freie Träger (wie Geschäftsstellen der gesetzlichen Krankenkassen, Arztpraxen, Krankenhäuser oder Hochschulinstitute mit Gesundheitsbezug) sowie zivilgesellschaftliche Non-Profit-Organisationen (NPOs), wie Stiftungen, eingetragene Vereine, Selbsthilfegruppen oder gemeinnützige GmbHs. Nicht zuletzt engagieren sich aber auch Unternehmen zunehmend im Rahmen von so genannten »Corporate Social Responsibility«- und »Corporate Citizenship«-Aktivitäten für Gesundheit und Prävention bei ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kundinnen und Kunden sowie in ihrem kommunalen Umfeld.

Was sind Public Private Partnerships?

Für eine erfolgreiche Finanzierung und Umsetzung von Programmen bietet es sich an, zu einem gemeinsamen Interesse die Ressourcen verschiedener Akteurinnen und Akteure in der Kommune zu bündeln. Erfolg versprechend sind deshalb neue multisektorale Organisationsmodelle, in denen öffentliche Akteurinnen und Akteure, Non-Profit-Organisationen und privatwirtschaftliche Unternehmen in »Public Private Partnerships (PPP)« zusammenarbeiten. PPP bezeichnet dabei generell die multisektorale Kooperation und Ressourcenkopplung im Hinblick auf ein gemeinsam bestimmtes Ziel mit folgenden Merkmalen:

- » eine meist vertraglich geregelte, meist längerfristige Zusammenarbeit zwischen mindestens einem öffentlichen und einem privaten Partner bzw. einer Partnerin
- » eine Ko-Produktion unter Einbringung personeller und finanzieller Ressourcen
- » gemeinsame strategische Ziele aus ursprünglich unterschiedlichen Handlungslogiken heraus
- » eine öffentlich-private Risiko- und Arbeitsteilung.

Während der öffentliche Sektor per gesundheitspolitischem Auftrag ein Interesse an Gesundheitsförderung hat, können

Non-Profit-Organisationen und privatwirtschaftliche Partnerinnen und Partner jeweils spezifische materielle und immaterielle Ressourcen in PPPs einbringen. Auf Seiten der Non-Profit-Partner kann dies u.a. der Zugang zu Sportgeräten oder zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sein, während Unternehmen z.B. Unterstützung bei einer professionellen Öffentlichkeitsarbeit anbieten können.

Die Einbindung privater Partnerinnen und Partner in die kommunale Gesundheitsförderung kann verschiedene Formen annehmen, beispielsweise wenn Privatunternehmen einen Teil des gesundheitsfördernden Angebots übernehmen, indem z.B. Fitness-Studios zusammen mit dem Gesundheitsamt spezielle Sportkurse für Seniorinnen und Senioren entwickeln. In einer weiteren, weniger verbindlichen Form der PPP können sich private Anbieterinnen und Anbieter zusätzlich durch eigene Aktionen an einem gesundheitsfördernden Programm beteiligen: Dies kann durch Verkauf und Auszeichnung spezieller gesundheitsförderlicher Produkte (z.B. fettarme Fleisch- und Wurstprodukte) geschehen oder aber in Form von Rabattaktionen für bestimmte Produkte (z.B. beim Kauf von neuer Sportbekleidung im Rahmen von kommunalen Gesundheitswochen). Durch solche Aktionen ergeben sich auch für Unternehmen vor Ort unmittelbare Wettbewerbsvorteile.

Wie finden sich Partner für PPPs zur Gesundheitsförderung?

Auf kommunaler Ebene spielen vor allem kleinere Privatanbieterinnen und Privatanbieter sowie Unternehmen als potenzielle Förderer und Kooperationspartner eine Rolle, wie etwa lokale Sportartikelhersteller, Fitness-Clubs oder das Lebensmittelhandwerk. Die Partnerauswahl kann sich an verschiedenen Aspekten orientieren, wie z.B.

- » ein besonderer inhaltlicher Bezug zum Thema des gesundheitsförderlichen Programms (z.B. gesunde Ernährung)
- » ein besonderer Bezug zur Zielgruppe des Programms (z.B. Kinder)
- » ein regionaler Bezug zum Projekt (z.B. Firmenzentrale vor Ort)
- » eine (sozusagen »kompensatorische«) zugeschriebene Verantwortung aufgrund von Produktion oder Angebot von eher gesundheitsschädlichen Gütern und Leistungen (z.B. Fastfood-Unternehmen).

Die Einbeziehung dieser letzten Gruppe ist allerdings ethisch fragwürdig, in den Gesundheitswissenschaften umstritten und birgt die Gefahr von Glaubwürdigkeitsverlusten der betreffenden Programme.

Welche Chancen und Risiken ergeben sich durch PPPs?

Die Verbreitung von PPPs ist im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung für den deutschen Raum wissenschaftlich noch nicht systematisch erfasst. Aus den Erfahrungen mit multisektoralen Kooperationen in anderen gesellschaftspolitischen Bereichen lassen sich jedoch einige Vorteile und Risiken von PPPs auf das Feld der Prävention und Gesundheitsförderung übertragen.

Chancen von PPPs in der Gesundheitsförderung:

- » Ko-Finanzierung durch privatwirtschaftliche Mittel (Spenden, Sponsoring zur Projekt- und Programmfinanzierung)
- » Effektivitätssteigerung durch Bündelung unterschiedlicher Stärken, Kompetenzen und Ressourcen (z.B. Zugewinn von fachlichen und Management-Kompetenzen)
- » Vergrößerung von Bekanntheitsgrad, Einfluss und Reichweite des Programms.



Risiken von PPPs in der Gesundheitsförderung:

- » neue Abhängigkeiten von privatwirtschaftlichen Interessen und Zielen, Zeit- und Finanzierungshorizonten (u.U. Interessenkonflikte aufgrund unterschiedlicher Wert- und Zielvorstellungen)
- » erhöhter Aufwand durch kontinuierlichen Koordinations- und Abstimmungsbedarf
- » Glaubwürdigkeitsverluste der Programme (v.a. bei Finanzierungshilfe durch private Partnerinnen und Partner, deren Image und Aktivitäten von der Bevölkerung als gesundheitsschädlich wahrgenommen wird)
- » Kommerzialisierung und Privatisierung (z.B. im Falle von Exklusivität privater Angebote für ausschließlich zahlungskräftige Klientel).

PPP: Zukunftsperspektiven

Multisektorale Partnerschaften und die damit verbundene Bündelung von Ressourcen und Expertisen verschiedener Akteurinnen und Akteure bieten in der Gemeindeförderung viele Vorteile. Insbesondere die Kooperation mit privaten Partnerinnen und Partnern vor Ort erscheint vor dem Hintergrund rückläufiger öffentlicher Mittel attraktiv, um Gemeindeförderung in der Zukunft effektiv umsetzen zu können. Um die Risiken von PPPs zu minimieren, ist eine vertragliche Regelung der Kooperation unabdingbar und ein professionelles Partnerschaftsmanagement empfehlenswert.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. MED. JULIKA LOSS, Medizinische Soziologie, Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Regensburg, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Tel.: (09 41) 944 52 20, E-Mail: julika.loss@klinik.uni-regensburg.de

DR. JANINA CURBACH, Tel.: (09 41) 944 52 33, E-Mail: janina.curbach@klinik.uni-regensburg.de

CHRISTOPH GILLES

Netzwerke statt Unübersichtlichkeit! Kommunale Strategien gegen Kinderarmut

Das Thema Kinderarmut steht nicht mehr so ganz vorne in den Zeitungen oder Fernsehnachrichten. Gelöst ist das Problem damit keineswegs, denn weiterhin leben in Deutschland rund neun Prozent der Kinder in einkommensschwachen Haushalten. Die regionalen und vor allem die Unterschiede innerhalb einer Stadt oder eines Landkreises sind enorm: Da gibt es dann auch Armutsquoten bei den unter Dreijährigen von über 40 Prozent und mehr. Die mühsame Auseinandersetzung über die Umsetzung des Bildungs- und Teilhabepakets der Bundesregierung zeigt den sozialpolitischen, ökonomischen und auch moralischen Sprengstoff des Themas. Dabei geht es letztlich immer darum, wie die Teilhabe von allen Kindern am sozialen Leben, an Bildung, Kultur und Sport gesichert werden kann. Dazu kurz zusammengefasst die wichtigsten Argumente, warum Kinderarmut das Aufwachsen von Kindern massiv beeinträchtigt und wie sich in Armut lebende Kinder von ihren Altersgenossen in finanziell gut ausgestatteten Rahmenbedingungen unterscheiden: Arme Kinder sind weniger gesund, weniger gebildet, können weniger an Kultur und Sport teilhaben, haben weniger soziale Kontakte, mehr Ängste, ein negativeres Selbstbild und – in der Selbsteinschätzung – eine negativere Zukunftsperspektive.

Diese plakativ reduzierten Argumente sind sozialpolitisch gesehen Grund genug, Änderungen herbeizuführen; ökonomisch ist es eine Frage der Vernunft, die Ressourcen der nachwachsenden Generation für das Gemeinwesen, für die Kommune, für das Land und für den Staat auszuschöpfen. Die Kommune steht dabei im Zentrum des Geschehens, dort werden die notwendigen Maßnahmen zur Vermeidung der Folgen von Kinderarmut in die Wege geleitet und umgesetzt. Es geht um Teilhabe an den Möglichkeiten einer gelingenden Entwicklung, um ein Aufwachsen im Wohlergehen und damit auch um die sozialpolitische Zukunftssicherung der Städte, Kreise und Gemeinden.

Kommunale Unübersichtlichkeit

Trotz Sparmaßnahmen geschieht viel zum Thema Kinderarmut auf der kommunalen Ebene. Das Spektrum der Aktivitäten ist groß und oft unüberschaubar. Der Allgemeine Soziale Dienst des Jugendamtes, das Gesundheitsamt, Kindertagesstätten, offene Einrichtungen, Initiativen und Kirchengemeinden machen Angebote für in Armut lebende Kinder und deren Familien. Auch die Finanzierungen sind unübersichtlich: Aus Bundes-, Landes- und kommunalen Mitteln, aus Spenden, Stiftungen, europäischen Fonds oder von Kirchengemeinden kommt das Geld – was fehlt ist ein Überblick, wer was mit welchen Zielgruppen und Zielsetzungen macht. Es gibt Vielfalt und Unübersichtlichkeit auf der einen Seite, aber auch ausgeprägte Fachlichkeit und großes Engagement auf der anderen Seite. Dann läuft im besten Fall vieles nebeneinander her, im schlechteren Fall steht man in Konkurrenz, wenn zum Beispiel erkannt wird, dass der benachbarte Träger nur 200 Meter weiter auch ein Mütterfrühstück für dieselbe Migrantengruppe anbietet. Das macht selten Sinn!



Vernetzung in Verantwortung des Jugendamtes

Um dieses Problem der Unübersichtlichkeit zu lösen, bedarf es der Vernetzung, der gesteuerten, gemeinsamen und partnerschaftlichen Analyse, Planung, Ausrichtung und Umsetzung von Maßnahmen gegen die Kinderarmut. Jugendamt, freie Träger, Schule und Gesundheitswesen arbeiten auf Augenhöhe, die Koordination und die Steuerungsverantwortung für das Netzwerk ist jedoch Aufgabe des Jugendamtes! Netzwerke funktionieren nach den Regeln des Nutzens für alle Beteiligten, der Transparenz und des Vertrauens; aber auch in Netzwerken gibt es Konkurrenz. Es gilt also für alle Beteiligten, insbesondere für die Koordinatoren und Koordinatorinnen eines Netzwerkes, Transparenz zu pflegen, Vertrauen zu entwickeln und kleine Schritte des Erfolges als gemeinsames Ergebnis zu präsentieren. Mit der Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes »Was wollen wir in unserer Stadt gegen Kinderarmut tun?« und einer gemeinsamen Ziel- und Maßnahmenplanung wächst dann aus vereinzelt Kooperationen ein gesteuertes und zielgerichtetes Netzwerk.

Warum die Steuerung beim Jugendamt?

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz sieht vor, dass die Gesamtverantwortung (§ 79) für die Maßnahmen der Jugendhilfe beim Jugendamt liegt, dass das Jugendamt gefordert ist, zusammen mit den Trägern einen gemeinsamen Planungsprozess (§ 80) zu vollziehen, dabei auch Partner außerhalb der Jugendhilfe einzubeziehen hat (§ 81) und prinzipiell zur Partnerschaftlichkeit (§ 4) mit allen Beteiligten verpflichtet ist. Neben diesen gesetzlichen Vorgaben ist die Verwaltung des Jugendamtes über den Jugendhilfeausschuss mit den Vertretungen der Parteien und der freien Träger politisch verankert und kontrolliert. Das neue Bundeskinderschutzgesetz verpflichtet die Jugendämter ab diesem Jahr, Netzwerke der Frühen Hilfen zu installieren. Da wird die große Herausforderung deutlich, bestehende, an der Teilhabe von Kindern ausgerichtete Netzwerke wie Armut, Bildung, Integration, Gesundheit und jetzt die Frühen Hilfen in ein gesamtkommunales Netzwerkmanagement zu integrieren. Dabei muss immer wieder die Wirksamkeit der Maßnahmen einer kritischen Bilanz zu unterzogen werden. Nur so können die einzelnen Glieder einer Präventionskette den sich veränderten Lebensverhältnissen der Familien und deren Kinder angepasst werden: Bedarfsorientierter, leichter zugänglich, nachhaltiger und wirksamer!

Die erfolgreiche Netzwerkentwicklung und Einrichtung von funktionierenden Präventions- und Bildungsketten braucht einen starken politischen Impuls und eine politische Positionierung. Das heißt Rückendeckung und zugleich Leitlinie für die Akteurinnen und Akteure in der pädagogischen Arbeit und der Vernetzung.

Der LVR-Landesjugendhilfeausschuss Rheinland hat dazu neben der Einrichtung der Koordinationsstelle Kinderarmut eine jugendpolitische Agenda verabschiedet, die als interne Leitlinie und als Orientierung für die Kommunen zur Verfügung steht.

Strategien für das Aufwachsen im Wohlergehen:

1. Sensibilisierung für Kinderarmut
2. Teilhabe sichern – Bildung ermöglichen
3. Gesundheit fördern
4. Kein Kind ohne Mahlzeit
5. Frühe Förderung – Angebote für alle
6. Vernetzung ohne Alternative
7. Qualifizierte Mitarbeiter/innen

Jugendpolitische Agenda des LVR 2009

Die LVR-Koordinationsstelle »Kinderarmut« unterstützt die Kommunen bei der Prävention von Kinderarmut und stellt dazu ein umfassendes Paket von Förder-, Fortbildungs- und Beratungsangeboten zur Verfügung. Darüber hinaus gilt es, die unterschiedlichen überregionalen Programme der Gesundheitsförderung, der Frühen Förderung und Armutsprävention miteinander zu vernetzen.

Literatur beim Verfasser

CHRISTOPH GILLES, Leiter der Koordinationsstelle Kinderarmut im LVR-Landesjugendamt Rheinland, Tel.: (02 21) 8 09 62 53, E-Mail: christoph.gilles@lvr.de

BEATE FISCHER, AMANDA GROSCHKE

Auf dem Weg zur klimaneutralen Kommune

Der Klimawandel ist längst ein Faktum. Dürrekatastrophen, Überschwemmungen und Orkane nehmen an Häufigkeit und Stärke zu, besonders in den südlichen Ländern. Aber auch in unseren Breitengraden wird es zu spürbaren Klimaveränderungen kommen. Umso dringlicher ist ein verantwortungsbewusstes Handeln gefragt, das auf Langfristigkeit abzielt. Zwar kann der Mensch den Klimawandel nicht mehr stoppen, aber es besteht die Möglichkeit, ihn durch die Umstellung der eingeübten Gewohnheiten zu begrenzen. Mittlerweile haben viele Städte, Gemeinden und Landkreise Klimaschutzziele in ihre politische Agenda aufgenommen. In Deutschland haben sich 479 Kommunen zu dem Ziel des europäischen Klimabündnisses bekannt, den Ausstoß von Treibhausgasen alle fünf Jahre zu halbieren.

Kommunaler Klimaschutz als Zukunftsaufgabe

Bezogen auf eine Kommune wird unter Klimaneutralität derzeit eine Reduktion der jährlichen Treibhausgasemissionen um 95 % bis zum Jahr 2050 verstanden. Als Basisjahr wird in der Regel 1990 angesetzt. Die verbleibenden Emissionen müssen dann kompensiert werden. Auch wenn der Weg zur Klimaneutralität von Kommune zu Kommune unterschiedlich sein wird, lassen sich einige allgemeine Hinweise geben. Im Rahmen eines Modellprojektes des Landes Hessen wurde in den drei Kommunen Eschwege, Lichtenfels und Wolfhagen untersucht, ob, wie und in welchen Zeiträumen Kommunen ihre Energiebilanz rechnerisch neutralisieren können. Aus den

Erfahrungen der drei Projektkommunen ging der Leitfaden »Sieben Schritte auf dem Weg zur klimaneutralen Kommune« hervor.

Sieben Schritte zur Klimaneutralität

Bei der Umsetzung von Klimaschutzziele sollten Kommunen sieben Schritte durchlaufen:

Erstens, die Verankerung eines Klimaschutzbewusstseins in allen Gesellschaftsbereichen: Bewusstseinsbildung und Erkenntnisgewinn ist die Basis für die Veränderung von Handlungen. Deshalb ist die Ausbildung eines Klimaschutzbewusstseins für die Kommune unerlässlich. Verfügen Klimaschutzargumente über wenig Überzeugungskraft vor Ort, sollten Motive in den Vordergrund gestellt werden, die konkrete Ansätze für kommunales Handeln beschreiben: Ökonomische Chancen durch erhöhte regionale Wertschöpfung, Imagebildung und Vorbildfunktion der Kommune, Wettbewerbsvorteile gegenüber Nachbarkommunen, das Aufzeigen konkreter Einsparpotenziale im öffentlichen und privaten Bereich sowie eine geringere Importabhängigkeit bei Energie. Da die Bildung eines Klimaschutzbewusstseins sehr viel Zeit in Anspruch nimmt, sollte die Klimarelevanz von Handlungen immer wieder transparent gemacht und verständlich vermittelt werden. Kontinuität in der Informationsvermittlung sowie prozessbegleitende, zielgruppengerechte Kommunikation ist unabdingbar.

Zweitens, die Verabschiedung politischer Beschlüsse zur Klimaneutralität: Die breite Akzeptanz eines kommunalen Klimaschutzengagements kann sich in politischen Beschlüssen der Kommune ausdrücken. Andererseits können politische Beschlüsse als Zeichen kommunaler Handlungsbereitschaft positiv auf die Akzeptanz von Klimaschutzmaßnahmen in der Bürgerschaft zurückwirken. Dabei sollten bereits Leitbilder und konkrete Zwischenziele formuliert sein. Die Ziele sollten im Prozessverlauf weiter konkretisiert und differenziert werden.

Drittens, die Einbeziehung kommunaler Akteurinnen und Akteure: Die erfolgreiche Umsetzung kommunaler Ziele hängt wesentlich von der gelungenen Einbeziehung und Kooperation der lokalen Akteurinnen und Akteure ab. Dies bedarf eines umfangreichen Beteiligungskonzeptes und -managements sowie professioneller Öffentlichkeitsarbeit. Es empfiehlt sich, prozessbegleitende Gremien für einen regelmäßigen Austausch einzurichten, Informationsveranstaltungen, Ortstermine, Aktionen und Beratung anzubieten. Dazu können Erfahrungen und Empfehlungen aus anderen kommunalen Beteiligungsprozessen, zum Beispiel aus der Stadt- und Landschaftsplanung herangezogen werden.

Viertens, die Erstellung eines integrierten Klimaschutzkonzeptes und Aktionsplans: Zur Entwicklung von aufeinander abgestimmten Klimaschutzmaßnahmen sollte ein Klimaschutzkonzept erarbeitet werden, das eine Brücke zur konkreten Umsetzung bildet. Wesentliche Bestandteile des Klimaschutzkonzeptes sind eine Ist-Analyse mit CO₂- und Energiebilanz, die Analyse von Potenzialen für Energieeffizienz und erneuerbare Energien sowie ein Aktionsplan. Der Aktionsplan beschreibt die umzusetzenden Maßnahmen mit Angaben zu den Kosten, CO₂-Einsparungen, Akteurinnen und Akteuren sowie Zielgruppen sowie zum Zeitrahmen.



Fünftens, die Finanzierung des kommunalen Klimaschutzes: Hierzu sollte die Kommune bestehende Förderprogramme für den kommunalen Klimaschutz in Anspruch nehmen. Zudem sparen Investitionen in Energiesparmaßnahmen, wie zum Beispiel in die Gebäudesanierung, Energiekosten. Darüber hinaus können Konzessionserlöse, Gewinne der Stadtwerke oder Unternehmensspenden in die Finanzierung des kommunalen Klimaschutzes einfließen. Der Ausbau von erneuerbaren Energien kann über Bürgerbeteiligungsmodelle für kommunale Windparks, Photo-Voltaik-Anlagen etc. im Rahmen des Erneuerbare-Energien-Gesetzes finanziert werden.

Sechstens, die Auswahl, Umsetzung und Fortschreibung der Maßnahmen: Für die Umsetzung und Fortschreibung der Maßnahmen wird idealerweise die Stelle eines kommunalen Klimaschutzbeauftragten geschaffen, um die Nachhaltigkeit des Klimaschutzprozesses sicherzustellen. Ausgehend von den externen Rahmenbedingungen wie Energiepreise, der kommunalen Haushaltslage, der aktuellen Gesetzgebung erfolgt die Umsetzung der Maßnahmen in den Bereichen Energieeinsparung, Energieeffizienz und erneuerbare Energien. Klimaneutralität wird zumeist nur durch die zusätzliche Kompensation von Emissionen an anderer Stelle möglich sein.

Siebtens, die Durchführung von Evaluations- und Rückkopplungsprozessen: Der Umsetzungserfolg des Neutralitätsziels wird durch die begleitende Evaluierung dokumentiert. Der Einsatz eines Managementsystems ist empfehlenswert, mit dessen Hilfe relevante Daten für die Maßnahmenbewertung erhoben werden. Dafür erforderlich sind die regelmäßige Fortschreibung der CO₂-Bilanz sowie die Überarbeitung des Klimaschutzkonzeptes. Die Fortschreibung hat außerdem zur Folge, dass der lokale Klimaschutzdiskurs innerhalb der Kommune verstetigt wird. Insgesamt besteht die Herausforderung darin, einen zielgerichteten Prozess über Jahrzehnte vital zu gestalten. Schließlich beziehen sich aktuelle Zielvorgaben auf die Jahre 2030 bzw. 2050 – für die meisten klimapolitisch Aktiven liegt das schon weit am Ende ihrer Schaffens- und Lebenszeit.

Literatur bei den Verfasserinnen

BEATE FISCHER (M.A.), IdE Institut dezentrale Energietechnologien
Tel.: (05 61) 78 80 96 18, E-Mail: b.fischer@ide-kassel.de, www.ide-kassel.de
AMANDA GROSCHKE (M.A.), deNet Kompetenznetzwerk dezentrale Energietechnologien, Tel.: (05 61) 78 80 96 23 2, E-Mail: a.groschke@deenat.org, www.deenet.org

ANTJE RICHTER-KORNWEITZ, THOMAS ALTGELD,
MARTIN SCHUMACHER

Alt sind immer die anderen: Argumentationsstrategie für Kommunen

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat die in Kooperation mit der LVG & AFS entwickelte Argumentationsstrategie »GESUND & AKTIV ÄLTER WERDEN – Herausforderungen und Chancen für die Kommunen« vorgestellt. Die Argumentationshilfe baut auf den Ergebnissen der BZgA-Regionalkonferenzen in den Bundesländern auf und wurde unter Hinzuziehung eines multidisziplinär zusammengesetzten Expertenkreises entwickelt. Sie soll kommunales Handeln unterstützen und richtet sich an Entscheidungsträger sowie weitere Akteurinnen und Akteure vor Ort. Das bewusst kurz gefasste Papier liefert Daten, Fakten und Argumente, geht auf die zentralen Herausforderungen ein und zeigt Handlungsspielräume auf.

Ein Leitgedanke bei der Erstellung der Argumentationsstrategie bestand darin, der großen Vielfalt von Kommunen bzw. Kommunitypen in Deutschland angemessen Rechnung zu tragen. Es wurde daher bewusst und im Sinne der Praxisanwendbarkeit auf die Formulierung eines linearen Patentrezeptes verzichtet. Vielmehr wurde ein modular aufgebautes Dokument mit sieben Prinzipien entwickelt:

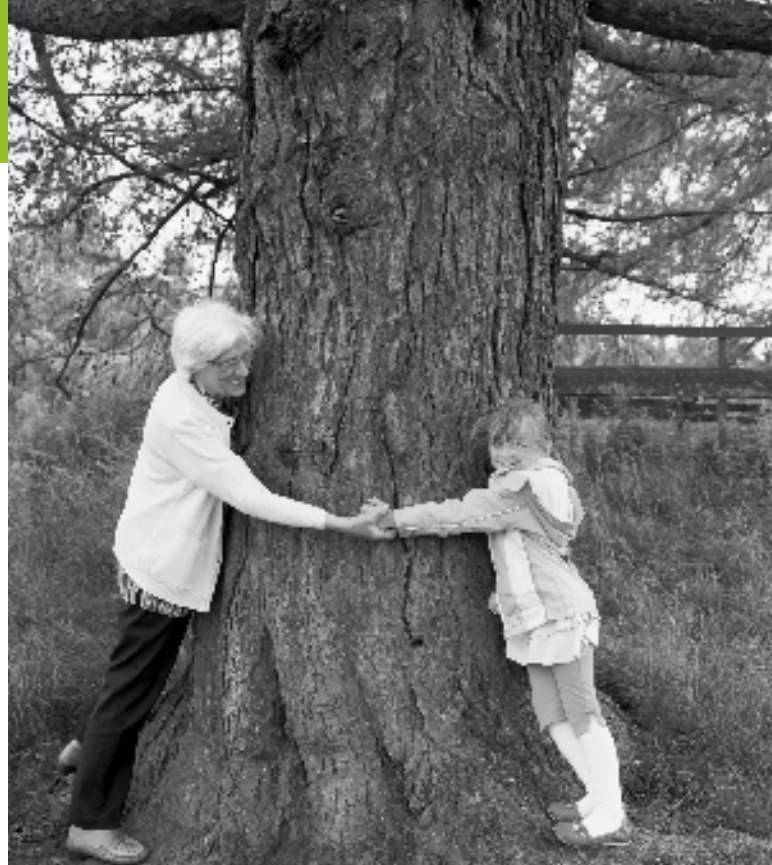
- » neues Bild vom Alter(n) für die zukunftsfähige Kommune
- » Gesundheitsförderung in der Kommune optimieren
- » aktives und gesundes Altern im kommunalen Nahraum für alle
- » das Alter differenziert sich sozial
- » bürgerschaftliches Engagement im demografischen Wandel fördern
- » Generationendialog als gesundheitsfördernde Maßnahme
- » Chancen für kommunale Gesundheitsförderungsstrukturen.

Diese Prinzipien lassen sich grundsätzlich auf alle kommunalen Settings anwenden und individuell kombinieren. Es wurde besonderer Wert darauf gelegt, aktivierende und pragmatische Handlungsanregungen zu geben, ohne dass Kommunen gleich »das Rad neu erfinden müssen«.

Die Argumentationsstrategie richtet sich primär an Führungskräfte sowie Politikerinnen und Politiker in Kommunen, die sich einen ersten Überblick über die Herausforderungen und Chancen des demografischen Wandels in ihren Handlungsfeldern verschaffen möchten.

Sie wurde parallel mit der Freischaltung des BZgA-Internetportals GESUND & AKTIV ÄLTER WERDEN veröffentlicht und kann dort heruntergeladen werden:
www.gesund-aktiv-aelterwerden.de

Literatur bei der Verfasserin und den Verfassern
Anschrift siehe Impressum



DELIA BALZER

Milchmann 2.0: Studierende präsentieren neue Wohnformen und Dienstleistungen für den ländlichen Raum

Der Gedanke an das Älterwerden wird meist verdrängt, und die Möglichkeiten einer vorsorglichen Anpassung der Wohn- und Lebensbedingungen werden von den Älteren ebenso übersehen wie von Dienstleistungsanbietern und Produktentwicklern, die sich den speziellen Bedürfnissen einer alternden Gesellschaft noch nicht ausreichend angepasst haben.

Aus dieser Motivation heraus setzt sich die Landesinitiative Niedersachsen Generationengerechter Alltag (LINGA) das Ziel, dem konkreten Handlungsbedarf von Städten und Kommunen in Niedersachsen zu begegnen und dabei zukünftige Fach- und Führungskräfte frühzeitig für Herausforderungen der Zukunft zu sensibilisieren.

Der Nachwuchs forscht für das Alter

2009 wurde ein Konzept zur Durchführung einer fach-/hochschulübergreifenden interdisziplinären studentischen Blockwoche entwickelt: Zuhören, Austausch, Umdenken – gemeinsam mit anderen Fachbereichen arbeiten Studierende in kleinen Teams eine Woche lang an einer praxisnahen Aufgabe. Fachliche Diskurse sind erwünscht, ein gemeinsamer innovativer Lösungsweg ist das Ziel.

Wie werden in Zukunft ältere Menschen in ländlichen Regionen wohnen – selbstbestimmt, sicher und mit allem versorgt, was sie zum Leben brauchen? Das war die zentrale Frage, mit der sich 40 Studierende aus sechs niedersächsischen Hochschulen eine Woche lang unter dem Motto »Der Milchmann 2.0 – Wohnen und regionale Dienstleistungen im ländlichen Raum« in der Evangelischen Akademie Loccum beschäftigten. Ihre Ergebnisse haben sie im Mai 2012 präsentiert und sind dafür von Niedersachsens Sozialministerin Aygül Özkan ausgezeichnet worden.

Interdisziplinärer Austausch fördert Innovationen

Um die Ideenfindung durch einen Erfahrungsaustausch zu beflügeln, setzten sich die Teams aus acht Fachrichtungen zusammen – vom Management für soziale Dienstleistungen und Gerontologie über Verkehrsplanung und Ökotrophologie bis hin zur Ingenieurtechnik für Assistive Technologien, Controlling im Gesundheitswesen und Pflegewissenschaften. Die Blockwoche wurde von vielen Partnerinnen und Partnern unterstützt und vom Land Niedersachsen mit den Ministerien für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr sowie dem Wissenschafts- und Sozialministerium umgesetzt. Die beteiligten Hochschulen waren die Jade Hochschule in Oldenburg, die Universitäten Osnabrück und Vechta, die Hochschule Osnabrück sowie die Technische Universität und Hochschule für Bildende Künste Braunschweig.

Eine Zeitreise in die Zukunft

In Rehburg-Loccum im Landkreis Nienburg/Weser nahmen die Studierenden die Versorgung mit Dingen des täglichen Bedarfs und den öffentlichen Nahverkehr unter die Lupe. Sie diskutierten mit dem Optiker oder der Bankangestellten genauso wie mit der Polizei und dem Einzelhandel über die Situation vor Ort. Durch Exkursionen nach Hannover und Stadthagen lernten sie städtische Projekte sowie eine »intelligente Wohnung« kennen. Um eine Zeitreise in die Zukunft unternehmen zu können, zogen sich die jungen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler einen Alterssimulationsanzug an – und alterten um satte fünfzig Jahre. In einer gemeinsamen Diskussionsrunde mit Senioren wurden die Problematiken des Landkreises herausgearbeitet, die Basis für alle Lösungsansätze der Studierenden sein sollten. Moderiert wurde dieser Austausch durch die Landesagentur Generationendialog Niedersachsen.

Ausgezeichnete Projekte

Platz 1 »Mehr Mittel – mehr als nur Lebensmittel«

Ein fiktives Unternehmen übernimmt all die Dinge, die im Laufe des Lebens schwerer fallen – kleine Reparaturen, Arbeit in Garten und Haushalt und im Bedarfsfall auch eine Kontrollfunktion zu entfernt lebenden Familienmitgliedern.

Platz 2 »Müllmann 2.0 – Mülltransport ganz leicht gemacht, die Loccumer ham' mitgedacht«

Hilfe zur Selbsthilfe mittels technischem Umbau der Mülltonne nach universal design-Aspekten. Ist die Tonne gefüllt, geht automatisch eine SMS an den ehrenamtlichen Helfer: »Ich bin voll, kommst du vorbei?«

Platz 3 »Radio trifft Internet – Wir treffen uns in der Mitte«

Die Mediennutzung der Generationen ist (noch) unterschiedlich. Während ältere Menschen das Radio nutzen, gehört für Jüngere das Internet zum Alltag. Warum also nicht beide Medien verknüpfen, um für beide Gruppen einen Mehrwert zu schaffen!?

Literatur bei der Verfasserin

DELIA BALZER, Landesinitiative Niedersachsen generationengerechter Alltag (LINGA) c/o Braunschweiger Informatik- und Technologie-Zentrum (BITZ) GmbH, Mühlenpfordtstraße 23, 38106 Braunschweig, Tel.: (05 31) 88 52 21 27, E-Mail: info@linga-online.de, www.linga-online.de



JOACHIM SÜDMARK

Neues LSKN – Tool für Kommunen

Niedersachsens Kommunen stehen vor großen Herausforderungen. Sie müssen sich mit vielen Themen und Fragen beschäftigen und passende Antworten auf gesamtgesellschaftliche und finanzielle Entwicklungen finden. Mit dem Internetangebot des Landesbetriebs für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN) werden die Kommunen unterstützt, die Probleme zu erkennen und lokal und regional angepasste Lösungen zu finden. Der LSKN stellt damit einen umfangreichen Bürgerservice und zugleich einen neuen Meilenstein in der Bereitstellung von objektiven und seriösen Informationen zur Verfügung. Auf der LSKN-Website stehen dessen Internetangebote bereit: die interaktive Datenbank LSKN-Online sowie die speziellen Angebote »Kommunen im Blick« und »Meine Gemeinde, meine Stadt«.

LSKN-Online

Im Mittelpunkt stehen natürlich Daten, die in der LSKN-Online Datenbank unter der Internetadresse <http://www1.nls.niedersachsen.de/statistik> verfügbar sind. LSKN-Online ist die größte regionalstatistische Datenbank Deutschlands. In ihr sind über 100 Millionen Daten in mehr als 1000 Tabellen aus allen Bereichen der amtlichen Statistik ins Netz gestellt. Die Daten werden fortlaufend unter Berücksichtigung des Datenschutzes aktualisiert.

Kommunen im Blick

Außer den reinen Daten sind aber auch Indikatoren notwendig, die einen objektiven und datenbasierten Einblick und den direkten Vergleich mit anderen Kommunen oder dem Land insgesamt erlauben. An dieser Stelle kommt das Angebot »Kommunen im Blick« ins Spiel. Mit Hilfe interaktiver Karten haben alle Internetnutzer und -nutzerinnen nicht nur einen schnellen und übersichtlichen Zugriff auf wichtige Indikatoren ihrer Gemeinde, sondern auch einen anschaulichen Vergleich mit allen anderen Gemeinden des jeweiligen Landkreises. Beispielsweise lässt sich so die Stellung der eigenen Gemeinde in Bezug auf die Gemeindefinanzen, die Bevölkerungsentwicklung oder den Bildungsstand anhand ausgewählter Indikatoren bestimmen.



Meine Gemeinde, meine Stadt

Um einen schnellen Überblick über die eigene Gemeinde und einen Vergleich mit dem jeweiligen Landkreis oder dem Land zu erhalten, benötigt man oft eine Zusammenstellung der wichtigsten statistischen Grundinformationen über die eigene Heimatgemeinde auf einen Blick. Das leistet das Angebot »Meine Gemeinde, meine Stadt«. Es liefert alle wichtigen Grunddaten der Bevölkerung, des Schulwesens, der frühkindlichen Bildung, der Erwerbstätigkeit und der öffentlichen Finanzen. Die Daten werden für alle Einheits- und Samtgemeinden des Landes ausgewiesen. Damit man die Daten besser einordnen und vergleichen kann, werden immer Vergleichsdaten des jeweiligen Landkreises sowie des Landes angegeben.

Literatur beim Verfasser

JOACHIM SÜDMARK, Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen, Göttinger Chaussee 76, 30453 Hannover, Tel.: (05 11) 98 98 31 62
E-Mail: Joachim.Suedmark@liskn.niedersachsen.de, www.liskn.niedersachsen.de

MANUELA SCHADE, KNUT BÖHLCKE

»Grün« als salutogener Gesundheitsfaktor – Qualitätsbeurteilung in Frankfurt am Main

Ein großer Teil der Fläche von Frankfurt am Main ist bebaut. Frankfurt ist jedoch auch eine sehr grüne Stadt, da über 50 % der Stadtfläche auf Grün- und Wasserflächen entfallen. Grüne Flächen innerhalb einer Stadt dienen als Ausgleichsräume für bebaute Flächen, tragen zur Lärminderung bei und reduzieren durch ihre Filterfunktion Schadstoffe in der Luft. Der Frankfurter Grüngürtel, die »grüne Lunge« Frankfurts, umgibt die Stadt und wird neben den öffentlich zugänglichen Parks und dem Mainufer gerne genutzt.

Auswirkungen von Grün auf die Gesundheit

Schon Antonovsky befasste sich mit der Fragestellung, was Menschen eigentlich gesund erhält. Grünflächen kann eine

protektive Wirkung für die Gesundheit zugesprochen werden. Studien zeigen, dass Verfügbarkeit und Menge von Grün in verdichteten Stadtgebieten Auswirkungen auf den subjektiven Gesundheitszustand sowie auf die Morbidität und Mortalität der dort wohnenden Menschen haben können. Durch die Nutzung grüner Flächen können Bewegung, Aktivität und der soziale Zusammenhalt gesteigert werden, Übergewicht vorgebeugt und die psychische Gesundheit durch Entspannung und Stressreduktion gestärkt werden. Besonders Menschen mit niedrigem Sozialstatus sowie Kinder scheinen vom Grünangebot in der unmittelbaren Wohnumgebung zu profitieren.

Umweltgerechtigkeit in Frankfurt

Frankfurt bearbeitet im Rahmen einer Studie zum Thema »Umwelt, soziale Lage und Gesundheit bei Kindern« das Thema Umweltgerechtigkeit mit drei verschiedenen Schwerpunkten. Neben einer Sozial-Umwelt-Indexentwicklung mittels Aggregatdaten und einer quantitativen Befragung der Eltern von Kindern zwischen 3 und 10 Jahren in vier ausgewählten Stadtteilen wurde eine Qualitätsbeurteilung der vorhandenen Grünflächen der Stadtteile mittels zweier bereits existierender Instrumente vorgenommen. Grund hierfür ist die Annahme, dass nicht nur die Menge an vorhandenem Grün entscheidend ist für die Nutzung und das Wohlbefinden, sondern auch dessen Qualität.

Qualitätsbezogene Einschätzung von Grün

69 Grünflächen (Kategorien: Spielplatz, Grünfläche, Grünfläche mit Spielplatz, Park und Park mit Spielplatz) wurden durch einen Mitarbeiter des Amtes für Gesundheit begangen und mit den zwei bereits existierenden Instrumenten bewertet. Zu den bewerteten Qualitätsaspekten gehörten u.a. das Aktivitätspotenzial, die umweltbezogene Qualität, Ausstattung, Sicherheit und Erreichbarkeit, der Pflegezustand sowie ästhetische Aspekte. Erfahrungen in der Anwendung der Instrumente zeigen, dass der Fokus des einen Instrumentes eher auf der Ausstattung von Grünflächen liegt und das andere eher grundlegende Aspekte wie Natürlichkeit, Variation oder Farbenpracht bewertet. Die Datenauswertung wird demnächst abgeschlossen und die Ergebnisse veröffentlicht.

Nutzen der Qualitätsbewertung

Die gewonnenen Erkenntnisse der Studie sollen Frankfurt bei der Bearbeitung von Umweltgerechtigkeit helfen. Die Informationen im Sinne von »Daten für Taten« sollen dazu beitragen, mögliche Defizite aufzudecken, das Grünangebot für die Bewohnerinnen und Bewohner Frankfurts (falls nötig) gerechter zu verteilen und besser an die Bedürfnisse der Bewohner (hier Kinder) in ihrem Wohnumfeld auszurichten. Die qualitätsbezogene Einschätzung von Grün leistet hierzu einen nutzbringenden Beitrag und sollte von den Kommunen vermehrt als Instrument genutzt werden.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

MANUELA SCHADE, KNUT BÖHLCKE, Stadt Frankfurt am Main, Sachgebiet Gesundheitsberichterstattung -53.24-, Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 21 23 35 69,
E-Mail: manuela.schade@stadt-frankfurt.de,
www.gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de



MARTIN SCHUMACHER

25 Jahre Ottawa-Charta – eine kritische Bestandsaufnahme

Aktives gesundheitsförderliches Handeln – Überall und nirgends? Ständig oder nie? – diese Fragestellungen fokussierte die Jahrestagung 2012 der Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS) anlässlich des 25jährigen Bestehens der Ottawa-Charta.

Die Erkenntnis, dass Gesundheit nicht primär durch den Gesundheitssektor, sondern ebenso durch andere gesellschaftliche Bereiche beeinflusst wird, war das Resultat der internationalen Konferenz im Jahr 1986 zur Gesundheitsförderung in Ottawa. Das Programm der Fachtagung zeichnete dabei die fünf Handlungsebenen der Gesundheitsförderung, die in der Ottawa-Charta benannt wurden, nach:

- » gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln
- » gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen
- » gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- » Persönliche Kompetenzen entwickeln und
- » Gesundheitsdienste neu orientieren.

In einem Rückblick auf die vergangenen 25 Jahre wurde herausgearbeitet, dass die Umsetzung des Konstrukts Gesundheitsförderung nach wie vor defizitär ist. Die in der Ottawa-Charta vorgenommene Definition von Gesundheit als Resultat eines komplexen Zusammenspiels zwischen Lebensbedingungen, Lebenskontexten und dem Handeln der Menschen findet auch in Fachkreisen nur in begrenztem Maße Niederschlag.

Barrieren in der Entwicklung gesundheitsfördernder Gesamtpolitik

Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik stößt nach wie vor auf strukturelle Barrieren. Dies ergibt sich primär daraus, dass Politik sich nicht an erster Stelle an Problemlösungen orientiert, sondern an der Erlangung, Ausweitung und Erhaltung von Macht. Zielkonflikte zwischen gesundheitsbezogenen und anderen Interessen treten in der Folge häufig auf. Im Vordergrund stehen ökonomische Ziele – die Verbesserung der Gesundheitsförderung spielt hierbei eine nachgeordnete Rolle.

Entwicklung persönliche Kompetenzen: miteinander statt übereinander reden

Gut gemeint heißt nicht immer gut gemacht – die Stärkung persönlicher Kompetenzen ist in vielen Facetten durch Überversorgung, Unterversorgung und Fehlversorgung gekennzeichnet. Wesentliche Ursache ist dabei die Überschätzung von Expertenwissen bei gleichzeitiger Unterschätzung von Potenzialen vieler so genannter Zielgruppen. Die Weiterentwicklung dieser Handlungsebene wird zukünftig nur dann befriedigend gelingen, wenn neue Perspektiven jenseits tradierter Expertise einbezogen werden.

Fortschritte in der Neuorientierung von Gesundheitsdiensten

Die Neuorientierung von Gesundheitsdiensten hat zumindest hinsichtlich Patienten- und Gesundheitsorientierung in der Versorgung in den vergangenen 25 Jahren erkennbare Fortschritte gemacht. So wurde der frühere »benevolente Paternalismus« mittlerweile von weitreichenden Zugeständnissen zur patienteneigenen Kontrolle über gesundheitsbezogene Entscheidungen und Handlungen abgelöst. Der Wert von Patientenorientierung und Patientenbeteiligung wird jedoch in vielen Strukturen des Gesundheitswesens noch nicht hinreichend erkannt.

Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen

Unter der Überschrift »Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen in Nachbarschaften« wurde das gesundheitsfördernde Potenzial nachbarschaftlicher Netzwerke, das in gemeinsam verfolgten Zielen, vertrauensvollen Beziehungen und sozialem Zusammenhalt liegt, nachgezeichnet.

Hier standen unter anderem Fragen nach Erreichbarkeit und Einbeziehung der Bewohnerschaft selbst sowie die Unterstützung von Selbstorganisation im Setting im Mittelpunkt. Zu den Erfolgsfaktoren gehört neben äußeren Rahmenbedingungen eine spezifische innere Haltung als Grundlage professionellen Handelns.

Abgerundet wurde das Tagungsprogramm durch Filmbeiträge und Praxisbeispiele zur Handlungsebene »Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen«, die unter Einbeziehung der Tagungsteilnehmerinnen und -teilnehmer erörtert wurden.

Die Beiträge stehen unter www.gesundheit-nds.de zum Download zur Verfügung.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum



KARIN SCHREINER-KÜR TEN, VOLKER WAN EK,
HARALD STRIPPEL

GKV-Investitionen in Prävention – Stellungnahme zur kritischen Berichterstattung zum Präventionsbericht 2011

Die GKV investiert nicht weniger in gesundheitliche Chancengleichheit. Viele Menschen würden Präventionsangebote ohne eine finanzielle Unterstützung durch die gesetzlichen Krankenkassen gar nicht nutzen. Besonders der Setting-Ansatz hat für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) insbesondere seit 2008 in Relation zu individuellen Kursmaßnahmen finanziell und in Bezug auf die Teilnehmerzahlen erheblich an Bedeutung gewonnen. Indem wir Menschen dort »abholen«, wo sie sich viele Stunden aufhalten (z.B. in Schulen oder Stadtteilen), erreichen wir auch jene, die Präventionsangebote bisher nicht von selbst für sich entdeckt haben. Die in den Settings mögliche Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen gilt als besonders erfolgversprechend. Folgerichtig kooperieren viele Krankenkassen gerade mit Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für Kinder. Der Präventionsbericht beschreibt dabei u.a. die Projektlaufzeit (in Settings immerhin 22 Monate), die Koordination und Steuerung (über zwei Drittel der Maßnahmen werden durch ein Gremium mit mehreren Partnern gesteuert), die Methoden der Bedarfsermittlung und Evaluation, die Handlungsfelder und Methoden der Intervention, Kooperationspartner und weitere Merkmale. Die sorgfältige Dokumentation der meist komplexen Setting-Aktivitäten drückt die besondere Wertschätzung für diesen Leistungsbereich aus, für den die GKV eigene Ziele definiert hat. Einen Bezug zu den Ausgaben zu ziehen und zu schlussfolgern, damit sei ihre nachgeordnete Stellung belegt, blendet die inhaltliche Bedeutung komplett aus.

Präventionserfolge

Was Prävention konkret gebracht hat, ist zeitnah zu den Maßnahmen oft nur schwer zu fassen. Es braucht einen langen Atem, um Rahmenbedingungen oder gar das eigene Verhalten zu ändern. Gerade der Präventionsbericht 2011 zeigt Evaluationsbeispiele zu den Krankenkassenaktivitäten, insbesondere zu den Kursen. In diesem Zusammenhang also von einer »Blackbox der Individualprävention« ohne »nachgewiesenen Gesundheitsnutzen« zu sprechen (Altgeld, impu!se 75/2012), trifft nicht zu. Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit der gemäß »Leitfaden Prävention« förderfähigen individualpräventiven Maßnahmen.

Der Kritik an einer unzureichenden Altersdifferenzierung der Versicherten über 60 Jahre ist zuzustimmen; dieses Thema packen wir für die Zukunft an.

Richtig stellt Thomas Altgeld fest, dass die neue Kategorie »sozialer Brennpunkt«, mit der Settings charakterisiert werden können, nicht exakt definiert ist. Es geht um Wohngebiete, in denen Bewohnerinnen und Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen, Arbeitslosigkeit betroffen sind oder nur eingeschränkt auf soziale Netzwerke zurückgreifen können. Da eine trennscharfe Begriffsbestimmung fehlt, gehen wir pragmatisch vor und fragen, wo die Settings liegen. Dieses Vorgehen wird durch das Helmholtz-Zentrum und das RKI unterstützt. Wie bei vielen neuen Dingen ist nicht alles gleich perfekt. Die Ausfüllhinweise für die Dokumentation werden aufgrund der Erfahrungen konkretisiert.

Weiterentwicklung

Auch der Präventionsbericht wird kontinuierlich weiterentwickelt, damit er die Aufgabe erfüllt, die Qualität der Präventionspraxis der Krankenkassen zu optimieren. Der Präventionsbericht ist ein freiwilliges Transparenzinstrument der Krankenkassen. Er bündelt die Daten bundesweit und berichtet über die erreichten Ziele. Damit steht der Bericht derzeit noch ziemlich allein auf weiter Flur. Es würde der Weiterentwicklung der Prävention insgesamt sehr nützen, wenn andere Akteurinnen und Akteure – insbesondere die Gebietskörperschaften – in vergleichbarer Weise transparent über ihre Gesundheitsförderungsaktivitäten und über den Einsatz ihrer Gelder berichten würden. Die GKV ist – wie das Statistische Bundesamt dokumentiert – in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten zur größten Förderin von Prävention in Deutschland aufgestiegen, während der Anteil der öffentlichen Haushalte in diesem Zeitraum drastisch schrumpfte. Nötig ist die Stärkung des gesamtgesellschaftlichen Charakters der Prävention. Darüber sind wir uns mit Herrn Altgeld sicher einig.

Literatur bei der Verfasserin und den Verfassern

KARIN SCHREINER-KÜR TEN, DR. VOLKER WAN EK (GKV-Spitzenverband, Berlin),
DR. HARALD STRIPPEL (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund, Essen)
Abteilung Gesundheit (Prävention), GKV-Spitzenverband, Mittelstraße 51,
10117 Berlin, Tel.: (0 30) 206 288-31 11 (Mo–Mi, Fax: (0 30) 206 288-831 11)
E-Mail: karin.schreiner-kuerten@gkv-spitzenverband.de,
www.gkv-spitzenverband.de



VOLKER SONNEBORN

Integrierter Stadtentwicklungsprozess »Bad Berleburg – Meine Heimat 2020«

Die Stadt Bad Berleburg ist mit knapp 20.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in 23 Ortschaften auf 275 qkm die zweitgrößte kreisangehörige Flächenkommune in Nordrhein-Westfalen. Die schlechte kommunale Finanzlage und die prognostizierte Demografieentwicklung für den ländlichen Raum haben in Bad Berleburg dazu geführt, einen Gesamtprozess unter dem Titel »Bad Berleburg – Meine Heimat 2020« bestehend aus Leitbild, Haushaltskonsolidierung und gesamtstädtischer Dorfentwicklungsplanung aktiv voranzutreiben. Das Gesamtprojekt wird koordiniert über das »Bad Berleburger Netzwerk« mit vielen örtlichen und regionalen Akteurinnen und Akteuren.

Leitbild und strategische Ziele 2020

Zur Erstellung des kommunalen Leitbildes und der strategischen Ziele 2020 wurden im Jahr 2010 öffentliche Workshops mit interessierten Bürgerinnen und Bürgern zum IST-Zustand und zum SOLL-Zustand verschiedener Themenfelder durchgeführt und anschließend Prioritäten gebildet. Als ein wesentliches strategisches Ziel wurde festgelegt, dass Bad Berleburg im Jahr 2020 als Gesundheitsstandort in Südwestfalen eine führende Rolle einnehmen soll. Diese Schwerpunktsetzung ist kein Zufall, schließlich ist jeder dritte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Bad Berleburg im Gesundheitssektor tätig. Die Ergebnisse des Leitbildprozesses bildeten die Grundlage für die weitere Stadt- und Dorfentwicklungen und auch den Prozess der Haushaltskonsolidierung.

Kommunale Haushaltskonsolidierung

Jährlich klaffte eine Lücke von ca. 7,5 Mio € im Stadtsäckel mit der drohenden Überschuldung im Jahr 2016. Im Jahr 2011 wurden alle kommunalen Produkte und Dienstleistungen mit den interessierten Bürgerinnen und Bürgern betrachtet, Prioritäten gesetzt und je Produkt konkrete Maßnahmen diskutiert und festgelegt. Letztlich wurde durch die Stadtverordnetenversammlung einstimmig ein Maßnahmenpaket beschlossen, welches auf den drei Säulen »Interkommunale Zusammenarbeit«, »Bürgerengagement« und »Verwaltungskonzentration auf Kernaufgaben« basiert. Das Konsolidierungsvolumen beläuft sich insgesamt auf etwa 52 Mio € (kumuliert bis 2022), wodurch erstmals seit 10 Jahren wieder ein genehmigungsfähiges Haushaltssicherungskonzept erreicht werden konnte mit der Darstellung eines ausgeglichenen Haushaltes im Jahr 2018. Dabei gab es nicht nur Mittelkürzungen, sondern z.B. auch die Investition in eine Wasseraufbereitungsanlage im Rothaarbad, um langfristig Bewirtschaftungskosten einzusparen. Unterm Strich lohnt sich der schmerzhafteste Weg, da die Stadt Bad Berleburg endlich wieder handlungsfähig wird!

Gesamtstädtische Dorfentwicklungsplanung

Dies gilt gerade auch für die weitere Dorfentwicklung, welche dörflicherübergreifend unter dem Motto »Kooperation und Konzentration« angelegt wurde, um nachhaltige Strategien für die Zukunft zu entwickeln. Beispielsweise wurden Standorte von Grund- und Nahversorgungszentren im Stadtgebiet festgelegt. Zudem wurde ein Infrastruktur-Atlas mit Profilen der einzelnen Ortschaften erstellt. Der Atlas mit kartografischer Darstellung der gesamten technischen und sozialen kommunalen Infrastruktur sowie Investitionsbedarfen dient als Grundlage für Entscheidungen zur Bündelung von Infrastruktur. So ist z.B. die Entscheidung über die Schließung eines Dorfgemeinschaftshauses in einem Ort ohne sonstigen Generationentreffpunkt anders zu bewerten als in einem Ort mit vorhandener Gaststätte und kirchlichem Gemeindehaus. Ziel ist es, dass die Dörfer ihre »Seele« behalten und sich schrittweise an die demografischen Veränderungen anpassen. Dazu zählt auch, dass kommunale Leistungen nicht einfach ersatzlos gestrichen, sondern dass mit den Dorfgemeinschaften alternative Trägermodelle ausgearbeitet werden. Dies gelingt nur durch starkes ehrenamtliches Engagement, was sich hier bereits in Sonderprojekten zeigt: So haben z.B. zwei Dörfer einen gemeinsamen Dachverein gegründet, u.a. zur Übernahme von kommunalen Pflegemaßnahmen auf Grünflächen, Spielplätzen und Friedhöfen – dies hält auch die Seniorinnen und Senioren im Ort fit! Ein anderes Dorf entwickelte ein Konzept zur Beseitigung einer riesigen Industriebrache im Dorfkern. Sieben weitere Dörfer haben sich unter dem Dach einer Kirchengemeinde zur Bewältigung der demografischen Entwicklung zusammengeschlossen, wo z.B. die Anschaffung eines Versorgungsbusses für ältere, gesundheitlich eingeschränkte und nicht mehr mobile Mitbürgerinnen und Mitbürger die Grundversorgung sichern soll. Im Ergebnis hat sich gezeigt, dass nur die enge Verzahnung aller drei Bausteine zum bisherigen Erfolg führen. Weitere Informationen gibt es unter www.bad-berleburg.de/Leitbild

Literatur beim Verfasser

VOLKER SONNEBORN, Beigeordneter der Stadt Bad Berleburg, Poststraße 42, 57319 Bad Berleburg, Tel.: (0 27 51) 92 32 34, Fax: (0 27 51) 92 31 72 34, E-Mail: v.sonneborn@bad-berleburg.de, www.bad-berleburg.de



REINHARDT LÜER

Eine Filialarztgemeinschaft im Vorhartz – Erfolgsgeschichte des »Bundesmodells Schladen«

Schladen ist eine Samtgemeinde im Landkreis Wolfenbüttel mit etwa 9.200 Einwohnern und Einwohnerinnen, einer Zuckerfabrik und einem großen Seniorenheim der Diakonie. Am Jahresende 2007 drohte dort der medizinische Versorgungs-GAU: Ärztlicher Nachwuchsmangel, Erreichen der Altersgrenze sowie Erkrankung der Kollegen vor Ort. In der Kreisstadt sorgten sich die Schladener Patientinnen und Patienten über den drohenden Kollaps der medizinischen Versorgung. In dieser Situation erklärten sich Allgemeinärzte bereit, die Möglichkeiten des neuen Vertragsarztsrechtsänderungsgesetzes zu nutzen und Praxisfilialen in Schladen einzurichten. Von der Idee überzeugt, schlossen sich zunächst eine Hals-Nasen-Ohren-Doppelpraxis, dann eine gynäkologische, später eine orthopädische sowie eine augenärztliche Doppelpraxis an.

Ehemaliger Supermarkt beherbergt Praxisfilialen

Mit Unterstützung des Bürgermeisters, der seit über einem Jahr nach Ärzten für seinen Ort gesucht hatte, wurde das Projekt angegangen. Im Februar 2008 wurde ein seit längerem leer stehender Kleinsupermarkt in zentraler Lage mithilfe eines Investors umgebaut, ein Mietvertrag über 10 Jahre wurde abgeschlossen. Als weitere Partner kamen ein Physiotherapeut und ein Apotheker hinzu.

Fachübergreifende Organisationsform im Gesundheitswesen

Die verschiedenen Fachärzte haben sich für eine stundenweise Tätigkeit in einer Kostengemeinschaft von Filialisten mit einem ärztlichen Geschäftsführer als fachübergreifende Organisationsform im Gesundheitswesen (FOG) entschieden. Die Eröffnung der neuartigen Filialarzt-Praxisgemeinschaft auf dem Lande fand im November 2008 statt. Die Ärztinnen und Ärzte verbringen ca. 15 bis 20 % ihrer Arbeitszeit in der Filiale Schladen und die andere Zeit in den zumeist doppelt besetzten Stammpraxen in Wolfenbüttel und Salzgitter. Abendsprechstunden sind häufig.

Das Ergebnis aus der jetzt über dreijährigen Zusammenarbeit kann folgendermaßen zusammengefasst werden:

1. Die medizinische Versorgung in einem ehemaligen Mangelgebiet konnte erheblich verbessert werden. Zur Zeit werden über 50 Wochenstunden an ärztlicher Versorgung angeboten, wobei die Allgemeinmediziner täglich Sprechstunden abhalten. Für die Vollniederlassung eines Facharztes bzw. einer -ärztin wäre der Ort zu klein gewesen.
2. In der Vergemeinschaftung und der Kostengemeinschaft hat sich die Kollegialität zwischen Allgemein- und Fachärzten bzw. -ärztinnen deutlich verbessert.
3. Die beschwerlichen und teuren Wege in die Kreisstadt konnten eindeutig reduziert werden. Die Kaufkraft bleibt im Ort, da die Rezepte meistens in den beiden örtlichen Apotheken eingelöst werden.
4. Die Medizinerinnen und Mediziner haben es leichter, z.B. nach der Elternzeit ohne wesentliches Eigenkapital auch in Teilzeit selbstständig tätig zu sein, gestützt durch die Gemeinschaft.

Erhaltung der ärztlichen Selbstständigkeit in der Gemeinschaft

Es scheint, dass die Erhaltung der ärztlichen Selbstständigkeit in der Vergemeinschaftung gelungen ist. Hierdurch können die begründeten Ängste der niederlassungswilligen Medizinerinnen und Mediziner (Budgetisierungen und Regresse) durch die Gruppe der erfahrenen Kollegen aufgefangen werden. Die betriebswirtschaftliche Auswertung zeigt, dass der Kostenfaktor der Filialgemeinschaft weit unter den Kosten einer Einzel- oder Doppelpraxis liegt, da alle Grundeinrichtungen gemeinsam genutzt werden. Die Gemeinschaft ist offen für weitere Kolleginnen und Kollegen.

Das Bundesmodell Schladen wurde 2011 mit dem 1. Niedersächsischen Gesundheitspreis in der Kategorie »Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Strukturen« ausgezeichnet.

Literatur beim Verfasser

DR. MED. REINHARDT LÜER, Geschäftsführer Filialarztgemeinschaft Schladen, Im Winkel 3a, 38154 Königslutter, E-Mail: erlueer@googlemail.com, www.ägs.de

FREDERICK GROEGER-ROTH

Kommunale Prävention wirkungsorientiert planen – eine Herausforderung für die Zukunft

Die Kommune wird oft als ein idealer Ort beschrieben, Prävention sinnvoll zu organisieren. Neben anderen Formen gelten kommunale Präventionsräte als ein Erfolgsmodell, gelingt es hier doch, verschiedene gesellschaftliche Akteurinnen und Akteure an den sprichwörtlichen »gemeinsamen Tisch« zu bringen und übergreifende Handlungsansätze zu thematisieren. Dennoch mehren sich Stimmen, die in Frage stellen, ob kommunale Präventionsgremien in der bestehenden Form eine »zukunfts feste« Art und Weise darstellen, Prävention auf kommunaler Ebene zu organisieren: zu unklar seien die Strukturen, Methoden, Ziele und die Legitimationsbasis.



Communities That Care (CTC)

Rund 200 kommunale Präventionsgremien in Niedersachsen sind Mitglied im Landespräventionsrat (LPR). Der LPR stellt sich den Herausforderungen für die Zukunft der Prävention auf verschiedenen Ebenen. Ein neuer Ansatz wird mit dem Modellprojekt »SPIN – Sozialräumliche Prävention in Netzwerken« (2009–2012) verfolgt. Im Rahmen dieses Modellvorhabens setzt der LPR erstmals in Deutschland die Methode »Communities That Care – CTC« in Niedersachsen ein. CTC wurde ursprünglich in den USA entwickelt und wird seit 12 Jahren auch erfolgreich in den Niederlanden umgesetzt. CTC soll Kommunen dabei helfen, eine evidenzbasierte Gesamtstrategie im Bereich der Prävention von Verhaltensproblemen bei Jugendlichen (wie Gewalt, Delinquenz, Alkohol- und Substanzmissbrauch, vorzeitiger Schulabbruch, Depressionen) und der Förderung eines sicheren und gesunden Aufwachsens zu entwickeln. Die Methoden und Instrumente von »Communities That Care« wurden in drei Modellkommunen (Hannover, Göttingen, Landkreis Emsland) praktisch erprobt.

Der Ablauf von CTC

Welche Vision liefert CTC für eine Kommune, die sich den Herausforderungen der Zukunft der Prävention stellen will? CTC startet mit einer Analyse der Bereitschaft kommunaler Schlüsselpersonen, sich auf eine wissenschaftsbasierte, strukturierte Methode der Planung von Präventionsaktivitäten einzulassen. Fällt diese positiv aus, erhält eine kommunale Lenkungsgruppe (die z.B. die Lenkungsgruppe eines Präventionsrates sein kann) das Mandat, CTC einzuführen. Der nächste Schritt beinhaltet eine repräsentative Befragung der Jugendlichen einer Kommune, den CTC-Schülersurvey. Der Survey soll zum einen das Ausmaß der o.g. Problemverhaltensweisen messen und zum anderen die Ansatzpunkte für eine wirkungsvolle Präventionsstrategie liefern. Die Befragung enthält eine Messung der Umstände, die in der Forschung als gesicherte Vorläufer für spätere Verhaltensprobleme gelten: Risikofaktoren in den Bereichen Familie, Schule, Peers sowie Nachbarschaft und sozia-

les Umfeld. Ebenso werden die Umstände gemessen, welche die Wirkung von Risiken abmildern können: Schutzfaktoren in den o.g. Bereichen. Die Befragung liefert Profile der Risiko- und Schutzfaktoren auf der Ebene des Stadtteils, der Gemeinde, der Gesamtstadt oder des Landkreises. Alle Akteurinnen und Akteure in der Kommune, die mit Kindern, Jugendlichen oder Eltern arbeiten, werden bei CTC eingeladen, die gewonnenen Daten zu interpretieren und eine Auswahl der zwei bis fünf wichtigsten Faktoren zu treffen. Nach einer Analyse des derzeitigen Präventionsangebotes kann gemeinsam entschieden werden, ob Umsteuerungen des Angebotes sinnvoll sind bzw. neue Präventionsangebote eingeführt werden müssen. CTC bietet für diese Entscheidungen eine Grundlage, da ein Überblick über in Deutschland verfügbare und evaluierte Präventionsprogramme geliefert wird, unterschieden nach dem Grad ihrer Wirkungsüberprüfung: www.grüne-liste-praevention.de.

Fazit

Der Modellversuch SPIN hat gezeigt, dass diese Planungsmethode mit entsprechender Begleitung und externer Beratung auch unter hiesigen Bedingungen umsetzbar ist. Dies bestätigen auch die ersten Ergebnisse der externen Evaluation. Ab 2013 steht das Verfahren allen interessierten Kommunen in Niedersachsen zur Verfügung. Mehr Informationen gibt es unter www.ctc-info.de.

Literatur beim Verfasser

FREDERICK GROEGER-ROTH, Landespräventionsrat Niedersachsen, Niedersächsisches Justizministerium, Projekt SPIN, Am Waterlooplatz 5 a, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20-52 68, E-Mail: frederick.groeger-roth@mj.niedersachsen.de, www.spin-niedersachsen.de

TANJA SCHÄFFERS

Praxis MediPrä – Medizinisches Angebot für Wohnungslose im Tagesaufenthalt Leer

Der Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen ist überwiegend schlecht und wird mit zunehmender Dauer der Obdachlosigkeit immer dramatischer. Das »Leben auf der Straße« und damit einhergehende unhygienische Lebensverhältnisse, nicht ausreichende und falsche Ernährung, eine daraus resultierende Abwehrschwäche sowie der schwierige und mit finanziellen Hürden versehene Zugang zum medizinischen Versorgungssystem gehören zu den Ursachen. Hauterkrankungen, Unfälle und Gewaltfolgen, Herz-Kreislaufprobleme und Erkrankungen der Atemwege sowie Folgen von Suchterkrankungen sind daher in dieser Gruppe weit verbreitet. Die Angebote im System der Regelversorgung können die Menschen auf der Straße nicht erreichen.

Gesundheitliche Versorgung in ehrenamtlicher Praxis

Der Deutsche Rote Kreuz (DRK) Kreisverband Leer, der mit dem Tagesaufenthalt bereits ein Angebot für Wohnungslose macht, das gut angenommen wird, wollte diese Situation nicht länger hinnehmen und entwickelte ein Konzept, das Abhilfe schaffen soll. Seit Sommer 2012 bietet das DRK wohnungslosen Menschen im Landkreis mit einem niedrighschwelligen, formlosen und zielgerichteten medizinischen Angebot die Möglichkeit zur gesundheitlichen Versorgung direkt im



Tagesaufenthalt. Einmal wöchentlich stehen eine Krankenschwester und 14-tägig zusätzlich ein Arzt und eine Ärztin zur Verfügung, die die Versorgung ehrenamtlich übernehmen. Die ehrenamtliche Praxis findet in einem separaten Raum des Tagesaufenthaltes statt und wird durch die pädagogischen Mitarbeiterinnen begleitet.

Die Ehrenamtlichen gewinnen durch ihren Einsatz im vertrauten Setting das Vertrauen der Zielgruppe leichter, als es zuvor in ärztlichen Praxen möglich war. Aufgrund ihrer eigenen guten Vernetzung können sie außerdem im Landkreis in notwendige medizinische Leistungen vermitteln. Die Anschubfinanzierung des Projekts wurde über Mittel der Heinrich-Peters-Stiftung ermöglicht. Das Projekt wird fachlich begleitet und dokumentiert.

Literatur bei der Verfasserin

TANJA SCHÄFERS, Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Leer e.V.,
Tel.: (04 91) 92 92 3-21, E-Mail: schaefers@drk-leer.de

ELKE JUMPERTZ

Ökologische Chancengleichheit prägt die Stadtentwicklung in Gegenwart und Zukunft

Der »Mega-Trend« der Urbanisierung, der demografische Wandel und die Auswirkungen des Klimawandels verändern das Gesicht der Städte und Gemeinden. Zudem ist in vielen Städten eine soziale Schieflage erkennbar. Die soziale Durchmischung in Städten ist rückläufig, immer häufiger kommt es zu räumlicher Segregation von Armut. Steigende Mieten in Innenstädten und hohe Energiekosten führen dazu, dass Arme sich in städtischen Randlagen ansiedeln und sozial benachteiligte Quartiere sich verstetigen. Neben der sozial-ökonomischen Benachteiligung kann man aber auch eine weitere Dimension von Ungleichheit identifizieren: Die ökologische.

Im Mittelpunkt steht dabei die Tatsache, dass benachteiligte Menschen oftmals einer schlechteren Umweltqualität ausgesetzt und dadurch gesundheitlich beeinträchtigt sind. Der Kongress der Deutschen Umwelthilfe (DUH) »Umweltgerechtigkeit und Biologische Vielfalt« hat gezeigt, dass es aber nicht nur um eine sozialräumliche Benachteiligung bei der Verteilung von Umweltbelastung geht, sondern auch um den Zugang zu positiven Umweltgütern wie Parks oder Gärten. Vor diesem Hintergrund haben sich auf dem Kongress fünf Umweltverbände und ein Sozialverband mit der gemeinsamen Erklärung »Mehr soziale und ökologische Chancengleichheit: Die soziale Dimension biologischer Vielfalt geht uns alle an!« an die Öffentlichkeit gewandt.

Städtisches Grün verbessert Lebensqualität, Gesundheit und Entwicklungschancen

Auf der Ebene des Wohnquartiers spielt eine naturnahe Umgebung eine wichtige Rolle für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Kinder in benachteiligten Quartieren wachsen heute oftmals in einer äußerlich reizarmen Umgebung auf. Die Umwelt, die sich ihnen innerstädtisch als Aufenthalts- und Spielraum anbietet, ist meist gekennzeichnet von Flächenversiegelung und Verkehr. Studien belegen, dass Kinder in belasteten Quartieren täglich mehr fernsehen, Computer und Internet länger nutzen, weniger körperlich aktiv sind sowie häufiger Übergewicht und Schlafstörungen haben. Erlebnisräume in ihrer Umwelt, sofern vorhanden, werden nicht wahrgenommen – was zugleich nicht wahrgenommene (kostengünstige) Bildungs- und Entwicklungschancen sind. Bis vor einigen Jahren spielten urbane Ökosysteme in der ökologischen Forschung eine geringe Rolle. Auch in der Stadtplanung werden naturnahe Freiräume und ihre Ökosystemleistungen innerhalb der Stadt oft nur als Flächen für die Nachverdichtung angesehen. Grünflächen in dicht bebauten Stadtvierteln werden dadurch immer weniger. Dabei wird die Bedeutung der urbanen Natur für Lebensqualität, Gesundheit, soziales Zusammenleben und ihre ökologischen Funktionen unterschätzt. Die Erkenntnis, dass Städtebau Einfluss auf die Gesundheit hat, ist nicht neu. Werden die Bedürfnisse nach Regeneration und Erholung nicht erfüllt, kann dies zu physischer und psychischer Erschöpfung, Krankheitsanfälligkeit, Schlafstörungen, Migräne, Bluthochdruck, Stress, Reizbarkeit oder Depression führen. Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse zur Bedeutung des Zugangs zu Natur und Parks für Wohlbefinden und Gesundheit bestätigen dies. Der Zugang zu Grünflächen reduziert Stress und verbessert das Immunsystem. Studien aus den Niederlanden beispielsweise zeigen auf, dass Kinder, die Zugang zu Grünflächen, weniger Hochhäuser in der Umgebung und Möglichkeiten für Outdoor-Sport-Aktivitäten haben, körperlich aktiver sind. Vergleichende Studien aus acht europäischen Städten zeigen, dass Menschen, die in grünflächenreichen Stadtteilen leben, physisch dreimal aktiver sind und die Wahrscheinlichkeit für Übergewicht und Adipositas um 40 % geringer ist.

Mitwirkung bei Einrichtung, Pflege und Erhalt von städtischem Grün schafft soziales Vertrauen im Quartier

In Deutschland wird der Themenkomplex Umweltgerechtigkeit-Grünflächen-Gesundheit durch die Arbeitsgruppe um Claudia Hornberg an der Uni Bielefeld intensiv bearbeitet. Die Forscher konstatieren u.a. dass die städtische Entwicklungsplanung ein wesentliches Instrument zur Beförderung von



Umweltgerechtigkeit sein kann. Die Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner spielt dabei eine wesentliche Rolle. Dieser in Deutschland bisher noch zu wenig untersuchte Zusammenhang zwischen Umweltgerechtigkeit und Partizipation steht im Mittelpunkt eines derzeit laufenden Projektes der DUH. Hier wird ein Leitfaden für Kommunen entwickelt, der sie bei der Etablierung und Durchführung von Beteiligungsprozessen mit sozial Benachteiligten in der Quartiersgestaltung unterstützen soll.

Literatur bei der Verfasserin

ELKE JUMPERTZ, Deutsche Umwelthilfe e.V., Fritz-Reichle-Ring 4, 78315 Radolfzell, Tel.: (0 77 32) 99 95 0, E-Mail: jumpertz@duh.de, www.umweltgerechtigkeit-kommunen.de

**MARCO FRANZE, ANNIKA GOTTSCHLING,
WOLFGANG HOFFMANN**

Kinder in Kitas in Mecklenburg-Vorpommern gezielt und evidenzbasiert fördern – Das Projekt »Summative Evaluation KiföG M-V«

Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen in Mecklenburg-Vorpommern (M-V) zeigen bei einer erheblichen Zahl von Kindern Entwicklungsverzögerungen als ungünstige Voraussetzungen für den Schulstart auf (Motorik: 20,3 Prozent, Sprache: 17,1 Prozent, emotional-soziale Entwicklung: 12,0 Prozent; Angaben für das Schuljahr 2009/2010).

Zur Prävention kindlicher Entwicklungsverzögerungen novelierte die Landesregierung von M-V das Kindertagesförderungsgesetz (KiföG M-V vom 12.07.2010). Sie folgte damit Empfehlungen von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Instituts für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald, der Universität Rostock und der Hochschule Neubrandenburg. Die Gesetzesnovellierung sieht eine jährliche Zuweisung zusätzlicher Mittel in Höhe von fünf Millionen Euro zur gezielten individuellen Förderung entwicklungsgefährdeter Kinder aus Kindertageseinrichtungen in sozialen Brennpunkten vor (etwa 125 Kitas in M-V). Verbindliche Kriterien für die Mittelzuweisung sind neben sozialräumlichen

Gegebenheiten die Teilnahme an einer Evaluation und die Anwendung des »Dortmunder Entwicklungsscreenings für den Kindergarten DESK 3–6«.

Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten DESK 3–6

Dieses standardisierte, reliable und valide Screeningverfahren dient der Identifikation von Entwicklungsgefährdungen bei Drei- bis Sechsjährigen in den Bereichen Motorik, Sprache und Kognition sowie soziale Entwicklung. Es liefert valide Informationen über die Notwendigkeit einer weiterführenden Diagnostik und den individuellen Bedarf an Frühfördermaßnahmen und stellt eine wertvolle, objektive Grundlage für Elterngespräche dar.

Das Verfahren kommt in den beteiligten Kitas für einen Zeitraum von drei Jahren jährlich einmal zur Anwendung und wird von Erzieherinnen und Erziehern eigenständig durchgeführt. In M-V erhalten diese zum Zweck der Qualitätssicherung im Vorfeld der Durchführung eine Schulung und werden im Hinblick auf die Verfahrensanwendung fachlich betreut.

Zwischenergebnisse

Das DESK und die DESK-Schulung werden in hohem Maße von den Erzieherinnen und Erziehern akzeptiert. Vorläufige Ergebnisse zur Prävalenz von Entwicklungsgefährdungen aus den 125 Kitas liegen anhand von bislang 4.238 DESK-Bögen vor (Stand: 14.06.2012). Demnach weisen Kinder in Kitas insbesondere Entwicklungsgefährdungen im sprachlich-kognitiven Bereich auf (je nach Altersgruppe zwischen 15,7 (5–6-jährige Mädchen) und 34,1 Prozent (4-jährige Jungen)). Jungen sind signifikant stärker von Entwicklungsgefährdungen betroffen (p jeweils $< 0,001$).

Solche den Kitas kindspezifisch übersandten Ergebnisse stellen einen evidenzbasierten Ausgangspunkt für eine gezielte individuelle Förderung dar. Sie sollen zur Erstellung passgenauer Förderpläne und zur Initiierung konkreter Fördermaßnahmen auf Gruppen- und ggfs. zusätzlich auf Einzelebene genutzt werden. Aufgrund der Erhebung von Daten zu drei Messzeitpunkten dienen die Ergebnisse auch als Indikator zur Einschätzung der Nachhaltigkeit verschiedener Interventionsstrategien: So sind regionen-, kitabezogene und zeitliche Vergleiche unterschiedlicher Rahmenbedingungen und Förderstrategien im Kontext einer umfassenden Evaluationsforschung möglich. Im weiteren Verlauf sollen diese 125 Kitas anhand von Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung auch mit Kitas verglichen werden, in denen kein zusätzliches Screeningverfahren als Frühwarnsystem implementiert wurde. Somit erhält der Gesetzgeber umfassende Informationen zum Erfolg der in Kraft getretenen Gesetzesnovellierung und gleichzeitig wertvolle Hinweise zur Konzeption und Einführung passgenauer Interventionsmaßnahmen. Die jeweils den ganzen Jahrgang umfassende Schuleingangsuntersuchung ermöglicht eine unverzerrte Evaluation des Erfolgs der Maßnahmen auf Bevölkerungsebene.

Literatur bei den Verfassern und der Verfasserin

DR. MARCO FRANZE, Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, Forschungsschwerpunkt Prävention, Ellernholzstraße 1–2, 17487 Greifswald, Tel.: (0 38 34) 86 77 56, Fax: (0 38 34) 86 77 52, E-Mail: marco.franze@uni-greifswald.de



BRUNI WINDMANN

»Vergissmeinnicht« – Ein Schrebergartenprojekt für demenziell erkrankte Menschen

Herbst-Zeitlos e.V. hat sich zum Ziel gesetzt, ältere Menschen darin zu unterstützen, ein selbstbestimmtes, erfülltes Leben trotz Handicap zu führen, Versorgungslücken zu schließen und damit das Gesamtangebot der häuslichen und stationären Betreuung abzurunden. Durch eine gezielte psychosoziale und ressourcenorientierte Begleitung soll die Lebenssituation von älteren Menschen erhalten oder verbessert werden. Aus dieser Arbeit heraus entstand der 700 qm große Projektgarten »Vergissmeinnicht« in der Schrebergartenkolonie im Westen von Hannover.

Ziele und Aufgaben des Gartenprojektes

Das Gartenprojekt richtet sich an alte Menschen mit gerontopsychiatrischen Symptomen und Demenz. Durch den Einsatz von ehrenamtlich Mitarbeitenden im Rahmen des niedrigschwelligen Betreuungsangebots ist eine intensive, individuelle Betreuung der demenziell erkrankten Besucherinnen und Besuchern gegeben. Deren Selbstbewusstsein und das Gefühl, ein Teil dieser Gesellschaft zu sein, werden durch das Projektangebot nachhaltig gefördert und erhöhen damit ihre Lebensqualität. Öffentliche kulturelle Veranstaltungen im Garten sowie die ständige Präsenz der Erkrankten in der Schrebergartenkolonie fördern die Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild und schärfen das öffentliche Bewusstsein für die gemeinsame, gesellschaftliche Verantwortung für diesen Personenkreis.

Für pflegende Angehörige aus der näheren Umgebung sorgt das Gartenprojekt für eine planbare, auch kurzfristige, stundenweise »Verschnaufpause«. Die Betreuung wird über Verhinderungspflege § 39 und als niedrigschwelliges Betreuungsangebot § 45b SGB XI abgerechnet. Das Angebot individueller Hilfeplanung für die pflegenden Angehörigen hat eine stabilisierende Funktion für alle Betroffenen und wirkt in diesem Sinne nachhaltig.

Das Gartenprojekt bietet stationären Einrichtungen der Altenhilfe eine zusätzliche Dienstleistung an. In direkter Umgebung befinden sich drei dieser Einrichtungen und zwei Residenzen, die das Gartenprojekt in unterschiedlichsten Formen als fes-

ten Bestandteil in ihr Betreuungsangebot eingebunden haben. Der Garten steht der jeweiligen Einrichtung für die verabredete Zeit zur Verfügung. Das begleitende Personal wird unterstützt von den ehrenamtlich Mitarbeitenden des Gartenprojektes, so dass eine optimale, individuelle Betreuung mit ressourcengerechter Förderung gewährleistet werden kann.

Therapeutische Ziele

Im Rahmen des Empowerment wird den demenziell Erkrankten durch die Arbeit im Garten die Möglichkeit gegeben, ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten einzusetzen. Diese ressourcenorientierte Intervention kann positive Auswirkungen in medizinischen, sozialen und psychischen Bereichen erzielen. Gartenarbeit kann eine heilende Wirkung bei Angst, Depression und Aggression haben. Erfolgserlebnisse stärken das Selbstwertgefühl. Der Kontakt zur Natur schafft Kontakt zur eigenen Natur, zum eigenen Wesen. Dies ist ein besonders positiver Effekt für Demenzerkrankte, die Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung des eigenen Körpers haben. Zusätzlich fördert die Gartentherapie die Wahrnehmung aller fünf Sinne. Alle Wege im Garten sind behindertengerecht angelegt. Durch Rundwege können Besucherinnen und Besucher mit erhöhtem Bewegungsdrang sich frei und gefahrlos bewegen. In den senioren- und behindertengerechten Hochbeeten sind Gemüse und Blumen angepflanzt, die den Menschen von früher bekannt sind. Allen (von Pflegestufe 1–3), die sich aktiv oder auch passiv mit der Bepflanzung und Pflege der Beete beschäftigen, wird eine Begleitung zur Seite gestellt, die sie bzw. ihn unterstützt oder auf Anweisungen hin die Arbeiten durchführt, zu denen die jeweilige Person nicht mehr in der Lage ist. Das fördert die Erinnerungsarbeit, schafft Zufriedenheit und Ausgeglichenheit. Unter den Bäumen befinden sich Sitzgelegenheiten. Den demenziell Erkrankten geben die Bäume ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit. Das Ernten und Kosten der Früchte fördern die Erinnerung. Die Verarbeitung der Früchte zu Marmeladen und Kompost erfolgt in Gruppenarbeit direkt nach der Ernte in der Außenküche. Bei schlechtem Wetter steht ein 25 qm großer Gruppenraum zur Verfügung.

Literatur bei der Verfasserin

BRUNI WINDMANN, Herbst-Zeitlos e.V., Tel.: (05 11) 335 90 91,
E-Mail: info@seniorenservice-hannover.de

Bücher, Medien

Mediennutzung, Identität und Identifikation

Identitätsbildung im Jugendalter findet zunehmend auch im Rahmen medialer Interaktion statt. Der Band diskutiert die Relevanz von Medien für den Sozialisationsprozess aus verschiedenen wissenschaftstheoretischen Perspektiven und nimmt dabei verschiedene Medientypen sowie Nutzungsformen in den Blick. Die Spannweite reicht von der Reflektion einer vorwiegend konsumierenden Mediennutzung und der darin präsenten Rollenvorbilder bis hin zu medialen Selbstinszenierungen in virtuellen und physischen Settings. Die medial vermittelten Werte und Rollen werden dabei hinsichtlich ihres Einflusses auf die Sozialisation von Jugendlichen und ihrer Bedeutung für die Identitätsbildung beleuchtet. In der vorliegenden zweiten Auflage wird den aktuellen Entwicklungen der fortschreitenden Mediendifferenzierungen Rechnung getragen. (ms)

LOTHAR MIKOS, DAGMAR HOFFMANN, RAINER WINTER (HRSG.): Mediennutzung, Identität und Identifikation. Die Sozialisationsrelevanz der Medien im Selbstfindungsprozess von Jugendlichen. Juventa Verlag, Weinheim, 2009, 304 Seiten, ISBN 978-3-7799-1744-1, 25,50 Euro

Frühpädagogische Übergänge

Das Buch greift die momentan geführte Auseinandersetzung zum Thema »Übergänge – von der Kita in die Grundschule« auf. Ein Fokus liegt dabei auf den unterschiedlichen Modellprojekten einzelner Bundesländer und den hier gemachten Erfahrungen. Die verschiedenen Autorenbeiträge zum frühpädagogischen Übergang widmen sich den drei Schwerpunkten: »Theoretische Zugänge«, »Modellprojekte: Forschungs- und Evaluationsergebnisse« und den »Forschungsperspektiven und Aussichten«. Die Autorinnen und Autoren zeigen auf, was im Vergleich der länderspezifischen Modelle bildungspolitisch gefördert und bereits umgesetzt wird. (am)

SYLVIA OEHLMAN, YVONNE MANNING-CHLECHOWITZ, MIRIAM SITTER (HRSG.): Frühpädagogische Übergänge – Von der Kindertageseinrichtung in die Grundschule. Beltz Juventa Verlag, Weinheim und München, 2011, 250 Seiten, ISBN 978-3-7799-1932-2, 24,95 Euro

Selbstmanagement in Gesundheitsberufen

Das Buch gliedert sich in vier Kapitel und liefert eine vielseitige Sammlung diverser Beiträge zum Themengebiet Selbstmanagement. Der Bezug zu den Gesundheitsberufen, insbesondere zu Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden ist klar erkennbar. Zudem werden Analysen und Hintergründe gegenwärtiger Verhältnisse im Gesundheitswesen und dazugehörige konkrete Vorschläge und Bewältigungsstrategien vorgestellt. (rm)

HANS-WOLFGANG HOEFERT (HRSG.): Selbstmanagement in Gesundheitsberufen. Verlag Hans Huber, Bern, 2011, 285 Seiten, ISBN 978-3-456-84953-9, 24,95 Euro

Fehlzeiten-Report 2011

»Führung und Gesundheit« ist das Schwerpunktthema dieses Fehlzeiten-Reports. Führungskräften kommt eine Doppelrolle in Bezug auf Gesundheit im Unternehmen zu, weil sie sowohl Verantwortung für die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Beschäftigten als auch für sich selbst übernehmen. Neben personalrechtlichen Ansätzen wird aufgezeigt, welche Wirkung Führungsstile auf die Motivation und Gesundheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben. Zudem werden die Möglichkeiten einer gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung aufgezeigt. Neben dem Schwerpunktthema liefert das Buch aktuelle sowie branchenspezifische Daten und Analysen zu krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. Die detaillierte Beschreibung der Krankheitsentwicklung bezieht sich auf Daten der 10,1 Millionen AOK-Versicherten. Der Fehlzeiten-Report richtet sich an alle, die Verantwortung für den Arbeitsschutz und das Gesundheitsmanagement in Betrieben und Unternehmen tragen. (ah)

BERNHARD BADURA, ANTJE DUCKI, HELMUT SCHRÖDER, JOACHIM KLOSE, KATHRIN MACCO (HRSG.): Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Springer-Verlag, 2011, Berlin, 438 Seiten, ISBN 978-3-642-21654-1, 49,95 Euro

Auf brüchigem Boden Land gewinnen

Das Buch handelt vom Prozess der biografischen Erfindung des Lebens. Es erzählt von geglückten und gescheiterten Versuchen, dies inmitten der konkreten Lebenswelt zu tun. Dieses Buch ist eine anregende Reise durch biografische Landschaften. Es ist als Lesebuch und biografische Schreibwerkstatt gedacht und will zum Spurensuchen, zum Erzählen von Geschichten anregen. (us)

ANNELIE KEIL: Auf brüchigem Boden Land gewinnen. Biografische Antworten auf Krankheit und Krisen. Kösel-Verlag, München, 2011, 253 Seiten, ISBN 978-3-466-30907-8, 17,99 Euro

Altern im Wandel

Die Lebenssituation älterer Menschen unterliegt einer Vielzahl von gesellschaftlichen Veränderungen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie ältere Menschen tatsächlich leben. Im vorliegenden Buch werden die Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS) beschrieben. Die Autorinnen und Autoren widmen sich in verschiedenen Kapiteln den unterschiedlichen Aspekten und Lebenssituationen älterer Menschen, von der materiellen Sicherung über Gesundheit, das Wohnumfeld, Lebensformen, familiäre Generationenbeziehungen bis zu den Themen individuelle Altersbilder und subjektives Wohlbefinden. Alle Kapitel sind weitgehend einheitlich strukturiert und untergliedert. Nach einer Definition und Beschreibung des Themengebietes wird die Datengrundlage erläutert und anschließend werden verschiedene Facetten des Themas dargestellt. Das Buch bietet einen guten und strukturierten Überblick über die Lebensphase Alter und wird durch eine CD ergänzt, die weiteres Zahlenmaterial beinhaltet. (ts)

ANDREAS MOTEL-KLINGEBIEL, SUSANNE WURM, CLEMENS TESCH-RÖMER (HRSG.): Altern im Wandel – Befunde des deutschen Alterssurveys (DEAS). Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2010, 306 Seiten, ISBN 978-3-17-021595-5, 34,90 Euro

Neue Männer – muss das sein?

Männerrollen entwickelten sich in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend differenzierter und sind heute Gegenstand kontroverser Diskussion verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen. Dementsprechend sind die Beiträge des Bandes interdisziplinär konzipiert und fokussieren dabei unter anderem medizinische, epidemiologische, psychologische und erziehungswissenschaftliche Facetten von Männlichkeit und Mannsein. Die zum Teil recht pointiert verfassten Beiträge, etwa zum »kranken«, »entwerteten«, »verlassen(d)en« oder auch zum »vaterlosen« Mann sind darauf angelegt, Diskussionen auch jenseits der vorherrschenden Diskurse anzuregen. Wenngleich manche Beiträge dabei etwas über das Ziel hinausschießen, bietet der Band neue Perspektiven und Impulse zur Weiterentwicklung des Konzepts Gender Mainstreaming. (ms)

MATTHIAS FRANZ, ANDRÉ KARGER (HRSG.):
Neue Männer – muss das sein? Risiken und Perspektiven der heutigen Männerrolle. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2011, 269 Seiten, ISBN 978-3-525-40440-9, 24,95 Euro

Bürgerschaftliches Engagement unter Druck?

Bürgerschaftliches Engagement ist seit einigen Jahren zunehmend Gegenstand verschiedener Berichte und Forschungsprojekte und im Blickfeld politischer Diskussionen.

Vor dem Hintergrund veränderter Rahmenbedingungen und des gesellschaftlichen Wandels unterliegt es seinerseits vielfältigen Veränderungen und bedarf zum Teil neuer Strukturen. Im vorliegenden Buch werden die Engagementfelder Soziales, Kultur und Sport analysiert. Dabei wird sowohl die historische Entwicklung beschrieben als auch auf aktuelle gesetzliche und strukturelle Voraussetzungen eingegangen. Durch die Beschreibung anhand praktischer Beispiele werden die oftmals sehr komplexen Zusammenhänge und die manchmal mit Hürden versehenen Aktivitäten anschaulich dargestellt. (ts)

THOMAS RAUSCHENBACH, ANNETTE ZIMMER (HRSG.):
Bürgerschaftliches Engagement unter Druck? Analyse und Befunde aus den Bereichen Soziales, Kultur und Sport. Verlag Barbara Budrich, Opladen, 2011, 389 Seiten, ISBN 978-3-86649-435-0, 33,00 Euro

Gescheiter scheitern

Scheitern ist Kopfsache und eine Wirklichkeitskonstruktion. Scheitern ist eine Frage der Perspektive. Die Beiträge in diesem Band werten in einer qualitativen Analyse Tiefeninterviews aus, die mit 12 Personen in unterschiedlichen Funktionen aus ganz verschiedenen Lebens- und Berufswelten geführt wurden. Besonders die latenten Dimensionen des Scheiterns wurden dabei bearbeitet. Neben der individuellen und organisationalen Perspektive wird auch der gesellschaftliche Kontext thematisiert. Praxisbeispiele, Empfehlungen und Tools zum konstruktiven Umgang mit dem Scheitern erleichtern den Perspektivwechsel, am Scheitern zu wachsen. (us)

LARS BURMEISTER, LEILA STEINHILPER (HRSG.):
Gescheiter scheitern. Eine Anleitung für Führungskräfte und Berater. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2011, 140 Seiten, ISBN 978-3-89670-805-2, 19,95 Euro

Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung in politikwissenschaftlicher Perspektive

Der 33. Band der Beiträge zum Gesundheitsmanagement untersucht die Auswirkungen von Moral Hazard Verhalten im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei wird analysiert, wie das deutsche Gesundheitswesen darauf hinwirkt, das Verhalten von Versicherten, Leistungserbringern und Krankenkassen den Systemzielen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend zu bewegen. Es werden nicht nur materielle Anreizsysteme untersucht, sondern auch die Sozialpsychologie im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Kritisch setzt sich die Arbeit mit der Rolle der Pharmaindustrie im Prozess der Formulierung und Implementierung arzneirechtlicher Vorschriften sowie der Manipulationsanfälligkeit der bestehenden Vorschriften des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auseinander. (rm)

ANDREAS MEUSCH: Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung in politikwissenschaftlicher Perspektive. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2011, 507 Seiten, ISBN 978-3-8329-6799-4, 79,00 Euro

Poor Economics

Wie sehen die wirklichen Probleme armer Menschen aus? Und wie können Lösungen aussehen? Die beiden Autoren haben mehr als fünfzehn Jahre mit armen Menschen auf verschiedenen Kontinenten gearbeitet, um Antworten zu finden. Sie kommen, basierend auf einer soliden Datensammlung, zu dem Ergebnis, dass genauer hingeschaut werden muss, statt altbekannte Theorien nach immer gleichen Prinzipien neu aufzulegen. Ihrer Ansicht nach fehlt es bislang an einem wirklichen Verständnis der Armut und der Antriebskräfte, die das Handeln armer Menschen beeinflussen. Sie fordern Wissenschaftler, Forscher und Unterstützer auf, den Armen endlich genau zuzuhören, um ihre Sicht der Dinge und ihre Entscheidungslogiken in Erfahrung zu bringen. Viele Beispiele, eine einfache, verständliche und eindringliche Sprache, hohes Engagement und der Mut auch »unmögliche« Fragen zu stellen, kennzeichnen dieses außergewöhnliche Werk. (ark)

ABHIJIT V. BANERJEE, ESTHER DUFLO: Poor Economics. A radical rethinking of the way to fight global poverty. Public Affairs, New York, 2011, 304 Seiten, ISBN 978-1586487980, 19,20 Euro

Am Puls des langen Lebens

Die Frage, wie aus der menschheitsgeschichtlichen Errungenschaft eines langen Lebens ein langes gutes Leben werden kann, wird von den Autorinnen zu Beginn des Werks gestellt, und sie durchzieht das gesamte Buch. Dabei geht es ihnen nicht nur um die individuelle Person allein, sondern um die soziale Einbindung des älteren Menschen in das Gemeinwesen. Ein hoher Wert wird dabei der Eigenversorgung, Partizipation und gesellschaftlichen Teilhabe zugesprochen. Wie Potenziale möglichst lange aufrechterhalten werden können, wird anhand von Beispielen gezeigt. Über die beschreibende Darstellung sozialer Innovationen hinaus, wird analysiert, was bei der Neukonzeptionierung eines Sorgeleistungsangebotes zu bedenken ist. Abschließend werden sozialkulturelle Herausforderungen für die alternde Gesellschaft skizziert. (ark)

EVA LANG, THERESIA WINTERGERST: Am Puls des langen Lebens: Soziale Innovationen für die alternde Gesellschaft. oekom, München, 2011, 178 Seiten, ISBN 978-3-86581-223-0, 24,90 Euro

Bildung braucht Persönlichkeit

Die zentrale Fragestellung des Buches ist, wie entsprechend der vorgestellten Erkenntnisse aus Psychologie und Neurobiologie guter Unterricht aussehen könnte. Die Hauptthese des Autors lautet, dass die Art, wie Menschen lernen und lehren, jeweils von ihrer Persönlichkeit abhängt. Der Autor, ein anerkannter Hirnforscher, kritisiert die gegenwärtige akademische Lehrerbildung und versteht sein Buch als Aufforderung, einen vertieften Dialog zwischen Psychologinnen und Psychologen, Neurobiologinnen und Neurobiologen sowie allen in Schul- und Bildungspraxis arbeitenden Berufsgruppen zu führen, damit eine bessere Schule mit besserer Bildung entstehen kann. Das Buch ist sehr anspruchsvoll und setzt den Umgang mit wissenschaftlichen Texten voraus. (iw)

GERHARD ROTH: *Bildung braucht Persönlichkeit – Wie Lernen gelingt.* Klett-Cotta, Stuttgart, 2011, 356 Seiten, ISBN 978-3-608-94655-0, 19,95 Euro

Versorgungs-Report 2011 – Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen

Der Versorgungs-Report 2011 bildet den Auftakt zu einer neuen WIdO-Reihe (Wissenschaftliches Institut der AOK), die das Geschehen im Gesundheitswesen sektorenübergreifend analysiert und die Veröffentlichungen Arzneiverordnungs-, Krankenhaus- und Fehlzeiten-Report ergänzt. Die Herausgeber liefern bei der Startausgabe wissenswerte Informationen über die angemessene Versorgung der chronisch Erkrankten und die Bedeutung von neuen Behandlungsmöglichkeiten. Durch Analysen auf Basis der Routinedaten der Krankenkassen ermöglichen die Herausgeber den Leserinnen und Lesern zudem, verlässliche Daten und Angaben zu Krankheitsprävalenzen und -inzidenzen zu erhalten. Der Versorgungs-Report 2011 enthält des Weiteren einen Online-Zugang, der zusätzlich einen statistischen Überblick über mehr als 1500 Krankheiten umfasst. (rm)

CHRISTIAN GÜNSTER, JOACHIM KLOSE, NORBERT SCHMACKE (HRSG.): *Versorgungs-Report 2011 – Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen.* Schattauer, Stuttgart, 2011, 372 Seiten, ISBN 978-3794528035, 44,95 Euro

Bildungswelt Familie

Der Sammelband bietet empirische sowie konzeptionelle Beiträge aus der Familien-, Bildungs- und Medienforschung. Die Autorinnen und Autoren gehen in ihren Beiträgen den Fragen nach, wie Bildung in Familien »produziert« wird und welche Akteure, die Prozesse und Rahmenbedingungen des familialen Bildungsprozesses steuern und begleiten. Die Aufsätze beschäftigen sich unter anderem mit den Themen Passungsverhältnisse von Familie und Schule, Habitusgenese im Netzwerk gelebter Familienbeziehungen, Mediennutzung in sozial benachteiligten Familien, die Bedeutung der Familie für den Schulerfolg und bildungsrelevante Unterstützungsleistungen in der Familie. Das Buch liefert eine Übersicht zur Rolle von Familien und den damit verknüpften gestiegenen Erwartungen an die Erziehungs- und Bildungsaufgaben und den Bildungserfolg von Kindern. (am)

ANDREAS LANGE, MARGRET XYLÄNDER (HRSG.): *Bildungswelt Familie – Theoretische Rahmung, empirische Befunde und disziplinäre Perspektiven.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2011, ISBN 978-3-7799-0719-0, 323 Seiten, 29,95 Euro

Wegweiser – Kooperation zwischen Jugendarbeit und Schule

In dem Buch gehen Schröder und Leonhardt der Frage nach, wie die Jugendarbeit das schulische Lernen erweitern kann. Als Grundlage der Untersuchung dienten die Erfahrungen eines Modellversuchs aus den Jahren 2007–2009. In dem Projekt haben die Träger der Jugendarbeit mit den beteiligten Schulen Ideen im Hinblick auf mehr Partizipation erarbeitet und umgesetzt. Im Verlauf der Arbeit zeigte sich, dass Partizipation als Haltung, als Prinzip in der Schule und beim Lernen wichtige Grundlagen bildet. Die im Buch dargestellten Erfahrungen sind mit anschaulichen Praxisbeispielen, Falldarstellungen und Ausschnitten aus Schüler- und Lehrerinterviews angereichert. (am)

ACHIM SCHRÖDER, ULRIKE LEONHARDT (HRSG.): *Wegweiser – Kooperation zwischen Jugendarbeit und Schule. Wie Jugendarbeit schulisches Lernen erweitert.* Wochenschau Verlag, Schwalbach/Ts., 2011, 320 Seiten, ISBN 978-3-89974690-7, 24,80 Euro



Empowerment behindert Menschen

Das Konzept des Empowerments, welches sich ursprünglich aus der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung heraus in der Gemeindepsychologie und in der Gesundheitsförderung etabliert hat, gewinnt zunehmend auch in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung an Relevanz und bedeutet übersetzt (Selbst-) Ermächtigung oder Bemächtigung. Verbunden ist damit eine Abkehr von fürsorgeorientierten Ansätzen hin zu einer ressourcenorientierten Sichtweise, welche Autonomie und Selbstbestimmung fokussiert. Der vorliegende Band beinhaltet eine Vielzahl unterschiedlicher Beiträge aus Wissenschaft sowie Praxis und beleuchtet das Thema aus verschiedenen Perspektiven. Dabei werden auch einzelne Lebensbereiche, wie z.B. Wohnen, aber auch spezielle Zielgruppen in den Blick genommen. Der Sammelband gibt damit einen guten Überblick über die verschiedenen Facetten, Umsetzungsfelder und Diskussionen des Konzeptes im Bereich der Behindertenhilfe. (ts)

WOLFRAM KULIG, KERSTIN SCHIRBORT, MICHAEL SCHUBERT (HRSG.): *Empowerment behindert Menschen – Theorien, Konzepte, Best-Practice.* Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2011, 296 Seiten, ISBN 978-3-17-021981-6, 24,90 Euro

Das neue Patientenverfügungsgesetz in der Praxis

2009 wurde vom Deutschen Bundestag das Patientenverfügungsgesetz verabschiedet. Der vorliegende Reader präsentiert die Beiträge eines Symposiums, das eine erste Zwischenbilanz zieht. Zum einen wird der Gesetzestext selbst einer kritischen Analyse unterzogen, zum anderen geht es um den Umgang mit dem Gesetz in der Praxis. Welche Anforderungen ergeben sich für Anwälte, Medizinerinnen, Beratungsorganisationen? Wie sollen Krankenhäuser und Alteneinrichtungen mit Patientenverfügungen umgehen? Das Modellprojekt »beizeiten begleiten«, das in Senioreneinrichtungen einer Region aussagekräftige, valide und wirksame Patientenverfügungen entwickelt, wird am Schluss des Buches vorgestellt. (us)

WOLFRAM HÖFLING (HRSG.): Das neue Patientenverfügungsgesetz in der Praxis – eine erste kritische Zwischenbilanz. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2011, 139 Seiten, ISBN 978-3-8329-5883-1, 36,00 Euro

Der Umgang mit Risiken – Hausärztliche Versorgung zwischen Tradition und Moderne

Der Umgang mit Krankheitsrisiken hat sich zu einer hausärztlichen Aufgabe mit wachsender Bedeutung entwickelt. Die Autorin des Buches greift das Thema der Primärprävention im Zusammenhang der Versorgung von Personen mit einem erhöhten kardiovaskulären Gesamtrisiko aus gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Perspektive auf. Dabei umfasst das Buch neben einer kritischen Reflexion des »Compliance-Konzeptes« auch eine Vertiefung des »Shared Decision Making Konzeptes« und des Konzepts medizinischer Leitlinien. Die Autorin präzisiert ihre Standpunkte auf der Grundlage einer qualitativen Untersuchung, wie aufschlussreich die Verknüpfung zwischen ärztlichen Haltungen im Umgang mit Entscheidungen im Behandlungsprozess und medizinischem Wissen sein kann. (rm)

MAREN STAMER: Der Umgang mit Risiken – Hausärztliche Versorgung zwischen Tradition und Moderne (Gesundheitsforschung). Juventa Verlag, Weinheim und Basel, 2011, 212 Seiten, ISBN 978-3-77991982-7, 29,95 Euro

Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration

Die Beiträge des Buches gliedern sich in drei thematische Blöcke. Der erste Teil ist der theoretischen Betrachtung des Zusammenhangs von Gesundheit und Migration und der Gesundheitsversorgung von Zugewanderten gewidmet. Wobei eher die Kritik an der Darstellung der gesundheitlichen Lage und Versorgungssituation von Zugewanderten im Vordergrund steht und nicht die deskriptive Analyse von Datenmaterial. Im zweiten Teil sind Beiträge zur Versorgung und Betreuung von Migrantinnen in der Schwangerschaft und während der Geburt zusammengestellt. Im dritten Teil beschreiben die Autorinnen und Autoren verschiedene Themen aus der Wochenbettzeit und der frühen Kindheit. Das Buch wird abgerundet durch ein kurzes Essay einer türkischstämmigen Schriftstellerin zur Dolmetscherproblematik. (mw)

MATTHIAS DAVID, THEDA BORDE (HRSG.): Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration – Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2011, 252 Seiten, ISBN 978-3-940529-91-6, 26,90 Euro

Persönlichkeit stärken – gesund bleiben

Einerseits sind Erzieherinnen und Erzieher in ihrem Beruf engagiert und hoch motiviert. Andererseits steigen die Anforderungen an die tägliche Arbeit und Belastungen durch Zeitdruck, familiäre Erfordernisse und eigene Ansprüche. Die Autorinnen und Autoren möchten Wege aufzeigen, die Freude am Beruf zu erhalten und den Belastungen gesund standhalten zu können. Das Buch ist hierfür in fünf Themenschwerpunkte aufgeteilt: Stress und psychische Gesundheit, Psychomotorik – ein bewegter Arbeitsalltag, Ernährung, Kommunikation und betriebliche Gesundheitsförderung. Für jeden Bereich werden Handlungsanweisungen und Tipps für die Gesunderhaltung aufgezeigt. (am)

JULIA SCHNEEWIND (HRSG.): Persönlichkeit stärken – gesund bleiben. Kraft tanken im Erzieherinnen-Alltag. Bildungsverlag EINS GmbH, Köln, 2011, 266 Seiten, ISBN 978-3-427-50526-6, 24,90 Euro

Familienpolitik im 21. Jahrhundert

Gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sollte es eine Familienpolitik geben, die moderne Familienformen berücksichtigt und mit einbezieht. Alleinerziehende, Patchwork-Familien, gleichgeschlechtliche Ehen und Unverheiratete bedürfen der Unterstützung durch die Politik ebenso wie die »Mutter-Vater-Kind-Familie«. Auch veränderte Arbeitsbedingungen, wie flexible Arbeitszeiten, hohe Mobilitätsanforderungen oder befristete Arbeitsverhältnisse haben Auswirkungen auf Familien. »Wir können nicht mit einem Familienbild aus dem vergangenen Jahrhundert auf die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts reagieren!«, fordert Liz Mohn, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Bertelsmann Stiftung. In dem Band werden in 5 Thesen Forderungen für eine moderne Familienpolitik gestellt, die für weitere Strategien der Familienpolitik für absolut notwendig gehalten werden. (vww)

BERTELSMANN STIFTUNG, EXPERTENKOMMISSION FAMILIE (HRSG.): Familienpolitik im 21. Jahrhundert – Herausforderungen, Innovationen und Synergien. Verlag Bertelsmann Stiftung, 2011, 44 Seiten, ISBN: 978-3-86793-341-4, 15,00 Euro

Herausforderung Lehrgesundheit

Der Autor Helmut Heyse arbeitet seit über zehn Jahren in der Schulpsychologie und hat in diesem Buch seine Erfahrungen zum Thema Lehrgesundheit zusammengetragen. Das Buch gibt den Lehrerinnen, Lehrern und Schulleitungen Anregungen, den Belastungen im Beruf auf die Spur zu kommen. Hierzu stellt der Autor Fragen nach den Energieräubern, den Energiequellen, der Arbeitszufriedenheit, den Komponenten der psychischen Gesundheit und bietet Hilfestellung bei der Suche nach neuen Zielen. Besonders hilfreich sind hierbei die umfangreich ausgearbeiteten Arbeitsblätter. (am)

HELMUT HEYSE (HRSG.): Herausforderung Lehrgesundheit – Handreichungen zur individuellen und schulischen Gesundheitsförderung. Verlag Kallmeyer, Seelze, 2011, 143 Seiten, ISBN 978-3-7800-1092-6, 19,95 Euro

Arbeitsfeld Interkulturalität

Das Buch präsentiert Grundlagentexte und bietet eine Einführung in basale Themen der Sozialen Arbeit. Das Lehrbuch ist ein Zusammenschritt vielschichtiger Beiträge und liefert eine Übersicht zur Beschaffenheit, zu Anforderungen sowie zu Praxisansätzen der sozialen Arbeit in der Zuwanderergesellschaft. Die Autorinnen und Autoren stellen nationale und internationale Praxisbeispiele, Konzepte und Modelle vor und vermitteln Anregungen und Hinweise zur professionellen (sozialen) Arbeit. Dazu gehören auch ein fundiertes Wissen über Zuwanderungsgeschichten, Migrationsprozesse und rechtliche Grundlagen. Die Beiträge bieten hier zum einen Informationen und zum anderen Impulse zur Bewusstmachung des eigenen Handelns im Umgang mit Vielfalt. (am)

THOMAS KUNZ, RIA PUHL (HRSG.): Arbeitsfeld Interkulturalität. Grundlagen, Methoden und Praxisansätze der Sozialen Arbeit in der Zuwanderungsgesellschaft. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2011, 280 Seiten, ISBN 978-3-7799-2208-7, 19,95 Euro

Länderreport Frühkindliche Entwicklung Bildungssysteme 2011

In dem Buch gehen Bock-Famulla und Lange der Frage nach, wie die Herausforderungen in der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung in Deutschland momentan bewältigt werden. Hierzu wurde von jedem Bundesland ein Landesprofil erstellt. Es gibt Auskunft darüber, wie viele Kinder von Erzieherinnen und Erziehern betreut werden, wie das pädagogische Personal qualifiziert ist, wie Investitionen wirkungsvoll eingesetzt werden, wie Qualität gesichert und Elternbeteiligung in Kitas rechtlich gesichert werden und was das Bundesland gegen den drohenden Fachkräftemangel unternimmt. Die zusammengeführten Daten stammen aus der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik und einer Befragung aller Länderministerien. (am)

KARIN BOCK-FAMULLA, JENS LANGE (HRSG.): Länderreport Frühkindliche Entwicklung Bildungssysteme 2011. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2011, 336 Seiten, ISBN 978-3-86793-330-8, 25,00 Euro

Was passiert im Klassenzimmer?

Lehrkräfte führen oft ein Einzelkämpferdasein, und eine Rückmeldung zur eigenen Arbeit ist nicht selbstverständlich gegeben. Der Autorin geht es darum, Lehrkräfte darin zu stärken, ihren Unterricht zu erforschen und dabei Diagnose sowie Evaluationsmethoden einzubinden. In dem Buch stellen verschiedene Autorinnen und Autoren ihre Forschungsmethoden vor. Dazu gehören z.B. die teilnehmende Beobachtung, das Interview, fragebogengestützte Unterrichtsevaluation, Argumentationsanalyse, kollegiales Feedback, Mindmap und Kartenabfrage. Zu Beginn eines jeden Beitrags steht eine theoretische Einführung, die anschließend mit Beispielen, Übungsmaterial und alltagstauglichen Planungshilfen zur Umsetzung der eigenen Unterrichtserforschung unterfüttert werden. (am)

BETTINA ZURSTRASSEN (HRSG.): Was passiert im Klassenzimmer? Methoden zur Evaluation, Diagnostik und Erforschung des sozialwissenschaftlichen Unterrichts. Wochenschau Verlag, Schwalbach/Ts., 2011, 190 Seiten, ISBN 978-3-89974583-2, 24,80 Euro

Jahrbuch der Seniorenwirtschaft 2011

Die Seniorenwirtschaft hat Zukunft – darüber sind sich Wissenschaft, Politik und Wirtschaft einig. Ihre Entwicklung wird jedoch kein Selbstläufer sein, sondern braucht Impulse und Anstöße aus der Forschung, Wirtschaft und Politik. Die Artikel des Jahrbuchs beleuchten die drängenden Fragen, die in diesem Zusammenhang auftauchen. U.a. werden Einkommensentwicklung und Konsumverhalten älterer Menschen in Deutschland sowie Netzwerke als Basis gesellschaftlicher Innovationen in der Seniorenpolitik dargestellt. Außerdem werden (technische) Gestaltungsmöglichkeiten in der Wohnumwelt älterer Menschen oder neue Organisationsformen in der Altenhilfe und die Versorgung mit Bildungs- und Kulturangeboten auf dem Land in kurzen, übersichtlichen Beiträgen diskutiert. (ar)

RAINER FRETSCHNER, JOSEF HILBERT, BERND MAELICKE (HRSG.): Jahrbuch der Seniorenwirtschaft 2011. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2011, 150 Seiten, ISBN 978-3-8329-6140-4, 29,00 Euro

Drogen und Sucht

Der Autor ist Familientherapeut und Suchtexperte. Vor diesem Hintergrund gibt er mit dem Buch Hinweise zu Wirkungsweisen von Drogen und informiert über stoffgebundene und stoffungebundene Verhaltenssüchte. Im Bereich der stoffgebundenen Süchte werden zum einen die legalen Einstiegsdrogen wie Alkohol und Nikotin und zum anderen die illegalen Drogen wie Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Methamphetamine, Heroin, halluzinogene Pilze, Engelstrompete u.a. mit ihrer Historie, Konsumart, Wirkung und ihrem Risiko unter die Lupe genommen. Im Kapitel der stoffungebundenen Verhaltenssüchte stellt der Autor kurz die Aspekte Ess-Störungen, Computer-, Internet-, Kauf-, Arbeitssucht, Internet-Pornografie und Sexsucht, Glücksspiel und selbstverletzendes Verhalten dar. Das Buch bietet Eltern, Lehrkräften und Interessierten Anregungen, wie sie Kinder und Jugendliche in ihrem Verhalten gegen Drogen und Süchte stärken können. (am)

HELMUT KUNTZ (HRSG.): Drogen & Sucht – Ein Handbuch über alles, was Sie wissen müssen. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2011, 391 Seiten, ISBN 978-3-407-85925-9, 16,95 Euro

Die Feigheit der Frauen

Politisch nicht immer korrekt, aber hoch engagiert will diese »Streitschrift wider den Selbstbetrug« aufzeigen, warum so viele intelligente und gut ausgebildete Frauen ihre Chancen zu Karriere und selbstbestimmtem Leben nicht nutzen, sondern immer wieder in die »Rollenfalle« geraten. Zum Teil journalistisch überspitzt, aber unterhaltsam weist die Autorin daraufhin, dass es nicht länger darum geht, immer wieder neue Sündenböcke auszumachen, sondern dass die Frauen selbst entscheiden müssen, ob sie ständig wieder in die »Komfortzone« flüchten wollen oder mutig alternative Rollen suchen und damit das System der weiblichen Unterordnung aufbrechen wollen. (iw)

BASCHA MIKA: Die Feigheit der Frauen – Rollenfallen und Geiselmoralität. Eine Streitschrift wider den Selbstbetrug. Bertelsmann Verlag, München, 2011, 256 Seiten, ISBN 978-3-570-10070-7, 14,99 Euro



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

Burnout und Gender 15. Oktober 2012, Hannover

Burnout ist zur Zeit ein viel gehörter, aber auch umstrittener Begriff. Er wird vor allem bei langwierigen Erschöpfungszuständen im Zusammenhang mit der Arbeitswelt benutzt. Eine Diskussion über Hintergründe und Ursachen sowie über die Kritik an dem Konzept wird auf der Fachtagung weitergeführt. Zudem wird die Frage nach spezifisch männlichen und weiblichen Ausprägungsformen bei Burnout aufgeworfen.

9. Rehatag – Nach Krebs zurück zur Arbeit: Wann? Wie? Was? Wieviel? 16. Oktober 2012, Bremen

Viele an Krebs erkrankte Menschen wünschen sich, wieder am Arbeitsleben teilzuhaben und Erfüllung, Freude, kollegiales Miteinander und Bestätigung über ihre Arbeit zu finden. Oft ist dieser Wiedereinstieg aber nicht einfach. Nach der großen Erschütterung über die Krebserkrankung, nach kräftezehrenden Behandlungen, bei fortbestehenden gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen, nach langen Arbeitsunfähigkeiten ist es häufig nicht möglich, beruflich dort weiterzumachen, wo man vor der Erkrankung aufgehört hat. Es wird über den Wert von Arbeit für krebserkrankte Menschen diskutiert und über Möglichkeiten der Unterstützung des beruflichen Wiedereinstiegs informiert: über berufsorientierte Angebote in der medizinischen Rehabilitation, über Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation und über Hilfestellungen durch die Arbeitgeber.

13. SOPHIA-Fachtagung – Von fern ganz nah! – Kindergesundheit und Migration 9. November 2012, Hannover

Woher stammt Ihre Familie? Welche Sprache sprechen Sie zu Hause? Diese Fragen gehören zu unserem schulärztlichen Alltag. Sie bedeuten ggfs. Unsicherheit in der Beurteilung der Gesamtentwicklung, vor allem aber der Sprachentwicklung der Kinder. Es besteht auch die Gefahr, im übertragenen Sinne nicht mit einer Sprache zu sprechen und durch Missverständnisse die Zusammenarbeit mit den Eltern zu belasten und damit zu gefährden. Zum 13. Mal laden findet die SOPHIA-Fachtagung statt, die sich in diesem Jahr dem Schwerpunktthema »Migration« widmet.

Landeskonferenz Niedersachsen zum Europäischen Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012 13. November 2012, Oldenburg

Die Veranstaltung wird gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und ist zugleich Abschlussveranstaltung zum Europäischen Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012. Die Tagung soll die Möglichkeit bieten, das Thema des Europäischen Jahres landesweit zu transportieren und die Aktivitäten in Niedersachsen zu diesem Jahr darzustellen. Außerdem soll ein Resümee gezogen werden.

Das Pflegeausrichtungsgesetz – Durchbruch für die Versorgung Demenzerkrankter? 15. November 2012, Hannover

Das Pflegeausrichtungsgesetz (PNG) wird mit den geplanten Maßnahmen für diese Patientengruppe vorgestellt und einer kritischen Betrachtung unterzogen. Es werden die auf der Bundesebene erarbeiteten Vorstellungen zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie Erwartungen an zukünftige Kombinationen von Versicherungsleistungen und Versorgungsmöglichkeiten vorgestellt. Die ambulante Versorgung soll flexibilisiert, pflegende Angehörige sollen entlastet und neue Wohnformen gefördert werden. Wie stellt sich die aktuelle Versorgung in Niedersachsen dar?

Besser als befürchtet? Die HPV-Impfung auf dem Prüfstand 19. November 2012, Berlin

Die Fachtagung bilanziert unter anderem die bisherigen Erfahrungen und Studien zu Nutzen und Wirksamkeit der Impfung, erörtert die Folgen der Impfung für die Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung und befasst sich mit der Ausweitung der Indikationen. Die Public Health Perspektive wird thematisiert, Informationsstrategien zur Impfung werden beleuchtet. Die Tagung wird vom pro familia Bundesverband und dem Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit organisiert.

Familienorientierte Selbsthilfe 20. November 2012, Hannover

Familienorientierte Selbsthilfe sieht sowohl erkrankte Menschen als auch deren Angehörige als Betroffene einer Erkrankung. Beide Seiten spielen im familiären System eine wichtige Rolle. Mit der Tagung sollen anhand guter Beispiele und im Austausch zwischen den an der Umsetzung von Selbsthilfe beteiligten Akteurinnen und Akteuren Impulse zur (Weiter-) Entwicklung familienorientierter Angebote vermittelt werden.

Preisverleihung des Niedersächsischen Gesundheitspreises 21. November 2012, Hannover

Zum zweiten Mal wurde der Niedersächsische Gesundheitspreis 2012 durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, die AOK Niedersachsen sowie die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen ausgeschrieben. Weiterer Partner in diesem Jahr ist das Niedersächsische Wirtschaftsministerium. Ziel des Gesundheitspreises ist es, der innovativen Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung in Niedersachsen eine besondere Bedeutung beizumessen, um langfristig eine hohe Versorgungsqualität zu fördern. Im Rahmen der Preisverleihung werden in den drei Preiskategorien die besten Projekte ausgezeichnet.

Wege aus dem Lärm – Laut und leise in der Kita 26. November 2012, Hannover

Die Belastung durch anhaltenden Lärm und ihre Auswirkung ist für Erzieherinnen, Erzieher und die Kinder in Kindertageseinrichtungen lange unterschätzt worden. Mittlerweile ist bekannt, dass Schall und insbesondere Lärm z.B. ungünstige Auswirkungen auf die Sprachentwicklung, das Lern- und Spielverhalten sowie auf die Kognition von Kindern haben. Darüber hinaus wirkt sich Lärm auf den gesamten Organismus aus. So kann er z.B. körperliche Stressreaktionen auslösen, die zu ernstzunehmenden Gesundheitsschäden physischer und / oder psychischer Art führen können. Dieses gilt für Erzieherinnen und Erzieher, die dieses zum Teil bewusst wahrnehmen, und genauso für die Kinder. Die Tagung gibt Informationen und Einblicke in die vielfältigen Zusammenhänge wie z.B. Hör- und Sprachentwicklung, Raumakustik, pädagogische Konzepte und Projekte, Stimme und Achtsamkeit.

Schöne neue Arbeitswelt? – Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz 26. November 2012, Hannover

Die Erhaltung und Förderung der Gesundheit von Mitarbeitenden, aber auch von Führungskräften gewinnt in einer sich ständig wandelnden und schneller werdenden Arbeitswelt zunehmend an Bedeutung. Dabei zeigt sich in den letzten Jahren insbesondere eine hohe Relevanz der psychischen Gesundheit. Die Veranstaltung beschäftigt sich deshalb u.a. mit den Fragen: Welche Bedeutung hat die psychische Gesundheit für die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten? Welche Wege gibt es, die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz zu fördern und zu stärken? Diese und ähnliche Fragen werden vormittags mit verschiedenen Vorträgen beleuchtet und diskutiert. Foren am Nachmittag bieten dann die Möglichkeit, sich vertiefend mit den Themen »Führung und psychische Gesundheit«, »Burnout – Modediagnose oder Handlungsfeld?« oder »Selbstmanagement und Achtsamkeit« auseinanderzusetzen. Die Tagung findet in Kooperation mit der AOK Niedersachsen statt.

XXII. Nds. Suchtkonferenz – SUCHT ZUHAUSE? – Familien und Sucht – Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten 28. November 2012, Hannover

Suchterkrankungen sind kein Phänomen von alleinlebenden oder kinderlosen Personen. Sucht macht vor Familien keinen Halt. Jedes siebte Kind unter 18 Jahren wächst in Deutschland in einer suchtbelasteten Familie auf. Diese Zahl umfasst Eltern, die von illegalen Suchtmitteln und von Alkohol abhängig sind. Eltern mit Verhaltensstörungen sind hier noch nicht mitgezählt. Suchtbelastete Familien sind häufig multiplen Problemlagen ausgesetzt. Die XXII. Niedersächsische Suchtkonferenz wird das Spannungsfeld Sucht und Familie mit seinen Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten beleuchten. Sowohl Ergebnisse der Wissenschaft als auch Beispiele aus der Praxis geben einen Einblick in aktuelle Erkenntnisse und die Arbeit mit suchtbelasteten Familien.

VORSCHAU

Gut beraten in Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten 10.01.2013, Hannover

Männergesundheit als Herausforderung für Prävention und Gesundheitsversorgung, 29.01.2013, Berlin

Kita Tagung: Früh übt sich ... Ich und die anderen – Respekt – Entwicklung und Ressourcen 21.02.2013, Hannover

IMPRESSUM



» Herausgeberin: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: (05 11) 3 50 55 95

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» ISSN: 1438-6666

» V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

» Redaktion: Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Mareike Claus, Sven Brandes, Sabine Erven, Sandra Exner, Birte Gebhardt, Anne Hinneburg, Angelika Maasberg, Reza Mazhari-Motlagh, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Stephanie Schluck, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Nicole Tempel, Marcus Wächter, Veronika Weithe, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

» Beiträge: Thomas Altgeld, Delia Balzer, Knut Böhlcke, Mag. Dr. Rainer Christ, Dr. Janina Curbach, Timo Fichtner, Beate Fischer, Dr. Marco Franze, Christoph Gilles, Annika Gottschling, Prof. Dr. Eberhard Göpel, Frederick Groeger-Roth, Amanda Groschke, Wolfgang Hoffmann, Elke Jumpertz, Prof. Dr. Jörg Knieling, Prof. Dr. med. Julika Loss, Dr. med. Reinhardt Lüer, Prof. Dr. Christoph Menzel, Mag. Christa Peinhaupt, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Katja Säwert, Manuela Schade, Tanja Schäfers, Karin Schreiner-Kürten, Rainer Schubert, Martin Schumacher, Volker Sonneborn, Gabriele Steffen, Dr. Harald Strippel, Joachim Südmark, Dr. Volker Wanek, Prof. Dr. Rotraut Weeber, Dr. Claus Weth, Bruni Windmann

» Redaktionsschluss: Ausgabe Nr. 77: 05.11.2012

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

» Auflage: 8.500

» Gestaltung: Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» Druck: Interdruck Berger & Herrmann GmbH

» Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

» Titelfoto: © MIM - Fotolia.com

» Fotos: S. 6 Wikipedia © Missy Wegner, S. 23 Wikipedia © Norbert Schnitzler, S. 25 ctc-info.de, sonst Fotolia.com: © iofoto, aerogondo, buchachon, hans klein, ArTo, Gorilla, Alexander Raths, Kai Krueger, Uwe Annas, fotomek, danielschoenen, hans klein, Yantra, D. Ott, danielschoenen, StefanieB., Robert Kneschke, Christian Schwier, contrastwerkstatt, Igor Mojzes, Kzenon, Alexander Tarasov, Shmel, beerfan, Anatolij Samara

04.10.2012 » 6. Runder Tisch der LINGA: Niedersachsen bewegt sich, Hildesheim, Kontakt: Landesinitiative Niedersachsen

Generationengerechter Alltag (LINGA), Delia Balzer, Tel.: (05 31) 88 52-21 27, www.linga-online.de

13.10.2012 » 16. Niedersächsisches Ernährungsforum 2012, Von Anfang an gesund ins Leben? Präventionspotentiale in Schwangerschaft, Stillzeit und im ersten Lebensjahr, Hannover, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Sektion Niedersachsen, Helga Strube, Tel.: (05 11) 3 80 24 66, E-Mail: strube@dge-niedersachsen.de

17.10.2012 » Wohnungspolitischer Kongress 2012 » Wohnen, arbeiten, leben – die neue Attraktivität der Stadt«, Hannover, Kontakt: Investitions- und Förderbank Niedersachsen – NBank, Enterprise Europe Network, Günther-Wagner-Allee 12–16, 30177 Hannover

18.10.2012 » 5. Niedersächsischer Fachtag Wohnen im Alter »Neue Technik für das selbstständige Wohnen«, Hildesheim, Kontakt: Niedersachsenbüro »Neues Wohnen im Alter«, Tel.: (05 11) 3 88 28 96, www.neues-wohnen-nds.de

04.–06.10.2012 » DGSP Jubiläumskongress Sportmedizin im Wandel – Wandel durch Sportmedizin, Berlin, Kontakt: comed GmbH Tagungen – Kongresse – Events, Frau D. Palmisano, Rolandstraße 63, 50677 Köln, Tel.: (02 21) 8 01 10 00, Fax: (02 21) 80 11 00 29, E-Mail: d.palmisano@comed-kongresse.de

10.10.2012 » Zukunft Prävention 2012 – Alter(n), was geht? Länger gesund im Job, Berlin, Kontakt: Ann Hillig, Tel.: (0 30) 2 30 80 96 01, Fax: (0 30) 2 30 80 99 55, E-Mail: info@zukunft-praevention.de, www.zukunft-praevention.de

10.–13.10.2012 » REHA Care International 2012, Düsseldorf, Kontakt: Düsseldorf Congress Veranstaltungsgesellschaft mbH, Petra Schröder und Silke Kirstein, Stockumer Kirchstraße 61, 40474 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 4 56 09 82, Fax: (02 11) 45 60 85 44, www.rehacare.de

11.–12.10.2012 » 11. Europäischer Gesundheitskongress, München, Kontakt: Viktoria Schnitzhofer, Landsberger Str. 155, 80687 München, Tel.: (0 89) 54 82 34 50, Fax: (0 89) 54 82 34 43, E-Mail: info@gesundheitskongress.de, www.gesundheitskongress.de

12.–13.10.2012 » Seelische Gesundheit und Migration, Berlin, Kontakt: Mike Mösko, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Martinstraße 52 (Haus W26), 20246 Hamburg, Tel.: (0 40) 7 41 05 97 43, E-Mail: [mmosko@uke.de](mailto:momosko@uke.de), www.segemi.de

16.–18.10.2012 » Arbeitsschutz aktuell Präventionsforum – Fachmesse und Kongress für Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz, Augsburg, Kontakt: Elvira Freier, Tel.: (07 21) 93 13 37 20, Fax: (07 21) 93 13 37 10, E-Mail: efreier@hinte-messe.de, www.arbeitsschutz-aktuell.de

17.–20.10.2012 » Deutscher Schmerzkongress 2012, Mannheim, Kontakt: Manon Waas, Tel.: (06 21) 4 10 61 02, Fax: (06 21) 4 10 68 01 02, E-Mail: manon.waas@mcon-mannheim.de, www.schmerzkongress2012.de

18.10.2012 » 2. Coburger Health Café »Miteinander aktiv älter werden – Impulse für Freizeit, Bildung und Kommune«, Coburg, Kontakt: Annkatrin Bütterich, Friedrich-Streib-Straße 2, 96450 Coburg, E-Mail: iag@hs-coburg.de, www.hs-coburg.de

19.10.2012 » 5. Norddeutscher Wohn-Pflege-Tag »In guter Gesellschaft« Bürgerschaftliches Engagement im Wohnquartier, Hamburg, Kontakt: Albertinen-Akademie, Petra Roepert, Sellhopsweg 18–22, 22459 Hamburg, Tel.: (0 40) 55 81 17 76, Fax: (0 40) 55 81 17 77, E-Mail: petra.roepert@albertinen.de

23.10.2012 » 9. Katholische Krankenhaustag, Regensburg, Kontakt: Geschäftsstelle, Ostengasse 27, 93047 Regensburg, Tel.: (09 41) 56 96 39, Fax: (09 41) 56 96 99, E-Mail: info@kkvb.de, www.kkvb.de

25.10.2012 » Perspektiven der Prävention von Adipositas in Deutschland – Möglichkeiten und Grenzen, Berlin, Kontakt: Kompetenznetz Adipositas, Dr. Christina Holzapfel, Technische Universität München, Georg-Brauchle Ring 60/62, 80992 München, E-Mail: christina.holzapfel@tum.de, www.kompetenznetz-adipositas.de

25.–26.10.2012 » 3. Nationalen Fachkongress Telemedizin, Berlin, Kontakt: MCALL GmbH Marketing & Vertrieb, Rhinstraße 84, 12681 Berlin, Tel.: (0 30) 55 15 69 62, Fax: (0 30) 55 15 69 63, E-Mail: info@mcall-gmbh.de, www.mcall-gmbh.de

26.–27.10.2012 » 10. Gesundheitspflege-Kongress, Hamburg, Kontakt: Andrea Tauchert, Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Tel.: (0 30) 8 27 87 55 10, Fax: (030) 8 27 87 55 11, E-Mail: andrea.tauchert@springer.com, www.heilberufe-online.de

01.–02.11.2012 » FRAUNHOFER Innovationsforum Demografie + Gesundheitsressourcen Individualität. Vitalität. Qualität, Leipzig, Kontakt: event lab. GmbH, Dufourstraße 15, 04107 Leipzig, Tel.: (03 41) 24 05 96 72, Fax: (03 41) 24 05 96 51, E-Mail: info@age-plus-health.eu, www.age-plus-health.eu

02.–04.11.2012 » Suizidprävention – eine Herausforderung für die Gesellschaft, Rostock, Kontakt: Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband M-V e.V., Carsten Spies, Tel.: (03 85) 4 77 30 46, E-Mail: spies@dksb-mv.de, www.pa-gesundheit.de

05.–06.11.2012 » »Doping in Deutschland von 1950 bis heute aus historisch-soziologischer Sicht im Kontext ethischer Legitimation«, Berlin, Kontakt: Dr. rer. nat. Carl Müller-Platz, Tel.: (02 28) 9 96 40 90 12, Fax: (02 28) 9 96 40 90 08, E-Mail: carl.mueller-platz@bisp.de, www.bisp.de

12.11.2012 » »Gesund und aktiv älter werden – Strategien für Deutschland und Europa«, Köln, Kontakt: Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., Heilsbachstraße 30, 53123 Bonn, Tel.: (02 28) 98 72 70, Fax: (02 28) 6 42 00 24, E-Mail: kongress@bvpraevention.de, www.bvpraevention.de

15.–16.11.2012 » 22. Münchner Qualitätsforum: Balance! Qualität. Sicherheit. Kosten, München, Kontakt: Städtisches Klinikum München GmbH, Thalkirchner Straße 48, 80337 München, www.klinikum-muenchen.de

16.–17.11.2012 » 7. Forum Hebammenarbeit, Mainz, Kontakt: MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG, Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart, Tel.: (07 11) 8 93 11 04, Fax: (07 11) 8 93 13 70, E-Mail: forumhebammenarbeit@medizinverlage.de

03.12.2012 » BGW-Aktionstag »Arbeitgeber der Zukunft«, Leipzig, Kontakt: BGW Cornelia Hanich, Tel.: (07 21) 97 20 54 03, Fax: (07 21) 97 20 55 72, E-Mail: cornelia.hanich@bgw-online.de, www.bgw-online.de

03.–06.10.2012 » 15th European Health Forum Gastein, Bad Hofgastein, Österreich, Kontakt: International Forum Gastein (IFG), Tauernplatz 1, 5630 Bad Hofgastein, Tel.: (00 43) 64 32 3 39 32 70, Fax: (00 43) 64 32 3 39 32 70, E-Mail: info@ehfg.org, www.ehfg.org/de/home.html

11.10.2012 » SiOP Fachkongress: Das Krankenhaus der Zukunft, Wien, Österreich, Kontakt: Helene Fink, Tel.: (00 43) 19 97 10 07 10, E-Mail: helene.fink@wiko.cc

11.–13.10.2012 » 10. Interdisziplinäres Symposium für Simulation in der Medizin (InSiM), Nottwil, Schweiz, Kontakt: Sirmed – Schweizer Institut für Rettungsmedizin AG, Guido A. Zäch Straße 1, 6207 Nottwil, Tel.: (00 41) 41 9 39 50 50, Fax: (00 41) 41 9 39 50 51, E-Mail: info@sirmed.ch, www.insim.info/

17.–18.10.2012 » 9. Tag der Hygiene, Villach, Österreich, Kontakt: SANICADEMIA – Internationale Fortbildungsakademie für Gesundheitsberufe EWIV, Kathrin Brugger, Nikolaigasse 43, 9500 Villach, Tel.: (00 43) 42 42 2 08 39 77, E-Mail: kathrin.brunner@sanicademia.eu

26.–28.10.2012 » 4. Internationale Fortbildungsveranstaltung: Schmerz von Kopf bis Fuß, Venedig, Italien, Kontakt: Mondial Medica Reisebüro GmbH, Marina Grinberg, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Tel.: (00 43) 14 02 40 61 0, Fax: (00 43) 14 02 40 61 20, E-Mail: grinberg@mondial.at

08.–10.11.2012 » Mozart & Science 2012: Musik in Medizin und Therapie, Krems, Österreich, Kontakt: IMC Fachhochschule Krems, Ines Anibas, Tel.: (00 43) 27 32 80 25 05, E-Mail: ines.anibas@fh-krems.ac.at

Wenn Sie den Newsletter regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie ihn bitte unter Angabe der Bezugsart (per E-Mail als PDF oder per Post als Druckexemplar) bei folgender E-Mail-Adresse: info@gesundheit-nds.de