

91 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

Das Präventionsgesetz

und seine Perspektiven



EDITORIAL » Vor etwas mehr als einem Jahr, am 18. Juni 2015, hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention verabschiedet. Die Umsetzung ist mit Hochdruck auf allen Ebenen in vollem Gange: Die Nationale Präventionskonferenz hat sich konstituiert, die Bundesrahmenempfehlungen wurden verabschiedet, drei Landesrahmenvereinbarungen sind schon unterzeichnet genauso wie der Vertrag zwischen GKV-Spitzenverband und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Auf allen Ebenen merkt man, dass tatsächlich mehr Geld im System ist: 500 Millionen für Prävention und Gesundheitsförderung werden die gesetzlichen Krankenkassen sicher und fast schon locker in 2016 ausgeben.

Wir wollen mit dieser Ausgabe ein erstes Resümee ziehen und lassen deshalb einerseits alle relevanten Akteure zu Wort kommen, unter anderem Ministerien, GKV-Spitzenverband, Kommunen sowie Wissenschaft, und beleuchten andererseits zentrale Handlungsfelder des Gesetzes wie gesundheitsfördernde Settingarbeit, das Setting Pflege und auch das Thema Geschlechtergerechtigkeit. Zum Abschluss des Schwerpunktteils fragen wir uns, ob damit im vierten Anlauf alles gut geworden ist, und werfen einen Blick auf andere Strategien in Europa. Das vorläufige Fazit aller Artikel ist verhalten optimistisch, gleichzeitig aber nicht unkritisch, was zum Beispiel die Einzelaktivitäten von Einzelkassen in Bildungssettings oder die Relevanz von Geschlechterfragen angeht.

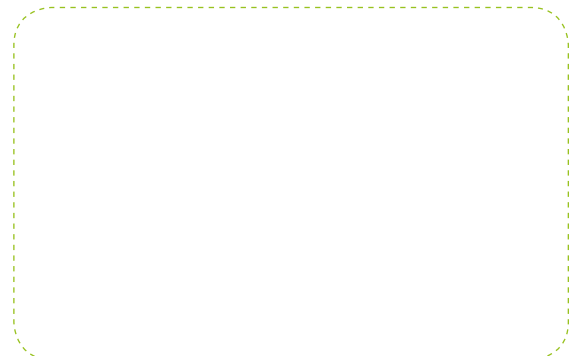
Außerdem setzen wir in diesem Heft die Sonderseite zum 30-jährigen Jubiläum der Verabschiedung der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation fort, berichten über den neuen Landespsychiatrieplan in Niedersachsen und die Ausschreibung des niedersächsischen Gesundheitspreises. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Identität und Gesundheit(sverhalten)« (Redaktionsschluss 12.08.2016) und »Natur – Bildung – Gesundheit« (Redaktionsschluss 04.11.2016). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit Feedback zu dieser Ausgabe und verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen!

Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Das Präventionsgesetz – Motor für die Gesundheit	02
Chancen und Grenzen des Präventionsgesetzes	03
Das Präventionsgesetz – Aufgaben für die GKV	04
Umsetzung des Präventionsgesetzes in Niedersachsen	06
Das Präventionsgesetz und der Settingansatz	07
Setting Pflege – Prävention in Altenpflegeeinrichtungen	08
Geschlechtergerechtigkeit trifft Präventionsgesetz	09
Das Präventionsgesetz und BGM	10
Im vierten Anlauf endlich alles gut?.....	11
Prävention und Gesundheitsförderung in Europa: Ein Überblick ..	12
Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen	14
Gesund leben lernen (Gll) als Modell	16
Das Präventionsgesetz und die Jugendzahnpflege	16
Gesundheitsförderung aus pädagogischer Perspektive	17
Zanzu – das multilinguale Webportal	18
Fachtag Gesundheit Männer!	19
Erster Landespsychiatrieplan für Niedersachsen	20
Ausschreibung des 6. Niedersächsischen Gesundheitspreises	21
Neustart der LVG Bremen in Zusammenarbeit mit der LVG & AFS ..	21
Präventionsgesetz in Thüringen	22
Die Rolle der Senioren- und Pflegestützpunkte im Projekt Fidem ..	23
Bücher, Medien	24
Termine LVG & AFS	29
Impressum	31
Termine	32





REGINA KRAUSHAAR

Das Präventionsgesetz – Motor für eine nachhaltige Förderung der Gesundheit

Die Koalition aus CDU, CSU und SPD räumt den Themen Gesundheitsförderung und Prävention einen sehr hohen Stellenwert ein. Ein zentrales Vorhaben in diesem Themenbereich ist das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). Nachdem der Regierungsentwurf für das Präventionsgesetz bereits im Jahr 2014 vorgelegt wurde, ist das Gesetz nun am 25. Juli 2015 in Kraft getreten. Das Präventionsgesetz setzt dabei ganz klar auf die Verantwortung der unterschiedlichen Akteure im föderalen Gesundheitssystem und im gegliederten System der sozialen Sicherung und weist ihnen Aufgaben innerhalb der Gesetzgebungskompetenz des Bundes zu. Darüber hinaus war es jedoch dringend erforderlich, dass Gesundheitsförderung und Prävention endlich als gemeinsame Aufgabe aller Sozialversicherungsträger gesehen und geleistet werden. Hier schafft das Gesetz die strukturellen Voraussetzungen und fördert so die Zusammenarbeit der maßgeblichen Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie der privaten Krankenversicherungen. Und auch fachlich hat das Gesetz »Position« bezogen: Gesundheitsförderung und Prävention, Verhaltens- und Verhältnisprävention sind gleichermaßen wichtig und stehen nicht in Konkurrenz zueinander. Alle diesbezüglichen Aktivitäten sind für ein gesundes Leben notwendig. Sie ergänzen sich und verfolgen dasselbe Ziel. Daraus ergibt sich auch die »Reichweite« für das Gesetz. Mit den unterschiedlichsten Maßnahmen, die passgenau beim Einzelnen und in den Lebenswelten wirken sollen, sind grundsätzlich alle Menschen erreichbar, egal wie alt sie sind und wie sie ihr Leben gestalten. Deshalb sind Gesundheitsförderung und Prävention als definierte Aufgaben finanziell und strukturell so gestaltet worden, dass sie zur Verminderung chronischer und lebensstilbedingter Krankheiten beitragen können. Der Gesetzgeber will also Gesundheit stärken und mit dazu beitragen, dass Menschen nicht nur älter werden, sondern dies mit einem Mehr an gesunden Lebensjahren werden können – insbesondere auch diejenigen, die sozial benachteiligt sind.

Lebensweltansatz als Schwerpunkt

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den Präventionsaktivitäten der Krankenkassen der vergangenen Jahre – vergleichsweise hohe Ausgaben im Bereich der Verhaltensprävention und geringe Ausgaben für Maßnahmen in den Lebenswelten – wurde im Gesetz der Lebensweltansatz als Schwerpunkt gewählt. Gesundheitsförderung und Prävention sollen im Alltag der Menschen stattfinden, also beispielsweise in Kindertagesstätten, Schulen, Kommunen, in Betrieben und auch in Pflegeeinrichtungen. Um diesem Ansatz die entsprechende rechtliche Bedeutung zu geben, erhielt er mit dem Präventionsgesetz erstmals eine eigene Vorschrift. Diese macht deutlich, dass es nicht nur um Leistungen in den Lebenswelten geht, sondern um eine gesundheitsförderliche Veränderung der Lebenswelten selbst. Gleichwohl ist ein Erfolg der Prävention in Lebenswelten wesentlich von den Rahmenbedingungen abhängig, die die Umsetzung begleiten. Deshalb hat der Gesetzgeber weitere Regelungen vorgesehen. So werden beispielsweise durch die Nationale Präventionskonferenz bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen erarbeitet und in regelmäßigen Abständen aktualisiert, die Grundlage für die – deutlich verbindlicheren – Landesrahmenvereinbarungen sind. Der Lebensweltansatz wird darüber hinaus durch die Erhöhung und Steuerung der Ausgaben der Krankenkassen für diese Leistungen gestärkt. Nicht zuletzt hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Krankenkassen insbesondere bei der Entwicklung von krankenkassenübergreifenden Maßnahmen und deren Qualitätssicherung unterstützt. Denn gerade in den Lebenswelten ist es von grundlegender Bedeutung, dass die Krankenkassen sich abstimmen, gemein-

GESETZ ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND DER PRÄVENTION (PräVG) – ZENTRALE INHALTE

- » Vom Bundestag im Juni 2015 verabschiedet, vom Bundesrat im Juli 2015 verabschiedet. Im Januar 2016 Änderungen der finanziellen Ausstattung
- » Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Kommunen, Betriebe und Pflegeeinrichtungen
- » Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung, engere Verzahnung mit dem Arbeitsschutz und besserer Zugang für kleine und mittelständische Unternehmen
- » Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen
- » Förderung des Impfwesens
- » Einbeziehung der Pflegeversicherung bei gesundheitsfördernden Maßnahmen in Pflegeheimen
- » Erhöhung der finanziellen Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe
- » Krankenkassen sollen alle Leistungen geschlechtergerecht ausgestalten

sam agieren und die Qualität der Leistungen in den Lebenswelten gemeinsam fortentwickeln. Die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zieht sich wie ein roter Faden durch das Gesetz.

Nationale Präventionsstrategie

Wichtig ist auch folgender Aspekt: Es geht dem Gesetzgeber nicht nur um ein Mehr an Präventionsangeboten. Gerade die Krankenkassen haben in den vergangenen Jahren gute und qualitätsgesicherte Angebote entwickelt. Es fehlt an Kooperation, Koordination und einer zielgerichteten Weiterentwicklung der Angebote. Erstmals wird es in Deutschland eine an gemeinsamen Zielen ausgerichtete nationale Präventionsstrategie und ein konzertiertes Vorgehen geben, an deren Abstimmung alle Verantwortlichen der Gesundheitsförderung und der Prävention beteiligt sind. Dadurch werden Ressourcen gebündelt und Aktivitäten in die und in den Lebenswelten gesteuert. Nur verlässliche und nachhaltige Strukturen sind dazu geeignet, die Menschen in ihren Lebenswelten zu erreichen und die Wirkungen zu erzielen, die Wissenschaft und Praxis als relevant für die Gesundheit(sförderung) einschätzen.

Wie hat das Präventionsgesetz bisher in die Praxis gewirkt?

Im Oktober 2015 hat sich die Nationale Präventionskonferenz konstituiert. Sie wird von den Spitzenorganisationen der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung und der privaten Krankenversicherung getragen. Vier Monate später, im Februar 2016, wurden die ersten trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen zu Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten verabschiedet. Die Länder entwickeln im Moment eigene Landesrahmenvereinbarungen für die regional spezifischen Ziele und Maßnahmen der Prävention in Lebenswelten. Dabei ist es sehr wichtig, dass die Vereinbarungen gemeinsam mit den Akteuren vor Ort umgesetzt werden. Darin liegt noch einmal ein ganzes Stück Arbeit. Wir wissen, dass sich viele Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention – Vereine, Verbände, Träger von Angeboten – eine Kooperation auf Augenhöhe wünschen. Bei naturgemäß nicht immer deckungsgleichen Interessen der verschiedenen Akteure braucht es Geduld, Respekt und das Wissen um die Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Partnerinnen und Partner. Und idealerweise fließen die gewonnenen praktischen Erfahrungen einer gedeihlichen Zusammenarbeit in die Fortentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen und Landesrahmenvereinbarungen ein. So könnten sie zu gesundheitlichen Verbesserungen im Lebensalltag der Menschen führen. Gelingt uns dies gemeinsam, dann können wir in Deutschland von einer gelebten Präventionsstrategie sprechen, die »Motor für eine nachhaltige Förderung der Gesundheit« sein wird.

Ausblick

Die Erwartungen an das Präventionsgesetz waren und sind sehr hoch. Die Architektur des Gesetzes will diese Erwartungen erfüllen. Nun ist die Umsetzung an der Reihe. Alle, die Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung tragen, sollen nun – um im Bild zu bleiben – das Haus mit Leben erfüllen.

Literatur bei der Verfasserin

REGINA KRAUSHAAR, Bundesministerium für Gesundheit, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin, E-Mail: Regina.Kraushaar@bmg.bund.de

THOMAS GERLINGER

Chancen und Grenzen des Präventionsgesetzes

Das Präventionsgesetz zielt darauf, das Handeln der Akteure in Prävention und Gesundheitsförderung besser zu koordinieren und damit die Wirksamkeit der Interventionen zu verbessern. Hintergrund sind die seit langem existierenden und bekannten Mängel der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Außerdem werden die für Primärprävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellten Mittel deutlich erhöht. Nachdem das Gesetz am 1. Januar 2016 finanziell wirksam geworden ist, schließt sich die Frage an, welche Grenzen und Möglichkeiten sich bei der Umsetzung der neuen Bestimmungen ergeben.

Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe?

Beim Blick auf die Grenzen fällt vor allem auf, dass das Präventionsgesetz Gesundheit nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe fasst. Seine Hauptadressaten sind die gesetzlichen Krankenkassen, die für Primärprävention und Gesundheitsförderung stärker in die Pflicht genommen werden. Dies ist aus zwei Gründen problematisch. Erstens werden die Präventionspotenziale anderer Institutionen und damit die Chancen eines umfassend abgestimmten Präventionshandelns nur ansatzweise genutzt. Weder Bund oder Länder noch andere Sozialversicherungsträger neben der gesetzlichen Krankenversicherung oder die private Krankenversicherung werden mit dem Präventionsgesetz stärker zur Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung herangezogen. Zweitens weist es mit den Krankenkassen jenen Akteuren eine Schlüsselrolle zu, deren Eignung für ein wirksames Handeln auf diesem Politikfeld zu Recht des Öfteren bezweifelt wird, weil sie aus Wettbewerbsgründen ein starkes Interesse an Maßnahmen der verhaltensbezogenen Prävention primär für Gesunde oder Gesundheitsbewusste haben und aus diesem Grund an einer Prävention durch Gestaltung von Lebenswelten nur begrenzt interessiert sind. Allerdings beinhaltet das Gesetz auch Instrumente, die der Erzielung von Wettbewerbsvorteilen Grenzen setzen sollen. Dazu zählen zum Beispiel die Festschreibung von Mindestausgaben für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten (zwei Euro je Versicherter / Versichertem und Jahr) oder die Verpflichtung, bei der Förderung der Selbsthilfe mindestens die Hälfte der auszugebenden Mittel für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsprojekte zu verwenden. Ungeachtet dessen lässt das Präventionsgesetz aber erhebliche Spielräume für im Allgemeinen nicht sonderlich wirksame Projekte einer rein individuellen Verhaltensprävention.

Stellenwert der Verhältnisprävention

Letzteres verweist auf ein weiteres Manko des Gesetzes: Es mangelt ihm an eindeutigen Vorgaben für den Stellenwert der Verhältnisprävention beziehungsweise ihrer Verknüpfung mit verhaltenspräventiven Maßnahmen. Zwar gibt es den Krankenkassen vor, bei der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und in der betrieblichen Gesundheitsförderung »insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen« zu fördern (§ 20a Abs. 1 und § 20b Abs. 1 SGB V). Zugleich scheint es Lebenswelten aber eher als Räume zu verstehen, in denen Präventionsbotschaften vermittelt werden (»Prävention und Gesundheits-

FINANZIERUNG

- » Krankenkassen: Die Aufwendungen für Prävention und Gesundheitsförderung steigen von 3,09 Euro auf 7 Euro pro Versichertem / Versicherter

IM EINZELNEN:

- » 2 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung
- » 2 Euro für Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Settings (davon 0,45 Euro für die BZgA)
- » Gesundheitliche Selbsthilfe: 1,64 Euro statt bisher 1,05 Euro pro Versicherter / Versichertem
- » Pflegekassen: 21 Millionen Euro für Unterstützung gesundheitsfördernder Verhältnisse in Pflegeeinrichtungen

förderung in Lebenswelten« – § 20a Abs. 1 SGB V), denn als Räume, die selbst der Veränderung bedürfen. In die Richtung einer verhaltensbezogenen Präventionspolitik weist auch die weitere Aufwertung von Ärztinnen und Ärzten. Diese können künftig Bescheinigungen ausstellen, in denen sie Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention empfehlen, die von den Krankenkassen bei der Gewährung von Leistungen berücksichtigt werden können.

Umfang der finanziellen Mittel

Schließlich ist auch darauf hinzuweisen, dass trotz einer deutlichen relativen Anhebung (von rund 300 Millionen im Jahr 2014 auf rund 500 Millionen im Jahr 2016) der absolute Umfang der Mittel für Primärprävention und Gesundheitsförderung gering bleibt. Nur ein sehr kleiner Teil der Gesamtbevölkerung beziehungsweise der Risikogruppen wird damit erreicht werden können. Von weit größerer Bedeutung für die Bevölkerungsgesundheit werden auch künftig die jenseits des Präventionsgesetzes liegenden Handlungsfelder sein, wie etwa die betriebliche Gesundheitspolitik, hier insbesondere der Arbeits- und Gesundheitsschutz oder der Umweltschutz.

Rahmenvereinbarungen und Gestaltungsmöglichkeiten der Akteure

Die Wirkung des Präventionsgesetzes wird stark davon abhängen, wie der neue rechtliche Rahmen ausgefüllt wird. Die zur Etablierung einer nationalen Präventionsstrategie (einschließlich der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene) geschaffenen Strukturen bieten in der Tat Möglichkeiten zu einer besseren Zielorientierung und Handlungskoordination in der Präventionspolitik. Wenn zum Beispiel bei der Festlegung von Zielen der nationalen Präventionsstrategie die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie berücksichtigt oder bei der Entwicklung von Rahmenempfehlungen auf Landesebene die für den Arbeitsschutz zuständigen Behörden beteiligt werden müssen, erweitern sich die Möglichkeiten, die betriebliche Gesundheitsförderung stärker mit dem Arbeitsschutz zu verknüpfen. Möglicherweise trägt die Beteiligung anderer Akteure auf Bundes- und Landesebene (wie Sozialversicherungsträger und Kommunen) an der Entwicklung und Umsetzung einer nationalen Präventionsstrategie auch dazu bei, den Bestrebungen von Krankenkassen zur Indienstnahme der Primärprävention und Gesundheitsförderung für ihre Wettbewerbsziele Grenzen zu setzen.

Darüber hinaus sollte bei aller Kritik an der fehlenden Eindeutigkeit mancher Vorgaben nicht übersehen werden, dass die Unbestimmtheit gesetzlicher Bestimmungen einschließlich der Mindestvorgaben (zum Beispiel mindestens zwei Euro für Setting-Projekte) auch Chancen dafür bietet, im Zuge der Umsetzung solche Schritte zu beschließen, die im Sinne einer nachhaltigen, auf die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten gerichteten Praxis sind. Wie stark etwa das Ziel einer Verringerung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen gewichtet wird, in welchem Umfang integrierte, die Wechselwirkung von Verhältnis- und Verhaltensprävention berücksichtigende Projekte der Veränderung von Lebenswelten gefördert werden und welchen Stellenwert partizipative Handlungsstrategien letztlich erhalten, ist auch abhängig vom Handeln der Akteure bei der Umsetzung des Gesetzes. Hier sind alle Akteure gefordert, denen an einer nachhaltigen sozialen Präventionspolitik gelegen ist.

Abschließende Betrachtung

Ein besseres Gesetz wäre wünschenswert, notwendig und möglich gewesen, aber der Handlungsrahmen hat sich durch das Präventionsgesetz auch nicht verschlechtert, sondern verbessert. Es gilt nun, Anstrengungen auf die Ausgestaltung dieses Rahmens im Sinne einer modernen Präventionspolitik zu legen, freilich ohne das Engagement für einen geeigneteren rechtlichen Rahmen aufzugeben.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. THOMAS GERLINGER, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universitätsstraße 25, 33501 Bielefeld, E-Mail: Thomas.Gerlinger@uni-bielefeld.de

MONIKA KÜCKING

Das Präventionsgesetz – Aufgaben für die GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erhält mit dem Präventionsgesetz eine Fülle neuer Aufgaben. Die Mehrzahl der gesetzlichen Neuregelungen betrifft das Krankenversicherungsrecht, also das Sozialgesetzbuch (SGB) V. In den anderen Sozialgesetzbüchern werden jeweils nur einige wenige Paragraphen, und diese meist auch nur geringfügig, geändert. Die Erweiterungen im SGB V beinhalten neben Aufträgen an die Krankenkassen und ihre Verbände auch die Schaffung neuer Strukturen für eine Sozialversicherungsträger übergreifende Zusammenarbeit, auch mit weiteren Partnerinnen und Partnern auf Bundes- und Landesebene.

Nationale Präventionskonferenz und Bundesrahmenempfehlungen

Der GKV-Spitzenverband hat nach der Verabschiedung des Gesetzes gemeinsam mit den gesetzlichen Spitzenorganisationen von Unfall- und Rentenversicherung die Arbeiten zur Konstituierung der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) aufgenommen. Dieses Koordinations- und Abstimmungsgremium der wichtigsten Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung hat am 26. Oktober 2015 erstmals getagt und nach Abschluss aller gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsprozesse am 19. Februar 2016 die ersten Bundesrahmenempfehlungen zur lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung mit gemeinsamen Zielen, Zielgruppen, Hand-

lungsfeldern, zu beteiligten Organisationen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten einstimmig verabschiedet. Damit liegen erstmals trägerübergreifend konsentrierte Grundlagen für das Gesundheitsförderungs- und Präventionsengagement der Sozialversicherungsträger in Feldern mit gemeinsamer Verantwortung vor. Die am Lebenslauf orientierten Ziele der Bundesrahmenempfehlungen decken alle Lebenswelten und Zielgruppen ab; herausgestellt wird die besondere Bedeutung der Lebenswelt »Kommune«, die die übrigen Lebenswelten umgreift und darüber hinaus politische Gestaltungskompetenz für ihr Gebiet besitzt. Die Bundesrahmenempfehlungen sollen dazu beitragen, aufbauend auf einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung und Steuerungsstruktur die Aktivitäten insbesondere auf Lebenswelten mit einem überproportionalen Anteil von Menschen mit sozialbedingt ungünstigeren Gesundheitschancen zu konzentrieren. Auf Landesebene werden derzeit konkretisierend zu den Bundesrahmenempfehlungen und unter Berücksichtigung landesspezifischer Bedarfe Landesrahmenvereinbarungen zwischen den Sozialversicherungsträgern im Land und den zuständigen Landesministerien – mit Beitrittsmöglichkeit für die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene, für die Bundesagentur für Arbeit und für weitere Partnerinnen und Partner – erarbeitet.

GKV-Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung

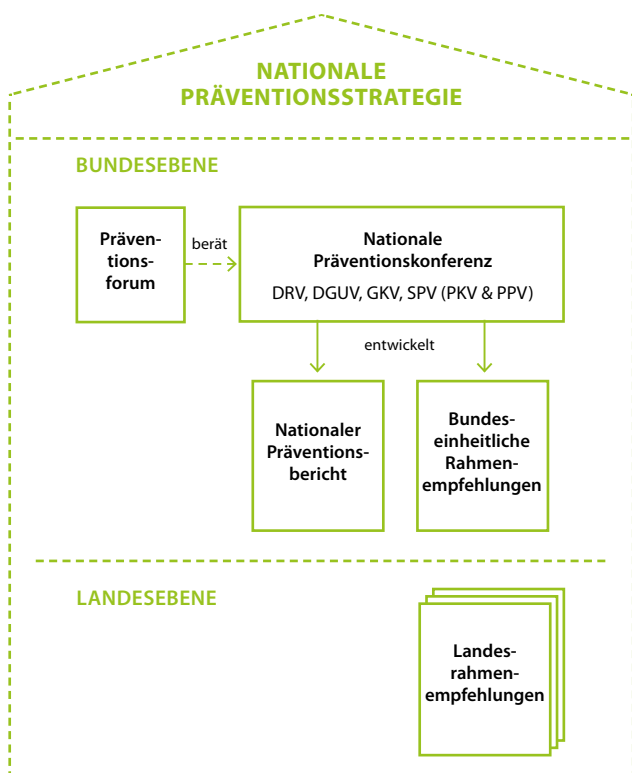
Das Präventionsgesetz verankert das lebensweltbezogene Engagement der Krankenkassen in Prävention und Gesundheitsförderung explizit im SGB V; methodisch knüpft das Gesetz dabei an das bereits jetzt im GKV-Leitfaden Prävention enthaltene Verständnis des Setting-Ansatzes als einen systematischen Lernzyklus mit partizipativer Mitwirkung der Zielgruppe(n) und Lebenswelt-Verantwortlichen an, wie es für die betriebliche Gesundheitsförderung bereits gesetzlich normiert war. Für die Prävention und Gesundheitsförderung in betrieblichen und nichtbetrieblichen Lebenswelten zusammen werden die Krankenkassen ihre Ausgaben von derzeit



rund 100 auf zusammen 284 Millionen Euro ausweiten. Für eine GKV-Förderung müssen Träger von Lebenswelten außer der Bereitschaft zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Interventionen stets auch eine angemessene Eigenleistung einbringen. Ferner erhält der GKV-Spitzenverband weitere den Leitfaden Prävention betreffende Aufgaben zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der erbrachten Leistungen. Einheitliche Maßstäbe für eine Zertifizierung individueller Präventionsleistungen, die Vorgabe von Evaluationsstandards und die Ausrichtung dieses Leitfadens auf die aktuelle Evidenz in den Gesundheitswissenschaften (von der Arbeitsmedizin bis zur Sportwissenschaft) sind hier Stichworte. Die GKV hatte bereits vor dem Präventionsgesetz viele der jetzt gesetzlich verlangten Qualitätsanforderungen mit empfehlendem Charakter auf freiwilliger Basis entwickelt.

BZgA-Beauftragung

Im Unterschied zu gescheiterten früheren Gesetzesanläufen wahrt das Präventionsgesetz in der Regel die Trägerautonomie in der Leistungserbringung, so dass den finanzierenden Stellen auch die Entscheidung über die Ausgestaltung der Leistung verbleibt und die Verantwortlichkeiten unterschiedlicher Träger nicht miteinander vermischt werden. Eine gravierende Ausnahme hiervon stellt die Vorschrift zur Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durch den GKV-Spitzenverband (§ 20a Abs. 3 und 4 SGB V) dar. Hiernach hat der GKV-Spitzenverband die BZgA mit der Entwicklung, Implementation und Evaluation von kassenübergreifenden Leistungen in Lebenswelten hinsichtlich der Art und Qualität zu beauftragen. Obwohl klar als Auftraggeber-Auftragnehmer-Verhältnis deklariert, entsteht auch bei Nichtzustandekommen einer Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband dennoch ein pauschaler Förderanspruch der BZgA in Höhe von ca. 32 Millionen Euro. Der GKV-Spitzenverband hat dagegen Klage mit dem Ziel eingereicht, die Verfassungsmäßigkeit dieser Regelung prüfen zu lassen. Aus Sicht der GKV verstößt die gesetzliche Konstruktion gegen das Gebot der eigenverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung der Sozialversicherungsträger im Rahmen von Art. 87 Abs. 2 Grundgesetz, das eine Trennung der selbstverwalteten Sozialversicherung von der Staatsverwaltung verlangt. Die Klage richtet sich nicht gegen die Zielsetzung, mehr Prävention in den Lebenswelten durchzuführen. Daher wird der GKV-Spitzenverband die BZgA insbesondere mit Aufgaben zur Prävention und Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Zielgruppen beauftragen. Die Aufträge beinhalten einen Ausbau der Koordinierungsstellen des »Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit« sowie die Entwicklung und Er-



probung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für vulnerable Zielgruppen, wie zum Beispiel Menschen mit Migrationshintergrund, mit Behinderungen und Alleinerziehende. Das bisherige Modellprojekt von GKV und Bundesagentur für Arbeit zur Verschränkung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung wird inhaltlich zusammen weiterentwickelt und auf mehr Standorte, auch solche mit kommunalen Trägern der Grundsicherung, ausgeweitet.

Fazit und Perspektive

Bundesweite und landesbezogene Koordination und Abstimmung können zu einem gesellschaftlichen Mehrwert in Prävention und Gesundheitsförderung führen, indem die Beiträge unterschiedlicher verantwortlicher Akteure auf gemeinsame Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder fokussiert werden. Aber: Der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für die Prävention und Gesundheitsförderung wird die inhaltliche, finanzielle und qualitative Stärkung beinahe ausschließlich nur durch die GKV nicht gerecht. Nur wenn auch die übrigen verantwortlichen Partnerinnen und Partner ihre Beiträge für Prävention und Gesundheitsförderung maßgeblich steigern, kann das Potenzial der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung wirklich ausgeschöpft werden.

Literatur bei der Verfasserin

DR. MONIKA KÜCKING, GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin, E-Mail: monika.kuecking@gkv-spitzenverband.de

HEIDRUN KOFAHL-LANGMACK

Umsetzung des Präventionsgesetzes in Niedersachsen

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) vom 25. Juni 2015 stärkt die Basis für die Zusammenarbeit insbesondere der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen. Allein die Erhöhung der Mittel und eine Vielzahl von Aktionen verhelfen allerdings nicht zum gewünschten Erfolg für die betroffenen Menschen. Nur durch ein Zusammenwirken der verschiedenen Akteure kann aus einzelnen Leistungen eine überzeugende Gesamtleistung entstehen und damit Gesundheitsförderung und Prävention gelingen. Deshalb soll in Niedersachsen mit einer differenziert formulierten Landesrahmenvereinbarung eine tragfähige Basis für die erfolgreiche Umsetzung des PrävG geschaffen werden.

Beitrag des Landes

Das Land sieht sich im Rahmen seiner Zuständigkeiten und Möglichkeiten vor allem darin gefordert, die für die Lebenswelten zuständigen Einrichtungen und Institutionen für das Thema zu sensibilisieren und zur aktiven Gestaltung zu motivieren. Besonderer Wert wird darauf gelegt, die vorhandenen Strukturen zu nutzen und auszubauen, um gerade die regionalen Besonderheiten unseres Flächenlandes gezielt aufzugreifen. Dieser Schwerpunkt lässt sich aus den Bundesrahmeneempfehlungen (BRE) der Nationalen Präventionskonferenz zur Umsetzung des PrävG ableiten.

Bestehende Strukturen nutzen

Insoweit ist insbesondere die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) zu nennen, mit der Niedersachsen über eine gute



Grundlage bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes verfügt. Zur Aufgabe der LVG & AFS gehört satzungsgemäß, die Gesundheit der Bevölkerung in Niedersachsen zu verbessern. Zu den Mitgliedern zählen zahlreiche Einrichtungen und Institutionen aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich. Dort sind Strukturen und Netzwerke bereits ausgebildet und können für die Weiterentwicklung genutzt werden. Zu nennen ist in diesem Rahmen zum Beispiel auch die Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit, die als Kontakt- und Koordinationsstelle für soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf Landesebene fungiert und die Akteure aus dem Gesundheitswesen und anderen gesundheitsrelevanten Handlungsfeldern – zum Beispiel Jugend, Bildung, Umwelt, Soziales, Stadtentwicklung – vernetzt. Wichtige Informationen und Daten können unter anderem auch die Gesundheitsberichterstattung des Landes, der Öffentliche Gesundheitsdienst und die handlungsorientierte Sozialberichterstattung liefern.

Die Gesundheitsregionen Niedersachsen, von denen es inzwischen über dreißig auf Landkreisebene gibt, kennen die jeweiligen örtlichen Gegebenheiten und Bedürfnisse genau und können als neutrale Instanz Netzwerke und Kontakte herstellen, die Kommunikation unter den Akteuren fördern und Ideen einbringen. Sie führen Gesundheitskonferenzen, wie die BRE sie vorschlagen, bereits durch. Landesspezifische Ziele können so herausgefiltert und definiert werden. Der kommunalen Ebene ist auch nach den BRE schon deshalb ein besonderer Stellenwert beizumessen, da die gesundheitsförderliche Ausrichtung kommunaler Entscheidungen und Aktivitäten in Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren eine wichtige Rolle beim Gelingen der Gesundheitsförderung und Prävention spielt.

Ziele in Niedersachsen

Vor dem Hintergrund der bereits vorhandenen Strukturen bestehen beste Chancen, Menschen in Niedersachsen ohne Stigmatisierung in ihren Lebenswelten wie Kita, Schule, Pflegeeinrichtung, Wohnquartier und Betrieb zu erreichen. Sozial bedingte sowie geschlechtsbezogene Ungleichheiten müssen bewusst betrachtet werden, damit gleiche Gesundheitschancen geschaffen werden. Da sich Gesundheitsförderung und Prävention auf die gesamte Lebensspanne beziehen, ergeben sich folgende – aus der BRE abgeleitete – Zielstellungen:

- » Gesund aufwachsen
- » Gesund leben und arbeiten
- » Gesund älter werden.

Gemeinsame Dialoge institutionalisieren

Noch ist die Landesrahmenvereinbarung (LRV) nicht unterzeichnet, aber klar ist allen Beteiligten, dass es einen institutionalisierten, fortwährenden Dialog zwischen den Akteuren geben muss, um Gesundheitsförderung und Prävention gezielt und nachhaltig umzusetzen. Daher wird ein solches Gremium für einen regelmäßigen Dialog Inhalt der LRV werden. Auf dieser Basis können nach Abschluss der Rahmenvereinbarung rasch und effektiv erste Maßnahmen umgesetzt und gute Programme verstetigt werden. Erklärtes Ziel ist es nicht nur, über Prävention zu reden, sondern sie auch für die Betroffenen in den Lebenswelten erlebbar zu gestalten.

Ausblick

Das PräVG, auf das wir so lange gewartet haben, soll einen wirklichen Schritt nach vorn für die lebensweltbezogene Prävention bringen. Die konstruktiven Verhandlungen mit den Krankenkassen und den weiteren Beteiligten deuten darauf hin, dass das in Niedersachsen gelingen wird. Die Landesrahmenvereinbarung soll noch vor der Sommerpause zum Abschluss kommen.

Literatur bei der Verfasserin

HEIDRUN KOFAHL-LANGMACK, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Referat 403, Gustav-Bratke-Allee 2, 30169 Hannover, E-Mail: Heidrun.Kofahl-Langmack@ms.niedersachsen.de

RAIMUND GEENE

Das Präventionsgesetz und der Settingansatz

Mit dem Präventionsgesetz (PrävG) hat sich die Ausgangslage für die Umsetzung des Settingansatzes deutlich verbessert: Erheblich höhere finanzielle Mittel und das Gebot der kassenübergreifenden Leistungserbringung können helfen, die beiden zentralen Probleme der Ressourcenknappheit und der wettbewerblichen Konkurrenz von Krankenkassen zu reduzieren. Aber wieviel Settingansatz steckt wirklich im PrävG und wie kann er in die Praxis gebracht werden?

Mit dem PrävG ist der Settingansatz, bislang nur im GKV-Leitfaden beschrieben, in deutscher Übersetzung als »Gesundheitsförderung in Lebenswelten« erstmals gesetzlich geregelt. In einer sogenannten »Legaldefinition« im SGB V § 20a Absatz 1 werden Lebenswelten definiert als »für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports«, in denen »insbesondere Aufbau und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen« gefördert werden sollen. Die Krankenkassen sollen dazu »die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale [erheben] und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten [entwickeln] und deren Umsetzung« unterstützen, wobei sie nach Satz 4 »zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen« sollen.

Soweit also ein klarer Auftrag an die Kassen, deren Gestaltungsauftrag gefestigt und hinsichtlich der Zusammenarbeit konkretisiert wird.

Bundesrahmenempfehlungen

Die Umsetzung anzustoßen ist Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz. Diese hat im Februar 2016 Bundesrahmenempfehlungen (BRE) verabschiedet. Darin werden in allgemeiner Form lebenslagenbezogene Handlungsfelder umrissen. Es wird dabei an den Lebensverlaufsansatz angeknüpft, der sechs Zielbereiche benennt. Diese werden breit und unkonkret gefasst, der Großteil aller bisherigen Setting-Aktivitäten werden zu einem Feld – von Geburt bis zur Hochschule – zusammengeschoben. Die BRE fokussieren insgesamt auf den »Gesundheitsförderungsprozess im Sinne eines Lernzyklus« sowie eine systematische Integration von Sicherheit und Gesundheit in die Lebensweltprozesse. Die GKV ist dabei für Bedarfsermittlung und Zielentwicklung verantwortlich. Dazu zählen Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen sowie Initiierung von Gestaltungsprozessen inklusive entsprechendem Strukturaufbau – etwa durch Steuerungsgremien – sowie Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen und die Qualitätssicherung. Die Unfallversicherung wird als ergänzender Akteur angeführt. In den BRE finden sich also zahlreiche Anknüpfungspunkte für den Settingansatz, wenngleich in deutlich allgemeinerer Form als in Gesetzestext und Gesetzesbegründung. Vergleichsweise konkret sind in den BRE noch die Anhänge, in denen die Kooperationsverträge der Kassen mit den Unfallkassen, der Bundesagentur für Arbeit, den kommunalen Spitzenverbänden sowie der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz dokumentiert werden. Das Problem dabei: Sie stammen aus den Jahren 2009, 2012, 2013 sowie 2015, allesamt vor Verabschiedung des PrävG geschlossen. Also doch keine Neuerungen durch das PrävG?

Landesrahmenvereinbarungen

Als wesentliches Argument für die allgemein gehaltenen BRE wurde in den beiden bisherigen Sitzungen der Nationalen Präventionskonferenz angeführt, man wolle den Vereinbarungen in den Ländern nicht vorgreifen, sondern ihnen Spielraum eröffnen. Mit Unterzeichnung der ersten Vereinbarungen in Hessen und Thüringen im April 2016 wird deutlich, dass tatsächlich über Bande gespielt wird: So allgemein die BRE, so unverbindlich auch die Landesvereinbarungen (LRV). Dabei hat das PrävG über den neuen § 20f des SGB V Kassen und Landesministerien auf Festlegungen über gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder, Koordinierung der Leistungen, Klärung von Zuständigkeitsfragen, Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und Jugendhilfe und Mitwirkungen weiterer Einrichtungen und Organisationen verpflichtet. Doch was steht nun in den Landesvereinbarungen? »Die Beteiligten an der LRV richten im Rahmen ihres jeweiligen gesetzlichen Auftrages ihre Aktivitäten prioritär auf die in den BRE der Nationalen Präventionskonferenz einschließlich deren Anlagen festgelegten Ziele und Handlungsfelder aus« heißt es in der Thüringischen Vereinbarung; statt Kooperationsvereinbarungen zu treffen, wird – im Kontrast zum tatsächlichen Inhalt – erklärt, man »wirke auf ein koordiniertes Zusammenwirken der einzelnen Maßnahmen und Projekte« hin, wobei »das bedarfsgerechte und zielorientierte Zusammenwirken« mit dem ÖGD, der Jugendhilfe sowie die Mitwirkung weiterer Einrichtungen und Organisationen keineswegs geklärt, sondern lediglich »angestrebt« wird. Koordination? Auch hier wird der Rege-lungsauftrag »in separate(n) Kooperationsvereinbarungen« delegiert, wobei es reicht, wenn eine der Krankenkassen mit-



zeichnet – und dies, obwohl das PräVG eindeutig regelt, dass die Setting-Leistungen nicht mehr von einzelnen Kassen, sondern kassenübergreifend erbracht werden sollen. Die hessische Vereinbarung folgt der gleichen GKV-Mustervereinbarung, auch wenn sie zur Steuerung ein neues Gremium namens »Dialogforum Prävention« unter Vorsitz der GKV bildet, die konkrete Zusammenarbeit aber ebenso in Unterverträge verweist.

... und die Praxis der Settingansätze?

Schon vor dem PräVG haben Krankenkassen eine Vielzahl von Aktivitäten in Settings angestoßen und finanziert. Dies wird sich, bedingt durch die zusätzlichen Mittel, zukünftig verstärken. Die Gesetzesbegründung verweist hier unter anderem auf Soziale Stadt-Gebiete für das Setting Kommune. Doch gerade in zentralen Settings wie Kitas gibt es schon heute eine erhebliche Präventionsmüdigkeit. So verweist der GKV-Präventionsbericht 2015 auf 5.664 Kitas (nach zuvor 16.557 Kitas in 2014). Was aber in den Kitas genau geschieht, ist weder den Berichten zu entnehmen, noch durch Feldstudien zu ermitteln. So konnten wir 2015 in einer Evaluation der Gesundheitsziele im Setting Kita feststellen, dass es zwar zahlreiche, aber unsystematische Aktivitäten gibt, eine deutliche Erhöhung des Outputs – also der Aktivitäten –, aber keine Angaben zu Outcomes – also den Wirkungen der Aktivitäten – und insgesamt eine stark inselartige Versorgungslage. Die Vorschrift des PräVG, in Settings nun kassenübergreifend zu arbeiten, ist folgerichtig, um nicht »Projektitis«, sondern strukturierte Organisationsentwicklung anzustoßen. Doch leider bildet sich die Soll-Bestimmung in den Rahmenvereinbarungen an keiner Stelle ab.

Unerwähnt bleibt auch die Verpflichtung der GKV, mit einer pauschalen Vergütung im Umfang von 45 Cent je Versichertenjahr die BZgA mit Entwicklung von Art und Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und wissenschaftlicher Evaluation zu beauftragen. Die BZgA wird keines Wortes gewürdigt. Tatsächlich hat die GKV den Vertragsabschluss mit der BZgA und die Auszahlung der Vergütung zunächst verweigert und erst nach Anweisung durch das Ministerium ausgezahlt, und klagt nun dagegen. So stehen die Zeichen seitens der GKV deutlich auf Abwehr gegen die Neuregelungen. Die DAK hat im April 2016 sogar in einem Kooperationsvertrag mit der Cleven-Stiftung eine Förderung von 17 Mio. Euro für das Programm »fit4future« zur schulischen Bewegungsförderung zugesagt. Sollen da vollen-

dete Tatsachen geschaffen werden, um die Soll-Bestimmung des Gesetzes zur kassenübergreifenden Leistungserbringung zu unterlaufen? So sinnvoll (oder nicht) einzelne Programme wie »fit4future«, »Jolinchen« oder »MindMatters« im Einzelnen auch sein mögen – der (neue) Auftrag zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen, zu Bedarfs- und Potenzialerhebungen, Stärkung von Ressourcen, Empowerment und Partizipation, kurzum: zu einer Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz, wird durch kasseneinzelne Programme nicht erfüllt, sondern vielmehr verbaut. Solche machtpolitischen Spiele irritieren nicht nur die Praxis, auch die Präventionsexperten und -expertinnen bei den Kassen sind zunehmend genervt, wissen sie doch aus der betrieblichen Gesundheitsförderung schon seit 20 Jahren um die Bedeutung und die Potenziale des »Salutogenetic Managements«, das über das PräVG nun endlich auch in den nichtbetrieblichen Lebenswelten Einzug halten sollte.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. RAIMUND GEENE, Hochschule Magdeburg-Stendal, Osterburger Straße 25, 39567 Stendal, E-Mail: raimund.geene@hs-magdeburg.de

BEATE BLÄTTNER

Setting Pflege – Prävention in Altenpflegeeinrichtungen

Was ändert sich durch das Präventionsgesetz?

Mit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes sollen Pflegekassen unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen. Dafür sollen sie Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflegekassen sollen die Leistungen kassenübergreifend erbringen. Prävention in der stationären Pflege ist nicht grundsätzlich neu. So wurden nach Angaben des Präventionsberichts 2015 im Jahr 2014 von den Krankenkassen in 1.421 Altenheimen 47.150 Personen erreicht. Neu ist vielmehr, dass Prävention damit im SGB XI verankert ist und zwar in einem nennenswerten Umfang: Im Jahr 2016 stehen pro versicherter Person 0,30 Euro zur Verfügung. Dies entspricht in etwa 21 Millionen Euro. Die Mittel sollen den etwa 764.000 Pflegebedürftigen in 13.030 Pflegeheimen zugutekommen, die von etwa 685.000 Beschäftigten versorgt werden (Stand 2013). Wer gehofft haben mag, dass mit den Geldern gelungene Ansätze präventiver Pflege finanziert werden können oder mehr Pflegepersonal eingestellt werden kann, das dann präventiv arbeitet, mag enttäuscht sein. Der Gesetzgeber schließt ausdrücklich aus, dass die aktivierende Pflege, die durchaus auch präventive Wirkung haben kann, davon gefördert wird, denn sie gehört zu den Leistungen, die Pflegeeinrichtungen auch ohne § 5 erbringen müssen.

Schaut man auf einzelne Handlungsfelder, wird deutlich, dass auch Verbesserungen der Versorgung präventive Wirkungen haben können. Beispielsweise wird in der Literatur eine Unterversorgung depressiv Erkrankter oder suchtkranker Pflegebedürftiger konstatiert und eine Optimierung des Medikationsprozesses in der stationären Pflege dringend gefordert. Diese Maßnahmen können jedoch ebenfalls nicht aus den Mitteln im Rahmen des Präventionsgesetzes finanziert werden. Was

wird aber gefördert? Aus den Formulierungen »unter Beteiligung« und »Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln« lässt sich ableiten, dass ein partizipativer Organisationsentwicklungsprozess gemeint ist, wie er dem Settings-Ansatz der Gesundheitsförderung entspricht. Es geht also darum, Pflegeeinrichtungen darin zu unterstützen, sich systematisch zu gesundheitsfördernden Einrichtungen zu entwickeln. Dabei sollten etablierte Strukturen des Qualitätsmanagements genutzt werden.

Wo greifen die Regelungen zu kurz?

Im SGB XI geht es nur um Leistungen, die auf die Gesundheit der Pflegebedürftigen zielen, nicht auf die der Pflegenden. Die Trennung zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung nach SGB V und Interventionen in der Lebenswelt der Nutzerinnen und Nutzer entspricht der leistungsrechtlichen Logik, nicht aber den Anforderungen des Settings: Die Förderung der Gesundheit von Pflegebedürftigen bei einer gleichzeitigen Vernachlässigung der Gesundheit von Pflegenden wird in der Praxis wenig Akzeptanz finden und lässt angesichts der Abhängigkeit Pflegebedürftiger von Pflegenden kaum nachhaltige Effekte erwarten.

Ein Beispiel dafür ist die Prävention von Gewalt: Gewalt in der Pflege ist oft ein wechselseitiger Prozess zwischen herausforderndem Verhalten Pflegebedürftiger und emotionaler, körperlicher oder sexualisierter Gewalt, Vernachlässigung oder unerlaubt freiheitsentziehenden Maßnahmen durch Pflegenden. Die gesundheitlichen Folgen für Pflegebedürftige und für Pflegenden sind hinreichend beschrieben. Prävention ist möglich, aber nicht ohne eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die in der Pflege Tätigen. Freiwillige Kooperationen der Leistungsträger könnten das Problem lösen helfen und dafür sorgen, dass beispielsweise durch den Einsatz einer Steuerungsgruppe in den Einrichtungen und die Initiierung eines Organisationsentwicklungsprozesses, der alle relevanten Gruppen des Settings beteiligt, die Gesundheit der Pflegebedürftigen und der Pflegenden verbessert werden kann. Besser wäre es, Kooperationsstrukturen würden noch darüber hinausreichen, denn stationäre Pflege ist ein stark reglementiertes Feld. Pflegeeinrichtungen werden nicht nur vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft, auch die Länder haben hier ordnungsrechtliche Aufgaben und kontrollieren die Qualität der Einrichtungen. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) als zuständiger Unfallversicherer für die meisten stationären Pflegeeinrichtungen ist ein weiterer relevanter Akteur, wenn es um Prävention bei Pflegenden geht. Mindestvoraussetzungen wären Absprachen zwischen den Pflegekassen, den für die Heimaufsicht zuständigen Behörden, dem MDK und den Unfallversicherern auf Landesebene zum gemeinsamen Vorgehen bei der Prävention in der stationären Pflege. Sinnvoll wäre außerdem, auf Landesebene Arbeitsgemeinschaften zu bilden, in die die Träger der Einrichtungen und die Vertretung der Heimbeiräte einbezogen wären.

Wie ist der Erkenntnisstand?

Überraschend ist, wie wenig gesichertes Wissen in diesem Arbeitsfeld besteht. Aus den gesetzlichen Regelungen, gesundheitswissenschaftlicher Theorie und den Erfahrungen in der Gesundheitsförderung ist ableitbar, dass Prävention in der stationären Pflege nicht ohne Beteiligung der Betroffenen geht. Zwar sind Heimbeiräte als Beteiligungsstrukturen fest etab-

liert, aber wie eine direkte Partizipation der überwiegend demenziell veränderten Pflegebedürftigen konkret aussehen kann, dazu liegen kaum Erkenntnisse vor. Für Beschäftigte wären Gesundheitszirkel das Mittel der Wahl. Ob solche Zirkel für Pflegebedürftige, nötigenfalls vertreten durch gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, ähnlich hilfreich wären, ist unklar. Unklar ist auch, woran denn die Wirksamkeit gesundheitsfördernder Interventionen gemessen werden kann. Ein sinnvoller Endpunkt wäre der Erhalt gesundheitsbezogener Lebensqualität. Zwar gibt es hierfür einige Instrumente, die in der stationären Pflege bislang eingesetzt wurden, aber nicht alle sind auch für demenziell Veränderte geeignet und ein Goldstandard ist bislang nicht auszumachen. Entsprechend wäre es sinnvoll, die Aktivitäten der Pflegekassen würden in Modellversuchen wissenschaftlich begleitet.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. BEATE BLÄTTNER, Hochschule Fulda, Leipzigerstraße 123, 36037 Fulda

E-Mail: Beate.Blaettner@pg.hs-fulda.de

INGEBORG JAHN

Geschlechtergerechtigkeit trifft Präventionsgesetz

Das Präventionsgesetz enthält in drei Paragrafen geschlechtsbezogene Regelungen:

- 1 »Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.« (§ 2b)
- 2 »Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheiten in den Gesundheitschancen beitragen.« (§ 20)
- 3 »Versicherte (...) haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen (...).« (§ 25)

Nach den Bundesrahmenempfehlungen sind »sowohl bei der Bedarfsermittlung als auch bei der Planung und Erbringung von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen (...) geschlechtsbezogene Aspekte zu berücksichtigen.« In diesem Beitrag werden einige Überlegungen zur geschlechtergerechten Umsetzung des Präventionsgesetzes zur Diskussion gestellt.

Geschlechtersensibel und geschlechtergerecht

Im Präventionsgesetz werden drei Begriffe verwendet: »geschlechtsspezifisch«, »geschlechtsbezogen« und »geschlechtergerecht«. Der Begriff »geschlechtsspezifisch« bezeichnet nach Duden »das für ein Geschlecht Spezifische«. Wir haben (zumeist) spezifische – männliche oder weibliche – Reproduktionsorgane, und gesellschaftliche Geschlechternormen und Handlungserwartungen beinhalten frauen- und mänderspezifische Zuschreibungen. In der Realität sind Männer und Frauen jedoch nicht zwei völlig getrennte Gruppen, sondern bestimmte Gesundheitsrisiken und Gesundheitsverhalten treten mit einer geschlechtsbezogen unterschiedlichen Häufigkeit auf. Der Begriff »geschlechtergerecht« drückt meines Erachtens in seiner doppelten Bedeutung genau das aus, was auch im Präventionsgesetz angesprochen ist: »den Geschlechtern gerecht werden«, das heißt, die biologischen und sozialkulturellen Aspekte, die mit Mann*Frau-Sein verbunden sind, sensibel berücksichtigen, sowie »Gerechtigkeit für die Geschlechter«, zum Beispiel in den Gesundheitschancen.

Ungleichheit in Geschlechterverhältnissen und Gesundheit

Ungleiche Geschlechterverhältnisse sind eine zentrale Determinante von Ungleichheiten in der Gesundheit. Sie gehen mit geschlechtsbezogenen Unterschieden in Gesundheitsrisiken (unter anderem Arbeitsbedingungen) und Gesundheitsverhalten (etwa Rauchen, Bewegung, Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen) und auch der Lebenserwartung einher. Geschlechtsbezogene Unterschiede in Gesundheitsrisiken und Gesundheitsverhalten sind häufig eng mit sozialen Unterschieden verwoben. Dies kann dazu führen, dass die Unterschiede innerhalb der Geschlechter größer sind als zwischen den Geschlechtern. Nach dem Gesundheitsbericht des Robert-Koch-Instituts haben Männer in Deutschland eine um 6 Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen. Die Unterschiede innerhalb der Geschlechtergruppen (nach Einkommen) betragen demgegenüber bei Frauen 8,4 und bei Männern 10,8 Jahre. Neuesten Forschungen zufolge ist ein erheblicher Teil der geringeren Lebenserwartung von Männern auf die gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen und Lebensweisen von Männern mit niedriger Bildung zurückzuführen. Laut den Bundesrahmenempfehlungen hat Prävention die Aufgabe, »Verhältnisse so zu gestalten, dass sie gesundes Verhalten in jeder Lebensphase unterstützen«, so dass Frauen, Männer und geschlechterdiverse Personen gleichwertige Möglichkeiten erhalten, ihre potenziellen Gesundheitschancen zur Entfaltung zu bringen.

Geschlechtergerechtigkeit in Prävention und Gesundheitsförderung umsetzen

Zur Umsetzung des Anspruchs geschlechtergerechter Gesundheitsförderung ist die Sensibilität für potenziell unterschiedliche Bedürfnisse und Bedarfe von Männern, Frauen und geschlechterdiversen Personen ein erster Schritt. Es braucht zugleich eine Sensibilität für geschlechterstereotype Vorstellungen und Zuschreibungen von gesundheitsbezogenem Verhalten und gesundheitsbezogenen Verhältnissen und die Einbettung von Geschlechterungleichheit in soziale und ökonomische Ungleichheitslagen (Einkommensarmut, ungleiche Bildungschancen, geflüchtete Menschen). In Kanada wurde das Konzept »gender transformativer« Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt. Kernstück dieses Konzepts ist es, sowohl geschlechtsbezogene Bedürfnisse und Bedarfe zu berücksichtigen als auch gesundheitsschädigende Geschlechternormen in den Blick zu nehmen und möglichst zu verändern. Das kann bedeuten, bei Bewegungsförderungsangeboten Männer / Jungen nicht stereotyp mit Konkurrenzsportarten und Frauen / Mädchen mit vermeintlich weiblichen Angeboten anzusprechen. Auch die Verknüpfung von Präventionsinhalten mit Themen wie (männlichem) Mut, (weiblicher) Fürsorge und geschlechtsspezifischer sexueller Attraktivität ist kritisch zu hinterfragen. Dieser Anspruch könnte zum Beispiel in einem Gesundheitsförderungsprogramm für Familien / Eltern mit kleinen Kindern umgesetzt werden, in dem unterschiedliche Problemlagen und Geschlechternormen berücksichtigt werden, zum Beispiel alleinerziehende Väter und Mütter in schwierigen Lebenssituationen, Regenbogenfamilien. Um Geschlechterstereotypen in der Bewegungsförderung zu vermeiden, könnten Gruppen mit verschiedenen Vorlieben (zum Beispiel als Fußballfans, Schlagerbegeisterte oder Gartenfreundinnen bzw. -freunde) und das Thema Wahrnehmung von Sicherheit im öffentlichen Raum adressiert werden. Mit verschiedenen Angebotsformaten kann auf unterschiedlich-



che Belastungen, Motive und Interessen von Zielgruppen eingegangen werden. Dazu gehören auch frauen- und männer-spezifische sowie gemischt-geschlechtliche Angebote.

Handlungsbedarfe

In diesem Sinne sollten sich in den Kommunen Aktionsbündnisse für geschlechtergerechte Prävention und Gesundheitsförderung bilden, die (1) alle Interessengruppen und Geschlechter beteiligen und für Geschlechtergerechtigkeit sensibilisieren und qualifizieren (Partizipation), (2) vorhandenes Wissen (Gesundheitsberichterstattung, Praxiswissen) geschlechtergerecht analysieren, (3) Interventionen auswählen, entwickeln und umsetzen, die nicht Stereotype verfestigen und gesundheitsschädliche Geschlechternormen verändern können, (4) Prozesse, Strukturen und Wirkungen in Bezug auf Geschlechtergerechtigkeit evaluieren sowie (5) Ergebnisse zu geschlechterbezogener Ungleichheit bewerten und berichten.

Literatur bei der Verfasserin

DR. PHIL. INGEBORG JAHN, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie, BIPS, Abteilung Prävention und Evaluation, Achterstraße 30, 28359 Bremen, E-Mail: jahn@bips.uni-bremen.de

NADINE PIECK

Das Präventionsgesetz als Chance für das betriebliche Gesundheitsmanagement

Für den Bereich Betrieb liegen die Chancen des Präventionsgesetzes vor allem in dem Gebot der systematischen Weiterentwicklung der Vorgehensweisen und Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Krankenkassen werden durch das Gesetz in ihrer beratenden und begleitenden Funktion gestärkt, insbesondere dort, wo das Ineinandergreifen der Perspektiven Prävention (Belastungsreduktion beziehungsweise -optimierung) und Gesundheitsförderung (Ressourcenorientierung) gefragt sind. Für die konkrete Unterstützung der Betriebe sind die Krankenkassen verpflichtet, Koordinierungsstellen einzurichten, die Unternehmen auf Anfrage beraten und unterstützen. Erste regionale Ausschreibungen sind erfolgt, doch bleibt noch offen, wie Betriebe mit beispielweise fünf bis zehn vertretenen Krankenkassen, die untereinander im Wettbewerb stehen, beraten werden können. Die finanzielle Beteiligung aller Krankenkassen an Folgemaßnahmen, die aus der Analysephase abgeleitet wurden, bleibt zu klären.

Fokussierung auf settingbezogene Maßnahmen

Ein zentrales Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung stellt die Entwicklung gesundheitsfördernder Ressourcen im Betrieb dar. Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Betrieb sollten auf Faktoren gerichtet sein, die im Betrieb gestaltet werden können. Hierzu gehören unter anderem soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit, Kohärenzgefühl, seelische Gesundheit und aktives Coping / Stressmanagement. Ein von der betrieblichen Praxis isoliertes Kursangebot zum Beispiel zum Thema Resilienz ist jedoch nur begrenzt wirksam. Es kommt vielmehr darauf an, betriebskulturelle und arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Menschen nachhaltige resilienzfördernde Erfahrungen mit ihnen machen.

Weiterentwicklungsmöglichkeiten

» Selbstbestimmung und psychosoziale Beratung

Eine weitere Herausforderung ist die Förderung von Selbstbestimmung durch eine entsprechende Gestaltung von Partizipation sowie die Unterstützung von Individuen bei der Bewältigung krisenhaft erlebter Anforderungen durch zum Beispiel psychosoziale Beratung. Diese unterstützt auch die mittel- und langfristige Wirksamkeit des betrieblichen Eingliederungsmanagements, um es Menschen zu ermöglichen, lange gesund am Arbeitsleben teilnehmen zu können. Die Selbstbestimmung steht dem gesellschaftlichen Imperativ »Halte dich gesund!« entgegen. Dieser Imperativ macht Gesundheit zu einer weiteren Aufgabe, die auch noch bewältigt werden muss. Die Dauerthematisierung der Gesunderhaltung erzeugt permanenten Druck. All die verhaltensbezogenen Angebote wirken unter Umständen belastungsverstärkend, wenn grundlegende Reproduktionsbedürfnisse nicht mehr erfüllt werden können. Eine klientenorientierte psychosoziale Beratung unterstützt Menschen mit einer hohen psychosozialen Beanspruchung, ihre Situation perspektivisch so gut wie möglich zu bewältigen. Psychosoziale Beratung könnte eine wirksame Präventionsleistung sein, die nicht nur der Früherkennung von psychischen Erkrankungen dient, sondern deren Entstehung möglichst verhindert.

» Geschlechterkultur statt Geschlechterdifferenzen im Blick

Die Entwicklung professioneller Standards zur Integration der Gleichstellungsperspektive in die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention sowie die systematische Reflexion bisheriger Regelsysteme, Verfahren und Strukturen auf ihr Gleichstellungspotenzial hin dient dem Abbau der geschlechtsbezogenen Ungleichheiten in den Gesundheitschancen. Für eine geschlechtergerechte Prävention und Gesundheitsförderung reicht es dabei nicht aus, sich auf ein Setting / eine Lebenswelt zu begrenzen. Die Mehrfachbelastung von Frauen und deren geringere Erholungsmöglichkeiten lassen sich nur bei Betrachtung der »ganzen Arbeit« in Beruf und Familie erkennen. Umgekehrt wäre zu untersuchen, welche gesundheitlichen Risiken für Männer mit einer ausgeprägten Fokussierung auf das Arbeitsleben einhergehen. Um auch den unterschiedlichen geschlechtsbezogenen Erwartungen entgegenzuwirken, müssten die Wirkungsweisen und Folgen der jeweiligen Geschlechterkultur der Organisation (seinheit) Gegenstand der Reflexion sein. »Geschlechtsspezifische« Angebote für Männer und Frauen rekurren oft auf eine vermeintliche Unterschiedlichkeit von Frauen und Männern und greifen bisweilen Stereotype auf, um die Zielgruppe besser zu erreichen. Damit ist die Gefahr verbunden, die Konstruktion von Geschlechterdifferenzen und Stereotypisierungen aufrechtzuerhalten.

» Professionellere Evaluationen

Zentrales Instrument für eine systematische Weiterentwicklung der Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung ist deren Evaluation. Diese muss im Hinblick auf die gesetzlichen Ziele und Anforderungen angepasst und professionalisiert werden. Modellvorhaben könnten dazu dienen, die Wirkungszusammenhänge zu explorieren und darauf aufbauend ein valides Indikatorensystem für die Evaluation von Interventionen in Settings zu entwickeln. Insbesondere der Blick auf die Struktur- und Prozessqualität der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention könnte dazu beitragen, die Bedingungen für die Wirksamkeit des Gesundheitsmanagements zu erhellen und die Verantwortlichkeit der Beteiligten, insbesondere der Betriebe, sichtbar und einforderbar zu machen.

Kooperation und Koordination als gemeinsamer Lernprozess

Nachhaltige Ergebnisse in diesen Handlungsfeldern sind jedoch nur möglich, wenn Kooperation und Koordination der gesundheitspolitischen Akteure als gemeinsamer Lernprozess organisiert werden. Mit dem Präventionsgesetz soll eine dementsprechende dauerhafte, verbindliche und zielorientierte Kooperation der Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung weiterer verantwortlicher Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gefördert werden. Von diesen Kooperationsgeboten ausgehend sind gemeinsame Maßnahmen und Formen der Reflexion der bisherigen Vorgehensweisen definierbar. Auf dieser Basis erschließen sich Möglichkeiten und Gelegenheiten zur Zusammenarbeit von gesetzlichen Krankenkassen und gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungsträgern einschließlich der Entwicklung von angemessenen Kooperationsformen.

Literatur bei der Verfasserin

DR. NADINE PIECK, Leibniz Universität Hannover, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft, Schloßwender Straße 7, 30159 Hannover, E-Mail: nadine.pieck@wa.uni-hannover.de

THOMAS ALTGELD

Im vierten Anlauf endlich alles gut?

Das Bundesgesundheitsministerium erarbeitete bereits vier Präventionsgesetze, nämlich 2005, 2007, 2013 und 2015. Drei von diesen verabschiedete auch der Deutsche Bundestag mit der Mehrheit der jeweiligen Regierungsfractionen. Nur der Referentenentwurf unter Ministerin Ulla Schmidt von 2007 schaffte es nicht in die Lesungen des Bundestages aufgrund zu großer Meinungsverschiedenheiten in der ersten Großen Koalition. Den Bundesrat passierte allerdings erst der Gesetzesentwurf von 2015, der noch im selben Jahr in Kraft trat, 2016 finanziell wurde und nun strukturell umgesetzt wird. In der ganzen hektischen Präventionseuphorie der aktuellen Umsetzung verliert sich manchmal der Blick für das Ganze und auf die Dinge, die auf Grundlage der aktuellen Gesetzgebung eben nicht realisiert werden können oder konnten. Schon die Titel der jeweiligen Gesetzesentwürfe zeigen, dass die Gesundheitspolitik in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention sprachfähiger geworden ist und die Termini der Weltgesundheitsorganisation auch in den Ministerien und der Gesundheitspolitik angekommen sind. Die ers-

ten zwei Anläufe hantierten noch mit dem aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht sinnlosen Begriff der gesundheitlichen Prävention, der nicht weit von dem ebenfalls nicht auszumerzenden Begriff der Gesundheitsprävention anzusiedeln ist:

- » Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention (2005)
- » Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention (2007)
- » Gesetz zur Förderung der Prävention (2013)
- » Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (2015)

Tragweite der Gesetze (sentwürfe) im Vergleich

Allerdings waren die ersten beiden Gesetzesanläufe 2005 und 2007 deutlich umfassender angelegt. Obwohl die Gesetzestitel der »Gesundheitlichen Prävention« das nicht vermuten lassen würden, wurden darunter alle Präventionsebenen und gleichzeitig auch Gesundheitsförderungsansätze verstanden. Gesundheitliche Prävention im Rahmen der Zwecksetzung des Gesetzes von 2005 umfasste:

- » Vorbeugung des erstmaligen Auftretens von Krankheiten (primäre Prävention),
- » Früherkennung von symptomlosen Krankheitsvor- und -frühstadien (sekundäre Prävention),
- » Verhütung der Verschlimmerung von Erkrankungen und Behinderungen sowie Vorbeugung von Folgeerkrankungen (tertiäre Prävention) und
- » Aufbau von individuellen Fähigkeiten sowie gesundheitsförderlichen Strukturen, um das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu erhöhen (Gesundheitsförderung).

Der Gesetzesanspruch war, »die Gesundheitsvorsorge neben der medizinischen Behandlung, Rehabilitation und Pflege als eigene Säule im Gesetz« zu verankern. Entsprechend breit angelegt waren die Regelungen für alle Sozialversicherungsträger, die Gründung einer Präventionsstiftung und die neuen Aufgaben für das Robert-Koch-Institut, finanziert aus Bundesmitteln. In Artikel 3 des Gesetzes wurde sogar die Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf eine gesetzliche Basis gestellt. Der schmalste Ansatz aller vier Anläufe findet sich in dem 2013 verabschiedeten Gesetz zur Förderung der Prävention, wie schon der Titel deutlich macht. Es ging um mehr Prävention durch gesetzliche Krankenversicherungen. In der damaligen Gesetzesbegründung wird sehr schnell klar, auf welcher »liberalen« Grundlage dieses Vorgehen beruhte: »Gesundheit wird maßgeblich durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung erhalten. Dies erfordert Wissen, Befähigung und Eigenverantwortung. Aufgabe der Prävention ist es, dieses Wissen, die Befähigung und die Eigenverantwortung jeder und jedes Einzelnen zu entwickeln und zu stärken.« Wenn alles auf Eigenverantwortung, Wissen und Befähigung hinausläuft, ist klar, warum allein die Wissensvermittlung durch Krankenkassen im Mittelpunkt des kürzesten Präventionsgesetzestextes stand und kein Regelungsbedarf in weiteren Bereichen gesehen wurde. Das jetzt in Kraft getretene Präventionsgesetz hat den klarsten Gesetzestitel, regelt im Wesentlichen aber leider nur die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung neu. Sie sollen für alle Präventionsebenen mehr Geld ausgeben. »Mehr Geld für Prävention« war folgerichtig auch die Überschrift vieler Pressemeldungen zur Verabschiedung des Gesetzes. Mehr Geld im System schafft

erwartungsgemäß auch mehr Begehrlichkeiten von allen Seiten. Wer jetzt plötzlich alles auf die gesetzlichen Krankenversicherungen zugeht mit Präventionsvorschlägen aller Art, was für Aktivitäten in den Lebenswelten im Sinne des Gesetzes gefördert werden könnten, ist mehr als skurril. Auf der anderen Seite achten die gesetzlichen Krankenversicherungen mangels anderer Alternativen auch sehr darauf, dass keine der von ihnen erarbeiteten neuen Umsetzungsregelungen auf Bundes- oder Landesebene den Kassenwettbewerb einschränkt.

Kassenwettbewerb um neue Versichertengruppen

Insbesondere alle Bildungssettings (KiTa, Schule und Hochschule) sowie Betriebe sind vermeintlich ein sehr attraktives Feld für die Gewinnung neuer Versichertengruppen. Junge im Arbeitsleben stehende Familien sind ganz oben auf der Liste der umworbenen Gruppen. Deshalb fängt das Kassenbranding nun schon in der KiTa an: keine Aktivität ohne die entsprechende Kassenfarbe und das Logo der Kasse. Wenn Fast-foodanbieter mit ähnlichen Werbestrategien in den KiTa-Bereich einfallen würden, wäre die Empörung groß. Auch wenn die Bildungssettings aus der aktuellen Wettbewerbslogik heraus hart umkämpft sind, eignen sie sich eigentlich nicht für den Wettbewerb, weil Gesundheitsförderung in diesem Bereich nur ein Handlungsfeld unter vielen ist und sich Schul- und KiTa-Leitungen ohnehin kaum vor Vorschlägen retten können, was in den Bildungsauftrag und den Alltag ihrer Einrichtungen alles integrierbar wäre und welche Zusatzaufgaben das Personal in den Einrichtungen noch mit erfüllen könnte. Dieser verschärfte Kassenwettbewerb ist im Gesetzestext selber eigentlich nicht angedacht, weil dort für die Lebenswelten gemeinsamer Strukturaufbau gefördert wird. Wenn Transparenz darüber hergestellt wird, welche Einzelaktivitäten unter dem Siegel der Umsetzung des Präventionsgesetzes laufen, werden die ersten Diskussionen einsetzen, wie man diese Büchse der Pandora wieder schließen kann. Der Fokus auf die Finanzierung von Gemeinschaftsaktivitäten und die Erreichung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen könnte ein Ausweg sein – eine andere Option wären neue gesundheitspolitische Überlegungen, welche verhältnispräventiven Regelungen eigentlich im Rahmen eines Präventionsgesetzes auch hätten geregelt werden müssen, zum Beispiel eine systematische Besteuerung von Alkoholprodukten oder Werbeverbote dafür wie in anderen europäischen Ländern auch, obwohl das keiner der vier Gesetzesanläufe überhaupt versucht hat.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum

ANDREA DEHN-HINDENBERG

Prävention und Gesundheitsförderung in Europa: Ein Überblick

Die Gesundheitspolitik der EU

Ein wichtiges Ziel der europäischen Gesundheitspolitik ist es, die Maßnahmen in den einzelnen Mitgliedsstaaten sinnvoll zu ergänzen. Durch Bündelung von Ressourcen sollen insbesondere folgende gemeinsame Ziele erreicht werden: die Sicherstellung der Nachhaltigkeit von Gesundheitsleistungen, die Erhöhung gesunder Lebensjahre in alternden Gesellschaften mit gleichzeitig gestiegener Lebenserwartung, die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten, die Reduzierung vermeidbarer Krankheiten aufgrund von Fehlverhalten (zum Bei-

spiel Rauchen und ungesunde Ernährung), die Reduzierung von Antibiotikaresistenzen und psychischen Erkrankungen sowie das Zurückdrängen wieder auftretender Krankheiten (zum Beispiel TBC) und der Schutz vor Pandemien. Um die Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten zu unterstützen, wurde das dritte Aktionsprogramm im Bereich der Gesundheit durch die EU aufgelegt, das einen Gesamthaushalt von knapp 450 Millionen Euro hat und eine Laufzeit von 2014 bis 2020 aufweist. Die Schwerpunkte des Programms sind: 1) Gesundheitsförderung, Prävention und Förderung gesunder Lebensstile, 2) Schutz der Bürgerinnen und Bürger vor grenzübergreifenden Gesundheitsgefahren, 3) Beitrag zu innovativen, effizienten und nachhaltigen Gesundheitssystemen sowie 4) Zugang zu besserer Gesundheitsversorgung. Als gemeinsame Maßnahmen sind für das Jahr 2016 folgende Handlungsfelder vorgesehen: Qualität der Prävention von HIV / AIDS / sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten und der Prävention von Virushepatitiden und Tuberkulose mit Bezug zur Versorgung, Maßnahmen im Bereich Chronischer Erkrankungen, Eindämmung des Tabakkonsums, Antibiotika-Resistenzen und nosokomiale Infektionen sowie Grundlagen für die Aufbereitungsverfahren von Blut, Gewebe und Zellen.

Präventionspolitik der EU

Die Präventionspolitik sowie die Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung weisen in den einzelnen europäischen Ländern große Unterschiede auf. Die Gründe dafür liegen unter anderem in der Prävalenz einzelner Krankheiten und Risikofaktoren und zu einem großen Teil in der jeweiligen nationalen Gesundheitspolitik. Die Schwerpunkte gesundheitspolitischer Zielsetzungen und Entscheidungen sind vor dem Hintergrund historischer gesellschaftlicher Entwicklungen und kultureller Gesichtspunkte zu betrachten. Auch die unterschiedlichen Strukturen, Institutionen und Aufgabenverteilungen der Akteure in den Gesundheits- und Sozialbereichen tragen zu dieser Divergenz bei. Somit basieren die Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung vornehmlich auf den gesundheitspolitischen Bedingungen der Länder und weniger auf epidemiologischen Erkenntnissen und Wirksamkeitsnachweisen. Die EU hat dabei die Funktion, die Mitgliedsstaaten bei der Sicherung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, bei der Verhütung von Krankheiten und bei der Ursachenbekämpfung und -beseitigung von Gesundheitsgefährdungen zu unterstützen und gegebenenfalls zu ergänzen. Dazu gehören auch Fördermaßnahmen zum Schutz und zur Verbesserung der Gesundheit und zur Bekämpfung grenzüberschreitender Krankheiten, wobei die einzelnen Mitgliedsstaaten die alleinige Verantwortung für die Organisation und Durchführung tragen.

Vergleich ausgewählter präventiver Maßnahmen in den Ländern

» Reduzierung von Verkehrsunfällen

Die EU Kommission verfolgt die Zielsetzung, die Anzahl der Verkehrstoten im Zeitraum zwischen 2010 und 2020 drastisch zu reduzieren. In Folge werden die Mitgliedsstaaten zu einem besseren Unfallschutz aufgefordert. In ihrer Verantwortung liegt die konkrete Umsetzung von Maßnahmen. Durch die Implementierung verkehrspolitischer Interventionen in Bezug auf Fahren unter Alkoholeinfluss, die Reduzierung der Fahrzeugschwindigkeit, die Nutzung von Sicherheitsgurten und Kindersitzen sowie die Verbesserung des Straßenzustands und des Fahrzeugbaus konnte bereits eine Verringerung der Ver-



kehrsunfälle und der Unfalltodeszahlen erreicht werden. Länderspezifisch zeigen sich jedoch noch immer große Unterschiede. Die Zahl der Unfalltoten in Deutschland liegt unter dem europäischen Durchschnitt.

» Adipositasprävention

Aufgrund von Bewegungsmangel hat sich die Adipositasprävalenz seit 1980 in einigen Ländern verdreifacht, was zu einem starken Anstieg von Diabetes mellitus geführt hat (Prävalenz bei 8 Prozent der Bevölkerung). Während die Mortalitätsraten in Deutschland auf hohem Niveau unverändert geblieben sind, ist die Mortalität in anderen Ländern, zum Beispiel in Portugal und Lettland, stark angestiegen. Die EU-Kommission stellt finanzielle Mittel zur Verfügung, um Projekte zur Verbesserung der Ernährung zu fördern. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang zum Beispiel das EU-Schulobst- und -gemüse-Programm, an dem sich auch Deutschland beteiligt. Die Bundesländer sind für die Umsetzung zuständig und entwickeln je nach regionalen Besonderheiten und Ressourcen regionale Umsetzungsstrategien. Diese Beispiele verdeutlichen, wie präventionspolitische Handlungsfelder auf der Ebene der EU definiert und in den Mitgliedsstaaten in Abhängigkeit von den jeweils spezifischen Ausgangsbedingungen und Herausforderungen in Hinblick auf Krankheitsprävalenz und Mortalität aufgegriffen werden. Förderprogramme stellen in diesem Zusammenhang wichtige Steuerungsinstrumente dar.

Bewertung

Die EU-Gesetzgebung ergänzt nationale Maßnahmen und trägt hauptsächlich zum Schutz vor Gesundheitsschäden bei. Gegenwärtig beschränkt sie sich stark darauf, Minimalstandards festzulegen, obwohl höhere Standards die Qualität von Präventionsmaßnahmen deutlich steigern würden.

Voraussetzung für eine konsequente und wissenschaftlich belegbare Systemverbesserung auf allen Präventionsebenen der EU ist eine Beurteilung der Qualität gesundheitspolitischer Maßnahmen hinsichtlich Effektivität, Effizienz und der Beleg nachhaltiger Wirkungsketten. Eine Herausforderung stellt hier allerdings die Umsetzung dar. Es bräuhete Qualitätsstandards und praxistaugliche Instrumente zur Qualitätssicherung für die beteiligten Akteure, die sie bei der Projektplanung, -durchführung und -evaluation unterstützen und die an die spezifischen Bedingungen vor Ort und an die zur Verfügung stehenden Ressourcen angepasst sind.

Literatur bei der Verfasserin

DR. ANDREA DEHN-HINDENBERG, Nelkenweg 1b, 31303 Burgdorf-Ehlershausen,
E-Mail: dehn-hindenbergonline.de

30 Jahre Ottawa-Charta

LOTTE KABA-SCHÖNSTEIN

Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen – Create supportive environments

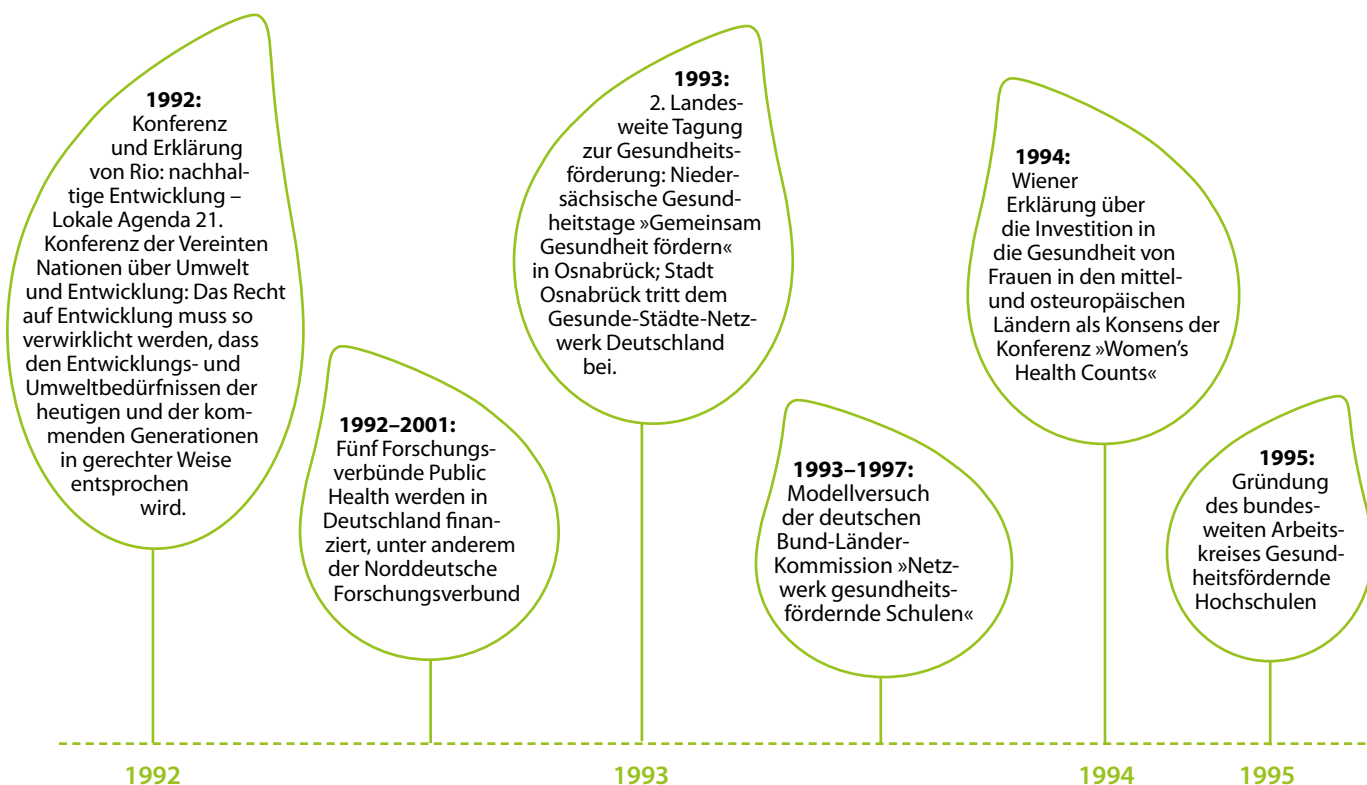
Was sagt die Charta zur zweiten Aktionsebene und -strategie: »Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen«? Was waren die Hoffnungen und Ziele? »Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende Arbeits- und Lebensbedingungen ... Jede Strategie der Gesundheitsförderung hat den Schutz der natürlichen und sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu ihrem Thema zu machen«. Die englische Formulierung »create supportive environments« und die erste deutsche Übersetzung als »unterstützende Umwelten« betonten diesen Umweltaspekt deutlicher als das »Schaffen gesundheitsfördernder Lebenswelten«, das sich im weiteren Verlauf als Übersetzung durchgesetzt hat. Im Laufe der Jahre wurde die »Förderung der Lebenswelten« zum »Setting-Ansatz«, der in der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert von 1997 sowie in Gesundheit21, dem Rahmenkonzept »Gesundheit für alle« der europäischen Region 1998 als besonders effektiv hervorgehoben worden ist. Der Setting-Ansatz adressiert und gestaltet die komplexen Determinanten der Gesundheit im Alltag, erreicht und beteiligt auch benachteiligte Menschen, ohne sie durch Sonderprojekte zu stigmatisieren oder durch unterkomplexe individuelle Verhaltensprävention über Kurse weiter zu exkludieren und gesundheitliche Ungleichheiten zu verstärken.

Was hat sich bisher verändert?

Es bildeten sich deshalb seit Mitte der 1980er Jahre zahlreiche und vielversprechende Setting-Projekte und teilweise auch Netzwerke für die Lebenswelten Stadt, Krankenhaus, Schule, Betriebe und später auch für Kitas, Quartiere und Stadtteile. Einschlägige Veröffentlichungen haben die Notwendigkeit der Organisations- und Projektentwicklung für die institutionellen Settings betont und die Bedeutung von Empowerment und Partizipation für eine wirksame und nachhaltige Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten herausgestellt. Es kann von einer erfolgreichen Verbreitung des Lebensweltansatzes gesprochen werden, der »Setting-Ansatz« war und ist »in«. Er ist auch ein bedeutsames Good Practice-Kriterium für gesundheitliche Chancengleichheit. Die Lebenswelten sind im Leitfaden Prävention der GKV zur Umsetzung des § 20 und 20a SGB V verankert und im neuen Präventionsgesetz (»Gesundheitsförderung in Lebenswelten«) mit vielen Hoffnungen verbunden. Die Ausweitung der Mittel für Gesundheitsförderung in Lebenswelten statt eines immer noch sehr verbreiteten individuellen Ansatzes wurde lange gefordert und wird als Erfolg des neuen Gesetzes vermittelt.

Zukünftige Herausforderungen

Die Erfahrungen der letzten 30 Jahre verweisen jedoch auf die Notwendigkeit, die anspruchsvolle Gestaltung einer »Gesundheitsfördernden Lebenswelt« (im Sinne einer »unterstützenden Umwelt«) zu schützen vor einer Variante der »Gesundheitsförderung in der Lebenswelt«, bei der das Setting zum Zugangsort (»Abwurfstelle«) für Broschüren und Kurse verengt wird. So wird die Herausforderung bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes sein, die zusätzlichen Ressourcen

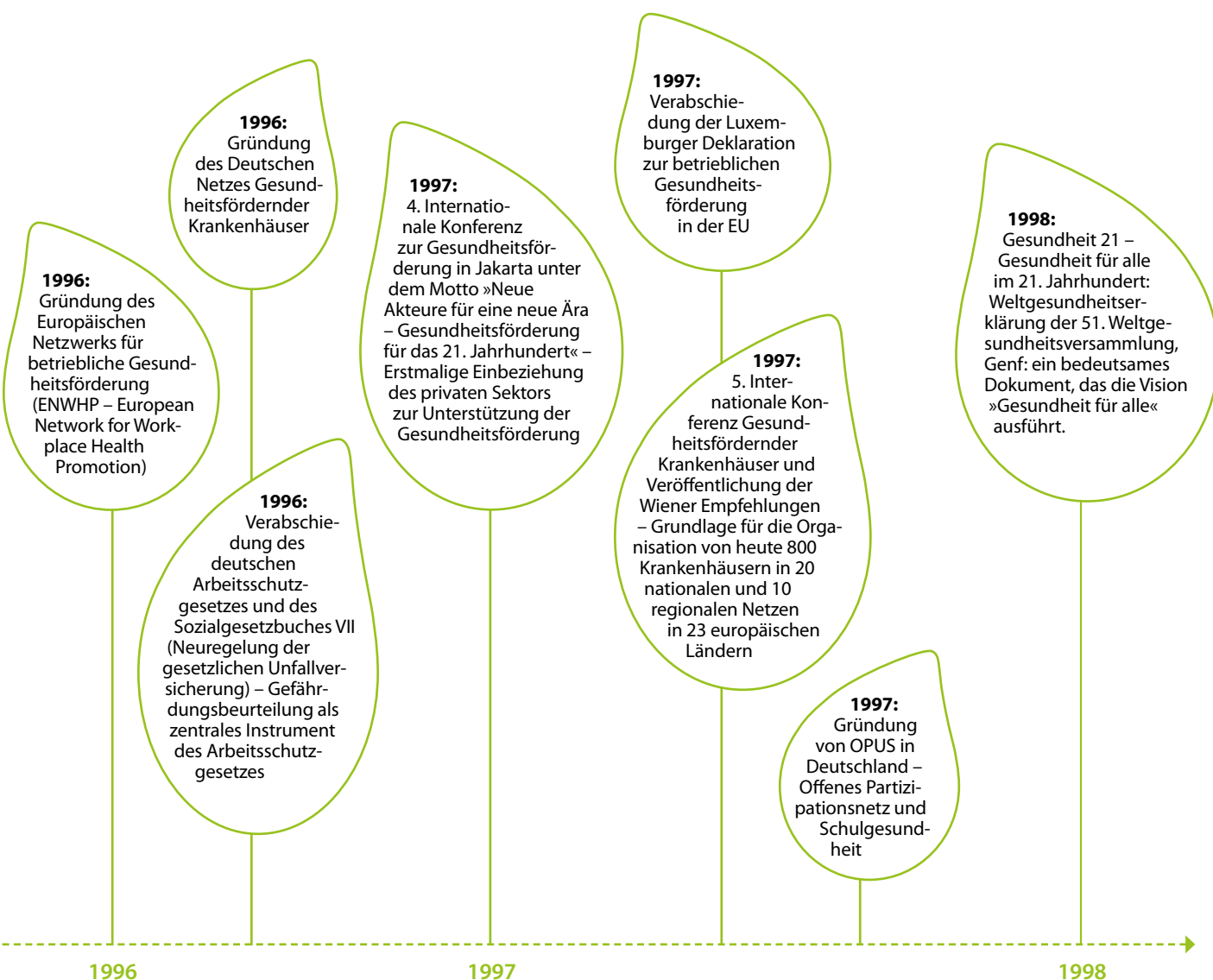


»in den Lebenswelten« für die gesundheitsförderliche Gestaltung dieser Lebenswelten anzulegen. Dabei ist auch auf die Entwicklung und Sicherung von Qualität zu achten. Wichtige Vorarbeiten und Bestandsaufnahmen hierzu liegen aus dem Projekt »Gesundheitsförderung in Lebenswelten« vor. Über den Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit und die regionalen Koordinationsstellen sind bedeutsame Unterstützungsstrukturen (potenziell) vorhanden. Eine weitere Herausforderung besteht darin, eine unverbundene Aneinanderreihung von isolierten Lebensweltprojekten in ihren jeweiligen Sektoren und Institutionen zu überwinden und diese einzubinden in eine intersektorale und sozialräumliche Gesamtpolitik. Hier hilft die Besinnung auf die »unterstützenden Umwelten« wie sie in der Charta beschrieben sind, und deren breitere politische Perspektive der gesundheitsförderlichen Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen sowie die Verknüpfung der Bereiche Umwelt und Gesundheit, der Chancengleichheit und Umweltgerechtigkeit. Es gilt, die internationalen Konferenzen und Deklarationen zu Umwelt und Gesundheit, zu den sozialen Determinanten, zur nachhaltigen Entwicklung von Gesundheit in allen Politikbereichen auf der nationalen Ebene umzusetzen.



Literatur bei der Verfasserin

PROF. LOTTE KABA-SCHÖNSTEIN, Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Flandernstraße 101, 73732 Esslingen, E-Mail: lotte.kaba-schoenstein@hs-esslingen.de





JAN KREIE

Gesund Leben Lernen (GLL) als Modell gelingender kassenübergreifender Kooperation

Die am 19. Februar 2016 verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen sollen dazu beitragen, die Zusammenarbeit von gesetzlicher Kranken-, Unfall-, Renten- sowie sozialer Pflegeversicherung auf der Grundlage gemeinsamer Ziele zu stärken. Will man im Sinne der WHO und der Bundesrahmenempfehlungen Prävention als gesamtgesellschaftlicher Aufgabe nachkommen, braucht es verbindliche Regelungen und eine koordinierte Vorgehensweise. Fehlt es an Koordination und Kooperation, fällt eine Problemwahrnehmung genauso schwer wie die zielgerichtete Gestaltung von Aktivitäten. Konkurrierende oder parallele Strukturen entstehen, was zu einer Unübersichtlichkeit der Angebote beiträgt. Dies gilt besonders für die Settings Kindertagesstätten und Schulen. Was kann an dieser Stelle helfen? Wie kann kassenübergreifende Kooperation gelingen?

Das Kooperationsprojekt GLL

Das Kooperationsprojekt GLL in Niedersachsen begegnet dieser Herausforderung erfolgreich. An GLL lässt sich zeigen, wie ein nachhaltiges Präventionsengagement unterschiedlicher Akteure für das Setting Schule aussehen kann. Im Rahmen von GLL wurden Prinzipien und Instrumente des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für Schulen angepasst und übertragen. Seit 2003 arbeiten in Niedersachsen mittlerweile mehr als 200 Schulen nach diesem Ansatz. Dabei spielt die Beteiligung aller relevanten Gruppen in diesem Setting eine wichtige Rolle für die Identifizierung der gesundheitsbezogenen Handlungsbedarfe jeder einzelnen Schule.

Zur GLL-Historie

GLL ist bislang der einzige kassenartenübergreifende Modellversuch der ehemaligen Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) im Bereich der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche nach Paragraf 20 SGB V geblieben. Nach Ablauf der Förderung durch die Spitzenverbände der GKV 2006 ist es in Niedersachsen gelungen, die entstandenen

Kooperationen aufrechtzuerhalten und neue Partnerinnen und Partner zu gewinnen. Als Ausdruck dieser neuen Dynamik und auch als Resultat des neuen Präventionsgesetzes, sind 2016 weitere Kooperationspartnerinnen und -partner hinzugekommen. Finanziell unterstützt werden die Aktivitäten nun durch das Niedersächsische Kultusministerium, AOK Niedersachsen, IKK classic, HKK, BKK Mobil Oil, BKK Landesverband Mitte, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie die Gemeinde Unfallversicherungsverbände Hannover, Braunschweig und Oldenburg. Weitere Partnerinnen und Partner auf Landesebene sind neben dem Niedersächsischen Turnerbund das Niedersächsische Landesinstitut für schulische Qualitätsentwicklung und der Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. Die Partnerinnen und Partner sind vertreten in einer Lenkungsgruppe, die die strategischen Ziele und deren Umsetzung festlegen.

Gelingensfaktoren

Was sind die Gelingensfaktoren für die kooperative Unterstützungsbereitschaft? Erstens wird gemeinsam an dem komplexen Ziel eines Strukturaufbaus einer gesundheitsförderlichen Schulentwicklung gearbeitet, das nur in Arbeitsteilung erreicht werden kann. Zweitens haben die langjährigen Erfahrungen zu einem vertrauensvollen Miteinander geführt. Viele Schritte wurden gemeinsam gemacht, bei denen in die gleiche Richtung und im Sinne des Kooperationsgedankens gearbeitet wurde. Und drittens bietet GLL den Partnerinnen und Partnern klar definierte Aufgabenbereiche, über die sie wahrnehmbar sind und die die Möglichkeit zur Profilbildung bieten. Beispiele wären die von der IKK classic unterstützte jährlich stattfindende Tagung für Berufsbildende Schulen oder das im Rahmen von GLL 2016 gestartete Elternmodul der BKK Mobil Oil. Am Beispiel GLL zeigt sich, dass ein koordiniertes Vorgehen Synergieeffekte schafft. Hinsichtlich der gesamtgesellschaftlichen Herausforderung und auch im Sinne des nationalen Gesundheitsziels »Gesund aufwachsen« wäre es daher wünschenswert, wenn in Zukunft mehr Projekte wie GLL zu einer besser gelingenden Kooperation und kassenübergreifenden Zusammenarbeit beitragen würden.

Anschrift siehe Impressum

BETTINA BERG

Wie anschlussfähig ist das Präventionsgesetz gegenüber den Strukturen der Jugendzahnpflege?

Die Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V ist seit 1989 in deutschen Kindergärten und Schulen fest etabliert und wird flächendeckend angeboten. Alle landesspezifischen Programme umfassen, dem gesetzlichen Auftrag entsprechend, die zahnärztliche Untersuchung, die Zahnschmelzhärtung durch Fluoride, die Ernährungsberatung und das Erlernen der richtigen Mundhygiene. Die Gruppenprophylaxe leistet einen gesundheitsfördernden primär- und sekundärpräventiven Beitrag zur Mundgesundheit der Kinder in deutschen Betreuungs- und Bildungseinrichtungen. Der Auftrag zur Stärkung

gesundheitlicher Potenziale, Kompetenzen und Orientierungen von klein auf ist sowohl Bestandteil der Kita-Gesetze aller Bundesländer als auch Bestandteil der Empfehlung der Kultusministerkonferenz zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Hier setzt die Gruppenprophylaxe mit ihren Konzepten an, die die Kinder von klein auf in ihren Lebenskompetenzen und einer gesundheitsförderlichen Lebensführung stärken. Für das Schuljahr 2013/2014 ist dokumentiert, dass bundesweit insgesamt 4,93 Millionen Kinder und Jugendliche an der Gruppenprophylaxe teilnahmen, viele von ihnen mehrmals pro Jahr. In Kindergärten und Grundschulen beträgt der Betreuungsgrad derzeit rund 80 Prozent aller Kinder. Damit ist die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe zweifellos das reichweitenstärkste Präventions- und Gesundheitsförderungsangebot für Kinder und Jugendliche in Deutschland. In den Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege arbeiten auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene die gesetzlichen Krankenkassen, die Zahnärzteschaft und der Öffentliche Gesundheitsdienst zusammen. Zu den bundesweit einheitlichen Organisationsprinzipien gehört, dass die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe nach außen hin als gemeinsame und neutrale Maßnahmen erkennbar sind.

Auf Basis des im Sommer 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes bauen derzeit viele Akteure ihre Präventionsangebote nach PräVG § 20a SGB V in den Lebenswelten Kita und Schule aus. Da der Gesetzgeber sich hier nicht am Beispiel der Gruppenprophylaxe orientiert und auf Neutralität gesetzt hat, ist bereits ein gewisser Wettbewerb der Präventionsanbieter in den Settings – untereinander und mit der Gruppenprophylaxe – zu beobachten.

Auftrag zur Vernetzung

Die Settings Kita und Schule sind nur in begrenztem Umfang zu einer Zusammenarbeit mit externen Anbieterinnen und Anbietern bereit, daher kommt der Vorgabe des Gesetzgebers zu vernetztem Handeln hohe Bedeutung zu. Für Präventionsangebote nach § 20a Abs. 1 Satz 4 SGB V gilt: »Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen.«

Dieser Auftrag zur Vernetzung sollte jedoch unbedingt die seit langem etablierten Maßnahmen der Gruppenprophylaxe mit umfassen, um nicht eine Konkurrenz der Präventionsthemen und - anbietenden in die Lebenswelten zu tragen. Präventionsangebote nach § 20 und 21 SGB V weisen vor allem im Handlungsfeld »Gesunde Ernährung« und in dem Bemühen um eine gesundheitsförderliche Gestaltung des Betreuungsalltags inhaltliche Schnittstellen auf, die ein hohes Potenzial haben, sich gegenseitig zu verstärken. Voraussetzung ist, dass eine Abstimmung und Vernetzung auf der kommunalen Ebene stattfindet. Ein abgestimmtes Vorgehen der unterschiedlichen Akteure beider Regelungsbereiche ist vor allem dann zu erwarten, wenn eine entsprechende organisationale Absicherung gegeben ist. Daher hat sich die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. erfolgreich dafür eingesetzt, dass dies in den »Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz« verankert wurde. Darin heißt es nun, dass »bereits bestehende effektive Strukturen und Präventionsmaßnahmen in den Settings, wie zum Beispiel die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe gemäß



§ 21 SGB V, zu berücksichtigen« sind. Damit sich die Angebote nach § 20 und 21 gegenseitig verstärken statt in Kitas und Schulen zu konkurrieren, wird eine entsprechende Verankerung in den derzeit in Erarbeitung befindlichen Landesrahmenvereinbarungen von hoher Bedeutung sein. Die derzeit 378 regionalen Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege stehen mit ihrer Erfahrung und Kompetenz zur Zusammenarbeit bereit.

Literatur bei der Verfasserin

BETTINA BERG, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ), Bornheimer Straße 35a, 53111 Bonn, E-Mail: berg@daj.de

PETRA WIHOF SZKY, STEFANI SCHÖNHARDT,
DANIELA SCHLEYER

Gesundheitsförderung aus pflegepädagogischer Perspektive

Mit Verabschiedung der Bundesrahmenempfehlungen für gesundheitsfördernde Maßnahmen im Februar 2016 rückt auch die Pflege in den Mittelpunkt des Interesses der Gesundheitsförderung. Für die Lebensphase des Alters sehen die Empfehlungen Maßnahmen für pflegebedürftige Personen und deren pflegende Angehörige im Kontext ihres Wohnumfeldes und Maßnahmen im Setting stationärer Pflegeeinrichtungen vor. Der zunehmenden Alterung in unserer Gesellschaft, dem damit einhergehenden steigenden Pflegebedarf und dem Ziel, Lebensqualität auch im hohen Alter zu sichern, wird damit Rechnung getragen.

Belastungen der in der Pflege Tätigen

Besonders hohen Belastungen sind die in der Pflege Tätigen ausgesetzt. Die Belastungen sind unter anderem durch Personalmangel, Zeitdruck, Teamkonflikte, Kommunikationsprobleme, komplexe Aufgaben, geringe Entscheidungsspielräume, Arbeitsstörungen und die Konfrontation mit existenziellen Notlagen bedingt. Die Aufzählung gibt nur einen Teil der belastenden Aspekte wieder, mit denen Pflegende in ihrem Alltag umgehen müssen. Zahlreiche empirische Studien bestätigen diese Befunde. Die Gesundheit von Erwerbstätigen ist eines der wesentlichen Ziele der Bundesrahmenempfehlungen. Unter dem Blickwinkel einer lebensphasenübergreifenden Gesundheitsförderung stellt sich auch die Her-

ausforderung, Übergänge in das Berufsleben gesundheitsfördernd zu gestalten: Wie können pflegeberufliche Schulen ihre Auszubildenden auf die Belastungen des Pflegeberufs vorbereiten?

Konzept zur Gesundheitsförderung in der Pflegeausbildung

Studierende der Pflegepädagogik der Hochschule Esslingen stellten sich dieser Aufgabe. Gesundheitsförderung ist im Studiengang curricular verankert und orientiert sich an einem salutogenetischen Gesundheitsverständnis. Angehende Lehrende pflegeberuflicher Schulen erfahren so nicht nur eine Vorbereitung auf ihren eigenen Beruf, sondern werden auch befähigt, Auszubildende bei der Entwicklung gesunder Arbeitsweisen zu unterstützen. Im Rahmen einer Lehrveranstaltung erarbeitete eine Gruppe Studierender ein Gesundheitsförderungskonzept, das in seinem ersten Baustein Lehrende pflegeberuflicher Schulen fokussiert.

Dem Konzept liegt eine Analyse der aktuellen gesundheitlichen Situation von Lehrenden zugrunde und orientiert sich sowohl an deren internen Anforderungen als auch an den für pflegeberufliche Schulen spezifischen externen Anforderungen auf gesundheits- und ausbildungspolitischer Ebene, die unter anderem durch die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens und organisationsbezogener Veränderungs- und Fusionsprozesse mit bedingt werden. Sich an bestehende gesundheitsfördernde Konzepte allgemeinbildender Schulen anzulehnen, ist deshalb nur eingeschränkt möglich. Strukturelle Besonderheiten pflegeberuflicher Schulen sind beispielsweise der Wechsel von theoretischen Unterrichtseinheiten im Blockunterricht mit praktischen Ausbildungsabschnitten in den kooperierenden Pflegeeinrichtungen. Um auf diese spezifischen strukturellen Besonderheiten einzugehen, wurde ein offenes und erweiterbares Konzept entwickelt, das zu Wirkungen im gesamten Setting beitragen kann. Das Konzept verbindet verhaltens- und verhältnisbezogene Strategien in einer gewinnbringenden Synthese: Auf der Verhaltensebene wird die Stärkung von Ressourcen der Lehrenden, wie zum Beispiel die Entwicklung von Distanzierungsfähigkeit und Frustrationstoleranz, gefördert. Die Förderung guter Kommunikation und Informationsweitergabe sowie aufeinander abgestimmte Arbeitsabläufe tragen auf der Verhältnisebene zu einer gesundheitsfördernden Schulkultur bei. Der Schulleitung und ihrem Führungsstil kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.

Ausblick

Lehrende im Beruf zu stärken, bereits Auszubildende mit gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erreichen und zur Qualitätsentwicklung in der Profession Pflege beizutragen, müssen übergeordnete Ziele in zukünftigen Konzepten von Pflegepädagoginnen und Pflegepädagogen sein. Die Berücksichtigung schneller Entwicklungen in der Pflege und die Überlegung frühestmöglicher Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung stellen dabei in der konzeptuellen Arbeit die Herausforderungen dar. Die jetzt beginnende Umsetzung des Präventionsgesetzes sollte dafür Rahmenbedingungen schaffen.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. PETRA WIHOFZSKY, Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Flandernstraße 101, 73732 Esslingen, E-Mail: petra.wihofzsky@hs-esslingen.de



ANGELIKA HESSLING

Zanzu – Das multilinguale Webportal zu sexueller und reproduktiver Gesundheit

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist seit 2003 ein Kollaborationszentrum der Weltgesundheitsorganisation (WHO) / Europa für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Das Webportal »www.zanzu.de« entwickelte die BZgA 2013 gemeinsam mit Sensoa, einer belgischen Nichtregierungsorganisation. Begleitet wurde der dreijährige Entwicklungsprozess von einem nationalen und internationalen Beratungsgremium, in dem auch die Weltgesundheitsorganisation vertreten ist. Die Website wurde zunächst in englischer Sprache konzipiert und anschließend in die deutsche Sprache übersetzt. Zanzu thematisiert Fragen zu Körper, Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft, Beziehungen und Emotionen, HIV / STI, sexueller Gewalt sowie Rechten der Einzelnen und nationalen Gesetzen. Dabei richtet sich Zanzu in erster Linie an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die erwachsene Migrantinnen und Migranten beraten oder behandeln. Ärztinnen und Ärzte sowie Beraterinnen und Berater, unter anderem in Schwangerschaftsberatungsstellen, werden durch anschauliche Bilder und einfache Zeichnungen auf »www.zanzu.de« darin unterstützt, komplexe Sachverhalte zu erklären – angefangen von der Benutzung eines Femidoms (Kondom für die Frau) bis hin zum Kaiserschnitt. Dabei bedient sich Zanzu einer einfachen Sprache. Durch ein vielfältiges Angebot an Bild- und Textmaterial können so auch Migrantinnen und Migranten, die noch nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, qualitätsgesicherte Informationen im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit auf der Website erhalten.

Die Website wurde bereits in Deutschland und Belgien lanciert. Sie besteht aus einem allgemeinen sowie einem landesspezifischen Teil und steht zunächst in 13 Sprachen zur Verfügung. Weitere Übersetzungen sind zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen. Alle Texte können durch ein besonderes Programm vorgelesen werden, so dass auch Menschen ohne oder mit geringer Lesekompetenz Gebrauch von der Website machen können.

Unterstützung in Beratungs- und Untersuchungssituationen

In Beratungs- oder Untersuchungssituationen, in denen beide Seiten nur eingeschränkt über eine gemeinsame Sprache verfügen, unterstützt die Website die Vermittlung von abstrakten und komplexen Sachverhalten. Weitergehende Informationen können präzise ausgewählt, dem konkreten Beratungsbedarf entsprechend zusammengestellt und anschließend ausgedruckt und weitergegeben werden. Die Website möchte Unterstützung bei der Beratung besonders vulnerabler Migrationsgruppen bieten. Studien zeigen, dass in vielen Herkunftsländern der Zugang zum Wissen über die verschiedenen Aspekte der sexuellen Gesundheit eingeschränkt und nicht immer Gegenstand der Schulbildung ist. Mangelnde Kenntnisse über körperliche Vorgänge und sexuelle Handlungen können zu Ängsten und Unsicherheiten führen. Zanzu hilft dabei, diese Ängste und Unsicherheiten in Beratungs- und Behandlungssituationen abzubauen und fördert den Wissenserwerb im Bereich sexueller Gesundheit.

Qualitätssicherung und -weiterentwicklung

Der Bedarf an einer derartigen Website wurde durch Interviews mit Expertinnen und Experten in Deutschland und Belgien ermittelt. Feedback zu Inhalten und Darstellungen wurde durch die belgische Partnerorganisation Sensoa bei den entsprechenden Migrationsgruppen direkt eingeholt und eingearbeitet, um die Akzeptanz der Seite bei der jeweiligen Zielgruppe sicherzustellen. In der nächsten Zeit wird eine Evaluation der Pilotphase durchgeführt, deren Ergebnisse in die Weiterentwicklung einfließen werden. Die Website wurde am 25. Februar 2016 im Rahmen einer Konferenz der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Die bisherigen Rückmeldungen aus Fachkreisen wie der Ärzteschaft und den Wohlfahrtsverbänden sind ausgesprochen positiv. Bisher verzeichnet die Website rund 560.000 Besucherinnen und Besucher (Stand: 09. Mai 2016).

Literatur bei der Verfasserin

ANGELIKA HESSLING, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Maarweg 149–161, 50825 Köln, www.zanzu.de, Materialbestellungen zu zanzu: Fax-Nr.: (02 21) 89 92 257

DIRK GANSEFORT, FELICITAS JUNG

Fachtag Gesundheit Männer! am 9. Dezember 2015 in Bremen

Was eröffnet Männern – vor allem denen mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES) – den Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention? Dies war die zentrale Frage des Fachtags »Gesundheit Männer!«, veranstaltet vom Runden Tisch Männergesundheit im Gesundheitsamt Bremen. Das neue Präventionsgesetz fordert die Akteure in Gesundheitsförderung und Prävention auf, den besonderen Bedürfnissen von Männern (und Frauen) Rechnung zu tragen. Gerade Männer mit niedrigem SES werden am wenigsten von entsprechenden Aktivitäten und Angeboten erreicht, obwohl ihre Lebenserwartung die kürzeste in Deutschland ist. Teilnehmende waren Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis. Die Gesundheitswissenschaftlerin Anne Starker, Mitarbeiterin des Robert Koch-Instituts, skizzierte auf Grund-

lage des Berichts zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention. Dazu zählen die Entwicklung männergerechter Kommunikation und Angebote, die Berücksichtigung der Lebenswelt und der Adressaten bei der Planung und Durchführung mannerspezifischer Angebote sowie die Erforschung von Einflussfaktoren auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Männern. Sie wies darauf hin, dass geschlechtergerechte Maßnahmen sowie konkrete Strategien zu deren Entwicklung weitgehend fehlen. Wünschenswert wäre eine Sensibilisierung für die Frage, was Männer gesund hält.

Dirk Gansefort, wissenschaftlicher Mitarbeiter am BIPS Bremen, nahm Bezug auf die aktuelle Veröffentlichung des Jungen- und Männergesundheitsberichtes Baden-Württemberg. Er wies darauf hin, dass Studienergebnisse auch für Männer ein vielfältiges Interesse an primärpräventiven Maßnahmen belegen. Neue Medien, zum Beispiel (Smartphone-Apps), könnten für männergerechte Kommunikation genutzt werden. Zur Weiterentwicklung der Männergesundheitsförderung würde sich die Einbettung in regionale Gesundheitskonferenzen anbieten, auch, um wie beim Runden Tisch Männergesundheit, die Vernetzung der Akteure zu stärken.

Professor Toni Faltermaier, Europa-Universität Flensburg, plädierte für eine subjektwissenschaftliche und salutogenetische Perspektive auf die Gesundheit von Männern. Anhand von Forschungsergebnissen zu Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Männern – wie Stressfaktoren, Risikoverhalten sowie Gesundheitsressourcen – ging er auf das Gesundheitsverständnis von Männern ein. Demnach haben Männer positive und differenzierte Konzepte von Gesundheit. Sie betonen jedoch im Vergleich zu Frauen stärker die Leistungsfähigkeit und körperliche Aspekte. Männer setzen gesundheitliche Ziele allerdings weniger in Handeln um, da andere Ziele für sie prioritär sind. Erreicht werden können Männer vor allem in für sie relevanten Settings wie Betrieb, Sportvereine, Kommune. Ebenso können sie in kritischen Übergangsphasen des Lebenslaufs positiv für ihre Gesundheit motiviert werden. Ihr Wissen und ihre Kompetenzen sollten genutzt und eine Moralisierung von gesundheitsbewussten Verhalten vermieden werden.

Diskussionsergebnisse

Die Podiumsdiskussion der Bremer Akteure aus der Praxis mannerspezifischer Gesundheitsförderung und Prävention gab zudem interessante Einblicke in die Praxis. Als Diskussionsergebnis konnten die folgenden Erfolgsfaktoren für gesundheitsfördernde Projekte mit Männern herausgestellt werden:

- » gute Vernetzung der Beteiligten im Stadtteil
- » persönliche und direkte Ansprache der Adressaten
- » Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen
- » Eingehen auf kulturelle Besonderheiten von Communities (zum Beispiel Tabus)
- » Beteiligung muttersprachlicher Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- » Förderung des Vertrauens in eigene Stärken
- » Vermittlung von Gesundheitsthemen nebenbei oder in andere Themen eingebettet
- » Spaß bei der Teilnahme



Als Wünsche für die zukünftige Arbeit im Bereich der männergerechten Gesundheitsförderung und Prävention wurden vor allem längerfristige Perspektiven mit ausreichender Finanzierung benannt, um nachhaltige Effekte erzielen zu können. Männer mit niedrigem SES benötigten Förderungen (statt Forderung), die deren Lebenssituation und -welt berücksichtigen. Die psychische Gesundheit – ein bei Männern häufig vernachlässigter Faktor – spielt dabei eine wichtige Rolle.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser
 FELICITAS JUNG, Freie Hansestadt Bremen, Gesundheitsamt,
 Sozialmedizinischer Dienst, Horner Straße 60–70, 28203 Bremen,
 E-Mail: felicitas.jung@gesundheitsamt.bremen.de

SABINE ERVEN

Erster Landespsychiatrieplan für Niedersachsen

Mit der Psychiatrie-Enquete 1975 hat sich die Lage der psychiatrischen Versorgung in Deutschland grundlegend verändert und durch viele Aktivitäten verschiedenster Initiativen die Wahrnehmung psychisch erkrankter Menschen in der Bevölkerung verbessert. Auch wenn sich in den letzten Jahren die Versorgungsstrukturen weiter ausdifferenziert haben, muss – auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – die Passgenauigkeit des Systems überprüft und auf Schwächen und Lücken hin untersucht werden. Hierzu wurde am 30. Mai 2016 der in der Koalitionsvereinbarung von SPD und Grünen geforderte Landespsychiatrieplan für Niedersachsen im Rahmen einer Veranstaltung von der Sozial- und Gesundheitsministerin Cornelia Rundt vorgestellt.

Erstellung des Psychiatrieplanes

Seit 2014 haben 34 Expertinnen und Experten, die als »Fachkommission Landespsychiatrieplanung« vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung benannt wurden, an der Erstellung dieses Planes mitgewirkt. Sofern keine Daten jüngeren Datums vorlagen, stammt die Datenbasis für die Ist-Analyse aus dem Jahr 2013. Es wurden fachlich-ethische Grundsätze formuliert, die für alle am System Beteiligten als Leitlinien ihres Verhaltens und Han-

delns dienen sollen. Die Grundlage des Landespsychiatrieplans Niedersachsen stellt die UN-Behindertenrechtskonvention, die UN-Kinderrechtskonvention und Artikel 35 der Charta der Grundrechte dar.

Entwicklung von Handlungsempfehlungen nach Lebensaltersstufen

Ziel des Psychiatrieplanes soll sein, Handlungsempfehlungen und daraus abgeleitet Handlungsfelder zu identifizieren und – angelegt auf die nächsten 10 Jahre – umzusetzen. Hierzu wurde das Versorgungssystem nach Lebensaltersstufen betrachtet und analysiert. Als Strategie für die kommenden Jahre wird vorgeschlagen, nicht mehr flächendeckend nach gleichem Muster zu agieren, sondern bedarfsgerechte Lösungen – angepasst an die einzelnen örtlichen Gegebenheiten – zu entwickeln. Zentral wird im Landespsychiatrieplan herausgestellt, dass der Zugang zum Hilfesystem überall, gerade auch in ländlichen Gegenden, einfach gestaltet sein muss und der Grundsatz »ambulant vor stationär« weiterhin konsequent verfolgt werden soll. Um eine wohnortnahe Versorgung für alle Lebensaltersstufen zu gewährleisten, müssen die sektorübergreifende Kooperation gefördert und gemeindepsychiatrische Zentren etabliert werden. Die Heterogenität der niedersächsischen Strukturen macht es notwendig, Lösungen zu erarbeiten, die den örtlichen Gegebenheiten Rechnung tragen. Für das Handlungsfeld der Partizipation und Selbsthilfe wird unter anderem empfohlen, die dialogische Handlungsweise weiterzuentwickeln und die Beteiligung in regionalen sowie überregionalen Gremien zu fördern. Hierzu gehört auch die Einbeziehung von Angehörigen und Betroffenen in die Forschung und die Entwicklung von Modellen zur Verringerung von Zwang.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie auch in der Erwachsenenpsychiatrie wird ein Schwerpunkt auf die Prävention gelegt. Hierbei ist die Vernetzung von beteiligten Stellen enorm wichtig, um eine frühzeitige Erkennung und Behandlung zu ermöglichen, schwere Krankheitsverläufe abzuwenden und Chronifizierungen zu vermindern. Um die Funktionsfähigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste in den Kommunen zu gewährleisten, muss deren Arbeit an beschriebenen Aufgabenfeldern ausgerichtet und die Personalgewinnung sichergestellt werden. In der Versorgung älterer Menschen sollte unterschieden werden zwischen demenziellen und psychiatrischen Erkrankungsbildern und die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten als erste Anlaufstelle sollte ausgebaut werden. Da der gerontopsychiatrische Bereich in Niedersachsen am wenigsten ausdifferenziert ist, werden hier vielfältige Handlungsbedarfe für eine Versorgungsverbesserung gesehen. Die Erarbeitung von Leitlinien für eine gendergerechte und kultursensible Versorgung wird angeregt.

Eine Zusammenfassung sowie eine ausführliche Berichtsversion des Landespsychiatrieplans können im PDF-Format heruntergeladen werden unter:

www.ms.niedersachsen.de/download/107617/Landespsychiatrieplan_Niedersachsen_Zusammenfassung_.pdf

www.ms.niedersachsen.de/download/107645/Bericht_zum_Landespsychiatrieplan_Niedersachsen.pdf

Anschrift siehe Impressum

PATRIZIA ROTHOFER, BRITTA RICHTER

Ausschreibung des 6. Niedersächsischen Gesundheitspreises

Bereits zum sechsten Mal schreiben das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, das Niedersächsische Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die Apothekerkammer Niedersachsen sowie die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen gemeinsam den Niedersächsischen Gesundheitspreis aus. Ziel der Ausschreibung ist, der innovativen Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung in Niedersachsen besondere Bedeutung beizumessen, um langfristig eine hohe Versorgungsqualität zu fördern. Die Resonanz auf die vergangenen fünf Ausschreibungen war groß: 331 Projekte hatten sich beworben und 23 Projekte wurden in insgesamt 15 Kategorien mit dem Niedersächsischen Gesundheitspreis prämiert. Auch in diesem Jahr werden in folgenden Preiskategorien innovative Ansätze gesucht:

Der kleine Unterschied! Geschlechterspezifische Gesundheitsversorgung und -förderung

Sind Frauen und Männer anders krank? Werden Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote geschlechterspezifisch ausgerichtet? Epidemiologische Studien zeigen eine unterschiedliche Geschlechterverteilung bei verschiedenen Erkrankungen. Frauen bekommen zum Beispiel im Vergleich zu Männern doppelt so häufig die Diagnose Depression. Haben Männer weniger Depressionen oder werden diese nur nicht erkannt? Der Herzinfarkt wird überwiegend als Männerkrankheit angesehen. Das führt dazu, dass vorwiegend die männlichen Symptome bekannt sind. Diese Unterschiede stellen besondere Anforderungen an die Ausgestaltung von Gesundheitsversorgungs- und Gesundheitsförderungsangeboten. Es geht um Projekte, die geschlechterspezifische Unterschiede bei Diagnostik und Therapie berücksichtigen. Außerdem geht es um Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte, die gendersensibel vorgehen.

Chronische Erkrankungen besser versorgen – Lebensqualität fördern

Mehr und mehr wird in jedem Lebensalter das Krankheitsgeschehen durch chronische Erkrankungen bestimmt. Dazu gehören Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs-erkrankungen. Neben der zunehmenden Betroffenheit jüngerer Menschen führt auch Multimorbidität bei Älteren, bedingt durch chronische Erkrankungen, zu einem umfassenderen Versorgungsbedarf. Die Patientinnen und Patienten werden während ihres Krankheitsverlaufs durch verschiedene Leistungserbringende im Gesundheitswesen versorgt. Hierbei sind die Versorgungsstrukturen und Prozesse nicht immer optimal aufeinander abgestimmt. Zudem sind Angebote zum Patientenselbstmanagement oftmals wenig bekannt und koordiniert. Innovative Ansätze zur Stärkung der Interdisziplinarität und Förderung des Selbstmanagements bei chronischen Erkrankungen mit dem Ziel, die Lebensqualität der Betroffenen langfristig zu erhalten, sollen prämiert werden.



eHealth – Lösungen für eine bessere Gesundheitsversorgung

Gleich, ob in städtischen Ballungsgebieten oder in ländlich geprägten Regionen: Informations- und Kommunikationstechnologien können die Gestaltung von Versorgungsprozessen sowie die patientenzentrierte Vernetzung der im Gesundheitswesen tätigen Akteure unterstützen. Die zunehmende Interdisziplinarität der an der Versorgung Beteiligten sowie die Distanzen zwischen Versorgenden erfordern qualitativ hochwertige Lösungen. So spielt beispielsweise ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement eine bedeutende Rolle. Es gilt nicht nur, die nachbehandelnden Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig zu informieren, sondern auch weitere an der Versorgung Beteiligte müssen in den Kommunikationsprozess eingeschlossen werden. eHealth-Lösungen können hier, unabhängig von Zeit und Raum, nutzbringend für die Versorgerinnen und Versorger und vor allem auch für die Patientinnen und Patienten eingesetzt werden.

Allgemeine Informationen

Bis zum 5. August 2016 sind alle Verbände, Institutionen, Initiativen, Unternehmen, Einzelpersonen und Fachleute aus den Bereichen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung sowie aus dem Bereich eHealth eingeladen, sich online unter www.gesundheitspreis-niedersachsen.de zu bewerben. Das Preisgeld beträgt insgesamt 15.000 Euro und wird mit jeweils 5.000 Euro auf die drei Kategorien aufgeteilt. Eine fachkundige Jury ermittelt je Preiskategorie das beste Projekt. Die Preisverleihung findet am 28. November 2016 im Alten Rathaus in Hannover statt.

Anschrift siehe Impressum

JANNA STERN, NICOLE TEMPEL

Neustart der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. in Zusammenarbeit mit der LVG & AFS

Fast drei Jahre musste die projektbezogene Arbeit in der Geschäftsstelle der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (LVG Bremen) aufgrund fehlender Mittel ruhen. Doch im Hintergrund waren die Mitglieder des Vereins gemeinsam mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS) weiterhin aktiv, um eine Möglichkeit zur Fortführung der öffentlichen Aktivitäten der LVG Bremen zu finden. Und dies mit Erfolg! Mit neuen Strukturen, an einem neuen Ort und mit neuen Projekten konnte die LVG Bremen ihre Tätigkeiten Mitte des Jahres 2015 wieder aufnehmen.

Kooperation der beiden Landesvereinigungen

Da es bereits in der Vergangenheit mehrere gemeinsame Projekte zwischen der LVG Bremen und der LVG & AFS gab, wuchs hieraus die Idee, ein neues Kooperationsprojekt zu entwickeln und damit auch Bremen und Bremerhaven erneut als Standorte für Gesundheitsförderung und Prävention zu gewinnen. Finanziert durch die AOK Bremen / Bremerhaven führen die beiden Landesvereinigungen von Mitte 2015 bis Mitte 2018 das Projekt »Gesunde Quartiere in Bremen und Bremerhaven« durch. Darüber hinaus können mit finanzieller Unterstützung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auch erneut Regionalkonferenzen der Reihe »Gesund und aktiv älter werden« sowie Aktivitäten im Rahmen der »Kordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit« umgesetzt werden.

An »Altes« anknüpfen und »Neues« aufbauen

Auch wenn es die LVG Bremen schon seit 2005 gibt, bestand nach der dreijährigen Ruhephase zunächst ein großer Teil der Arbeit darin, an vorhandene Kontakte anzuknüpfen und neue aufzunehmen, Bedarfe zu ermitteln sowie Schwerpunktthemen für die weitere Arbeit zu identifizieren. Erste Aktivitäten konnten bereits angestoßen werden: So konnte das Präventionsgesetz mit vielen Akteuren aus dem Land Bremen diskutiert werden, eine Regionalkonferenz der Veranstaltungsreihe »Gesund und aktiv älter werden« der BZgA umgesetzt werden, und eine weitere ist für September 2016 bereits in Planung. Die LVG Bremen gibt einen Online-Newsletter zur »Sozialen Lage und Gesundheit« heraus, beteiligt sich aktiv in verschiedenen Netzwerkstrukturen und ein Projekt zur Qualitätsentwicklung am Beispiel der Adipositasprävention in Kitas ist bereits abgeschlossen.

Schwerpunktprojekt: Gesunde Quartiere in Bremen und Bremerhaven

Für das Land Bremen verdeutlicht der Bremer Armuts- und Reichtumsbericht gesundheitliche Unterschiede zwischen sozial benachteiligten und privilegierten Wohnvierteln. So wird beispielsweise eine vergleichsweise vorzeitige Sterblichkeit in benachteiligten Stadtteilen wie Gröpelingen, Osterholz und für die Vahr belegt. Ebenfalls sind relevante gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen der Stadt Bremen und Bremerhaven erkennbar. Gesundheitsförderung im Stadtteil gewinnt somit zunehmend an Bedeutung, da hier die Möglichkeit besteht, eine Vielzahl der dort lebenden Bewohnerinnen und Bewohner zu erreichen. Der Stadtteil bietet zahlreiche gesundheitsrelevante Strukturen, Handlungsfelder und Settings wie Kindertagesstätten, Häuser der Familie oder Schulen, die gute Anknüpfungspunkte darstellen, um sektorenübergreifend gesundheitsfördernde Maßnahmen und Strategien zu entwickeln. Mit dem Projekt »Gesunde Quartiere in Bremen und Bremerhaven« wird deshalb das Ziel verfolgt, Gesundheit gemeinsam mit den Menschen und Akteuren im Quartier, zum Beispiel aus den Bereichen Bildung, Gesundheit, Quartiersmanagement, Soziales, Sport, Politik und Wohnungsbau zu denken, um gesundheitliche Maßnahmen in die eigene Arbeit zu integrieren. In einem ersten Schritt wurde eine Bestandserhebung durchgeführt, die sozillagenbezogenen Problemlagen zusammenstellt, bereits vorhandene (gesundheitsbezogene) Aktivitäten in den Quartieren aufzeigt, Akteure und Netzwerkstrukturen beleuchtet und mögliche Anknüpfungspunkte herausstellt. Auf dieser Basis sollen nun einerseits erste Quartiere für vertiefende Diagnoseworkshops

und darauf aufbauende Aktivitäten in den Blick genommen werden. Andererseits soll mittels landesweiter Aktivitäten das Thema Gesundheit verstärkt in den Fokus gerückt und der Austausch der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sektoren- und stadtteilübergreifend gefördert werden.

Ausblick

Die LVG Bremen steht somit vor vielen neuen Aufgaben und Herausforderungen, kann aber gleichzeitig auch an bewährte Kooperationsbeziehungen sowie Strukturen anknüpfen. Es wäre wünschenswert, das Thema »Gesundheitliche Chancengleichheit« insgesamt und vor allem vor dem Hintergrund des Armuts- und Reichtumsberichts im Land Bremen voranzubringen und bestehende Netzwerke und Strukturen in ihrer Arbeit mit Blick auf das Thema Gesundheit weiter zu stärken und zu unterstützen.

Anschrift siehe Impressum

UTA MAERCKER

Landesgesundheitskonferenz und Präventionsgesetz in Thüringen

Mit dem Regierungswechsel in Thüringen Ende des Jahres 2014 wurde seitens des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie das Ziel entwickelt, den Thüringer Gesundheitszieleprozess unter Beteiligung aller dort agierenden Akteure zu einer Landesgesundheitskonferenz weiterzuentwickeln.

Aufgaben der Landesgesundheitskonferenz

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) agiert künftig als institutionalisiertes Beschlussgremium für Gesundheitsziele und gesundheitspolitische Empfehlungen. Sie berät zu Fragen der gesundheitlichen Lebensbedingungen, der gesundheitlichen Versorgung sowie der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung mit dem Ziel der Koordination und Vernetzung. In der LGK sind Leistungserbringer, Sozialversicherungsträger, Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, Institutionen der Wirtschaft und der Arbeitnehmerschaft, die Selbsthilfe, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes, Institutionen der Wissenschaft sowie Mitglieder der Landesregierung vertreten. Durch die Etablierung einer Landesgesundheitskonferenz als ständige Institution und als Fachveranstaltung in Thüringen soll eine neue Kultur des verbindlichen gemeinsamen Handelns im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt werden. In ihrer Funktion als Koordinierungsstelle für den Thüringer Gesundheitszieleprozess wurde die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. – AGETHUR von der Landesregierung damit beauftragt, ein Konzept für eine Landesgesundheitskonferenz unter Berücksichtigung der im Gesundheitszieleprozess entstandenen Strukturen zu entwickeln.

Verknüpfung von Landesgesundheitskonferenz und Landesrahmenvereinbarung

Das im Sommer 2015 vom Bund verabschiedete Präventionsgesetz fordert die gesetzliche Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung auf, auf Landesebene gemeinsam mit dem Land und unter Beteiligung der Kommunalen Spitzen-

verbände und der Bundesagentur für Arbeit eine Landesrahmenvereinbarung auf der Grundlage von § 20f SGB V abzuschließen. Im Jahresverlauf 2015 trat man von Seiten des Landes an die AGETHUR mit der Bitte heran, das Konzept der Landesgesundheitskonferenz mit der vom Gesetzgeber geforderten Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes zu verknüpfen. Das sich aus den Trägern der Landesrahmenvereinbarung zusammensetzende Gremium soll künftig im Austausch mit den Gremien der Landesgesundheitskonferenz stehen. Bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung sollen die Gesundheitsziele des Freistaats Thüringen Berücksichtigung finden. Gleichzeitig können die Träger der Landesrahmenvereinbarung Empfehlungen an die Gremien der Landesgesundheitskonferenz aussprechen. Die Landesgesundheitskonferenz bietet jedoch auch Raum, weit über das Sozialversicherungsmaß hinaus Themen zu bearbeiten, wie zum Beispiel kommunale Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung, die auch wieder Einfluss auf die Wirksamkeit der Aktivitäten im Rahmen der Landesrahmenvereinbarung haben können. Um diese Verknüpfung zu verdeutlichen, unterzeichneten die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der Unfall- und Rentenversicherung sowie das Land am 7. April 2016 die Landesrahmenvereinbarung im Rahmen der ersten Landesgesundheitskonferenz in Thüringen. Die Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen, ist der Landesrahmenvereinbarung beigetreten. Ein Beitritt der Kommunalen Spitzenverbände wird aktuell vorbereitet. Für beide Prozesse braucht es eine entsprechende Koordination. Hierzu wurde mit Jahresbeginn 2016 jeweils eine Geschäftsstelle für die Landesgesundheitskonferenz und die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung in Trägerschaft der AGETHUR aufgebaut. Die Aufgaben der Geschäftsstellen beinhalten Koordination, Fachberatung, Qualitätssicherung, Berichterstattung und Gremienarbeit. Beide Geschäftsstellen arbeiten eng zusammen.

Literatur bei der Verfasserin

UTA MAERCKER, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR –, Carl-August-Allee 9, 99423 Weimar, E-Mail: maercker@agethur.de

ELKE HOTZE, KATHARINA KAPSCH, SANDRA FALKSON

Die Rolle der Senioren- und Pflegestützpunkte im Projekt FIDEM

Zurzeit leben in Deutschland etwa 1,5 Millionen Menschen mit Demenz. Viele werden in ihrem häuslichen Kontext durch Angehörige betreut oder leben allein. Die Hausärztinnen und Hausärzte spielen in der Versorgung dieser Menschen eine zentrale Rolle, da sie bei Verdacht auf Demenz meist zuerst kontaktiert werden und weil von hieraus frühzeitig Informationen und weitere niedrigschwellige Beratungs- und Betreuungsangebote vermittelt werden können. Diese können zu einer Aufrechterhaltung der Alltagskompetenz und zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen beitragen. Basierend auf dieser Grundidee und den positiven Ergebnissen einer ersten Projektphase in der Region Braunschweig (2009 bis 2012) war das Ziel des Projektes FIDEM Niedersachsen (Laufzeit 2013 bis 2016), in anderen Regionen eine Netzwerkbildung um Hausarztpraxen herum zu initiieren und zu verstetigen. Netzwerkpartnerinnen

und -partner sind neben den Hausärztinnen und Hausärzten weitere Akteure wie niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, demenzspezifische Ergotherapie, Pflegeberatung sowie Selbsthilfe. Die Initiierung und anfängliche Koordination der Netzwerke wird in allen drei Modellregionen (Lüneburg, Osterode und Grafschaft Bentheim) durch Mitarbeiterinnen der jeweiligen Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen (SPN) durchgeführt. Die Bedingungen einer solchen Netzwerkbildung sowie die Rolle der SPN im Kontext der Netzwerkarbeit war unter anderem Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitforschung des Projektes. Hierzu wurden die Mitarbeiterinnen zu drei Erhebungszeitpunkten in Form von leitfadengestützten Einzel- und Gruppeninterviews zu ihren Erfahrungen befragt. Wesentliche Befunde werden hier zusammenfassend dargestellt.

SPN als zentrale Koordination

Die Wahl der SPN als zentrale Koordinationsstellen für die Verbreitung und Verstetigung von FIDEM-Netzwerken hat viele Vorteile. So können die Mitarbeiterinnen für die Netzwerkbildung bereits auf etablierte Strukturen in den einzelnen Regionen zurückgreifen. Es bestehen zudem ein großer Wissenspool bezüglich regionaler Unterstützungsangebote sowie eine gut gefestigte Vertrauensbasis zwischen den einzelnen Akteuren, besonders zwischen den Akteuren aus dem Feld der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Pflegeberatung. Im Sinne einer Win-Win Situation betrachten die Koordinatorinnen die durch FIDEM geschaffene Möglichkeit, ihren Klientinnen und Klienten vor Ort ein konkretes Angebot einer Betreuung unterbreiten zu können. Dies führe wiederum zu einer Zunahme an Bekanntheit des SPN sowie auch zu einer steigenden Inanspruchnahme.

Herausforderungen

Ein Netzwerk unterschiedlicher Akteure rund um das Thema Demenz zu initiieren und dauerhaft zu etablieren stellt eine komplexe Aufgabe dar. Die Netzwerkpartnerinnen und -partner sind jeweils in eigene Arbeitsprozesse eingebunden, so dass kaum zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus existieren auch konkurrenzhaftere Beziehungen zwischen einzelnen Akteuren, zumindest jedoch unterschiedliche Schwerpunkte in den Interessen, die zunächst überwunden werden müssen. Alle Koordinatorinnen berichten daher von einem erhöhten Zeitaufwand, der besonders in der Anfangsphase für die Netzwerkarbeit aufgewendet werden muss. Im Verlauf des Projektes hat sich auch gezeigt, dass die ursprüngliche Idee, dass sich die Koordinatorinnen sukzessive wieder aus der konkreten Netzwerkarbeit zurückziehen können und die Netzwerke selbstständig weiterarbeiten, nicht immer gelingt. So scheint zumindest bei einigen Netzwerken eine längerfristige Begleitung notwendig zu sein. Andere Beispiele, wie die Organisation eines Demenz-Cafés, zeigen wiederum kreative Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Idee. Insgesamt zeigen die Erfahrungen, dass eine Verstetigung der FIDEM-Idee durch die Unterstützung der SPN gelingen kann. Sie ist im Sinne des Care-Managements als eine zentrale Aufgabe der SPN anzusehen. Es braucht jedoch sowohl zeitliche Ressourcen als auch methodische Unterstützung, wenn eine kontinuierliche Verselbstständigung der Netzwerkarbeit gelingen soll.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. ELKE HOTZE, Hochschule Osnabrück, University of Applied Sciences, Albrechtstraße 30, 49076 Osnabrück, E-Mail: e.hotze@hs-osnabrueck.de

Bücher, Medien



»Das ist ein Geben und Nehmen«. Eine empirische Untersuchung über Betriebsklima, Reziprozität und gute Arbeit

Was meinen die Beschäftigten, wenn sie von Betriebsklima reden? Es geht um die Qualität der sozialen Beziehungen bei der Arbeit. Es handelt sich um ein facettenreiches Phänomen, welchem Kock und Kutzner mit der Frage, wovon diese Qualität abhängt, differenziert nachgehen. Anhand intensiver Betriebsfallstudien werden zwölf zentrale Begriffe herausgearbeitet, die in den Reziprozitätsbeziehungen, verstanden als das Geben und Nehmen, eine zentrale Schlüsselstellung einnehmen. Sie reichen von Autorität, Beteiligung, Fairness, Führung bis hin zu Macht, Kollegialität, Kommunikation, Vertrauen und Wertschätzung. Die Auseinandersetzung mit den Begriffen liefert diverse Anregungen für Gestaltungsmaßnahmen. Es wird gezeigt, dass sich Betriebsklima nicht kausal erklären lässt, sondern dass die betrieblichen Akteurinnen und Akteure im Dialog selbst herausfinden müssen, worauf es in ihrem Betrieb ankommt. Es geht darum, das Handeln der Beteiligten zu verstehen und nach dem Sinn der Austauschbeziehungen zu fragen. Das Buch liefert dazu eine komplexe Basis. (cb)

KLAUS KOCK, EDELGARD KUTZNER: »Das ist ein Geben und Nehmen«. Eine empirische Untersuchung über Betriebsklima, Reziprozität und gute Arbeit. edition sigma, Berlin, 2014, 344 Seiten, ISBN 978-3-8360-8762-9, 24,90 Euro

Zwischen Teddybär und Superman – Was Eltern über Jungen wissen müssen

Das Werk des Herausgebers, der selbst in der Jungen- und Männerarbeit in Zürich tätig ist, versteht sich als ressourcenorientierter Ratgeber für Eltern im Umgang mit ihren Söhnen. Anspruch des Buches ist, aus unterschiedlichen Perspektiven der Jungenarbeit Einblicke in die Lebenswelten von Jungen zu geben. Grundlagen für ein Verständnis von Söhnen und Anregungen zum Ausprobieren neuer Wege im Umgang mit diesen sollen vermittelt werden – Misserfolge und Aushandlungsprozesse eingeschlossen. Die Autorinnen und Autoren thematisieren Entwicklungsaufgaben und deren Bedeutung, Gefühle, Herausforderungen in den Lebenswelten sowie Risikofaktoren (Gewalt, Substanzkonsum) im Leben von Jungen aus den Blickwinkeln ihrer Arbeitsbereiche. Obwohl die Vielfältigkeit von Jungen und ihren Lebenswelten allen bewusst ist, schränkt der Herausgeber ein, dass in diesem Buch von Jungen aus dem Mittelstand und dem deutschsprachigen Kulturkreis ausgegangen wird. Empfehlenswert ist das klar gegliederte und anwendungsorientierte Buch mit Tipps und Checklisten für Eltern, aber auch für pädagogisches Personal aus dem Bildungsbereich und der Jugendarbeit. In einigen Passagen hat das Buch allerdings einen sehr apellartigen und dogmatischen Charakter. (sts)

LU DECURTIS (HRSG.): Zwischen Teddybär und Superman – Was Eltern über Jungen wissen müssen. Reinhardt-Verlag, München, Basel, 3. überarbeitete Auflage, 2016, 176 Seiten, ISBN 978-3-497-02572-5, 16,90 Euro

Wer, wo, wie viele? – Bevölkerung in Deutschland 2030

Der Datenreport der Bertelsmann Stiftung veröffentlicht die Ergebnisse einer neuen Bevölkerungsvorausberechnung aller Städte und kreisfreien Städte in Deutschland bis zum Jahr 2030. Entgegen der Annahme »Wir werden weniger, älter und bunter« wird prognostiziert, dass die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner in Deutschland bis 2030 voraussichtlich nur um 0,7 Prozent abnehmen wird. Die demografische Entwicklung unterscheidet sich jedoch in den einzelnen Kommunen stark. Durch die differenzierte Darstellung sollen Kommunen darin unterstützt werden, die unterschiedlichen Herausforderungen des demografischen Wandels zu meistern und kommunenspezifische Analysen und Planungsprozesse anzupassen. (ex)

BERTELSMANN STIFTUNG (HRSG.): Wer, wo, wie viele? Bevölkerung in Deutschland 2030. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2015, 183 Seiten, ISBN 978-86793-576-0, 25,00 Euro

Soziale Teilhabe von Kindern mit komplexer Behinderung in der Kita

Seit März 2009 ist die Inklusion in Deutschland völkerrechtlich verbindlich. Durch das vorliegende Buch von Klaus Sarimski – Experte für Frühförderung – erhalten Lesende einen umfassenden Einblick in das Thema der Inklusion von Kindern mit komplexen Behinderungen im Setting Kita. Der Autor geht unter anderem näher auf die Beobachtungen einer explorativen Studie ein, die sich mit dem sozialen Alltagsgeschehen in Gruppen beschäftigt. Ferner werden Konzepte und Prinzipien zur Förderung der sozialen Teilhabe vorgestellt. Durch den strukturierten Aufbau des Buches und die zahlreichen Fallbeispiele aus der Praxis gelingt es den Lesenden, die Herausforderungen der sozialen Teilhabe von Kindern mit komplexen Behinderungen besser zu verstehen. Das Buch richtet sich an Angehörige von betroffenen Kindern, Fachpersonal aus Kindertagesstätten und Interessierte. (mm)

KLAUS SARIMSKI: Soziale Teilhabe von Kindern mit komplexer Behinderung in der Kita. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2016, 213 Seiten, ISBN 978-3-49-02588-6, 24,90 Euro

Neuroenhancement

Neuroenhancement zielt darauf ab, die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden von Menschen durch verschreibungspflichtige Medikamente oder illegale Substanzen zu optimieren. Längst zieht sich dieses Phänomen durch breite Bevölkerungsgruppen und macht auch oder gerade vor hoch qualifizierten Menschen, die einem ausgeprägten Leistungsdruck ausgesetzt sind, keinen Halt. Das Buch gibt einen breiten Überblick über die Epidemiologie, skizziert Beschaffungswege, beschreibt Motivlagen der Nutzenden sowie Folgewirkungen und liefert wichtige Argumente für eine gezielte Präventionsarbeit. Sowohl Fachleuten als auch interessierten Laien werden plastische Einblicke vermittelt, indem beispielsweise Fallvignetten zum Einsatz kommen. (mp)

OLIVER BILKE HENTSCH, EUPHROSYNE GOUZOLIS MAYFRANK, MICHAEL KLEIN (HRSG.): Neuroenhancement. Kohlhammer, Stuttgart, 2015, 152 Seiten, ISBN 978-3-17-026101-3, 27,99 Euro

Die Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe – Eine institutionsökonomische Analyse

Mit der vorliegenden Dissertation analysiert der Autor Qualitätsentwicklung in den Erziehungshilfen aus ökonomischer Sicht. Dabei liefert er im ersten Kapitel einen Überblick über relevante Qualitätsmodelle. Nachfolgend definiert er Hilfen zur Erziehung detailliert und erläutert ihre Rahmenbedingungen. Das dritte Kapitel setzt sich mit institutionsökonomischen Theorien auseinander und ermittelt auf Basis dieser die Anreize für effektives und effizientes Arbeiten. Der Transfer dieser Theorien in die Kinder- und Jugendhilfe wird im vierten Kapitel analysiert. Die Erziehungswissenschaften stehen zunehmend unter dem Druck, eine reine Marktorientierung in der Kinder- und Jugendhilfe anzustreben. Dieses Werk liefert ökonomische Argumente dagegen. Für auf dieses Gebiet spezialisierte Forscherinnen und Forscher liefert die umfangreiche Dissertation detaillierte Informationen. (lo)

MARKUS EMANUEL: Die Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe – Eine institutionsökonomische Analyse. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2015, 729 Seiten, ISBN 978-3-8487-2275-4, 149,00 Euro

Jahrbuch Sucht 2015

Das Jahrbuch liefert in übersichtlicher Form eine Fülle aktueller Fakten und Statistiken zum Konsum von Alkohol, Tabak, Medikamenten, illegalen Drogen und Glücksspiel sowie zu Delikten unter Alkohol- und Suchtmittel einfluss. Zusätzlich beinhaltet es verschiedene Artikel zur Versorgung und Rehabilitation Suchtkranker und greift aktuelle und kontrovers diskutierte Themen wie »Drug-Checking« – also die chemische Prüfung von Substanzen durch die Konsumierenden – und die Stigmatisierung alkoholkranker Menschen auf. Es handelt sich insgesamt um ein zuverlässiges Nachschlagewerk, das neben Daten auch Anregungen zu Reflexion und Weiterentwicklungen bietet. Unter anderem wird darauf hingewiesen, dass das in Deutschland im EU-Vergleich niedrige gesetzliche Mindestalter den Alkoholkonsum Jugendlicher begünstigt und im Bereich der Drogenpolitik immer noch häufig »Glaubenssätze« verbreitet werden, statt vorhandene belastbare Daten für die Planung präventiver Maßnahmen zu nutzen. (bg)

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFAGEN E. V. (HRSG.): Jahrbuch Sucht 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich, 2015, 327 Seiten, ISBN 978-3-95853-043-0, 20,00 Euro

Systemische Arbeit mit Multiproblemfamilien

Bei dem vorliegenden Band handelt es sich um eine »Best-Of-Sammlung« wichtiger Aufsätze der Autorin Marie-Luise Conen. Sie betont mit diesem Werk die verstärkte Notwendigkeit systemischer Denk- und Arbeitsweisen in der sozialen Arbeit. Der Blick auf die Fähigkeiten und Potenziale von Familien müsse in der Arbeit mit Familien wieder an Bedeutung gewinnen, beziehungsweise verteidigt werden. In den vielen Beiträgen wird der Leserschaft ein guter Überblick über systemische Methoden, strukturelle Veränderungen in der sozialen Arbeit und aktuelle Herausforderungen im Zusammenhang mit der Arbeit mit Familien gegeben. Erklärende Beispiele aus der Praxis und entsprechende Grafiken runden viele der Beiträge ab. (mc)

MARIE-LUISE CONEN: Zurück in die Hoffnung. Systemische Arbeit mit »Multiproblemfamilien«. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2015, 292 Seiten, ISBN 978-3-8497-0072-0, 34,00 Euro

Engagiert und gesund bleiben

Auf sich und seine Gesundheit achten – das ist für alle Menschen wichtig, aber ganz besonders Menschen in psychosozialen Tätigkeitsfeldern stellen häufig das Wohl der Klientinnen und Klienten mehr in den Fokus als das eigene. Doch nur, wer sich auch um sich selbst kümmert, kann sich auch um andere kümmern. Das ist es, was der Autor unter »kluger Selbstfürsorge« versteht. Neben grundlegenden Bestimmungen zu den Themen Gesundheit, Selbstsorge, Salutogenese, Sinnhaftigkeit, Resilienz und Lebensbalance enthält das Werk viele praktische Übungen zu den Themen Achtsamkeit, Bewegung und Ernährung, Stress, Glück, Gesundheit und Humor, die sich gut in den individuellen und sozialen Alltag integrieren lassen. Alle Übungen sind als zusätzliches Download-Angebot verfügbar. (js)

MATTHIAS LAUTERBACH: Engagiert und gesund bleiben – Kluge Selbstsorge in der psychosozialen Arbeit. BALANCE buch + medien verlag, Köln, 2015, 199 Seiten, ISBN 978-3-86739-145-0, 19,95 Euro

Sozialwissenschaftlich fundierte Beratung in Pädagogik, Supervision und Sozialer Arbeit

Katharina Gröning verbindet in ihrem Buch die Theorie und Praxis der Beratung. Das Buch will Beraterinnen und Beratern ein sozialwissenschaftlich fundiertes Prozessmodell für die Beratungspraxis näherbringen. Gröning kritisiert, dass Beraterinnen und Berater zunehmend »therapeutisiert« sind und einem klinischen Modell folgen. Das erste Kapitel des Buches enthält deshalb eine Kritik an den modernen Beratungsformaten und deren theoretischem Verständnis. Im Folgenden werden wichtige Begründerinnen und Begründer zentraler Beratungsformen interviewt, auf die berufsethischen Defizite in den sozialwissenschaftlichen Berufen eingegangen und die unterschiedlichen Beratungsformate erläutert. Im vierten Kapitel wird Beratung als wissenschaftlicher Prozess mit Hilfe von qualitativen Methoden der interpretativen Sozialforschung dargestellt. (ahk)

KATHARINA GRÖNING (HRSG.): Sozialwissenschaftlich fundierte Beratung in Pädagogik, Supervision und Sozialer Arbeit. Psychosozialverlag-Verlag, Gießen, 2016, 168 Seiten, ISBN 978-3-8379-2508-1, 22,80 Euro



Wie Bindung gut gelingt – Was Eltern wissen sollten

In den ersten Lebensjahren gesammelte Bindungserfahrungen prägen das gesamte Leben eines Kindes und haben Einfluss auf das eigene Beziehungs-geschehen. Die Autorin fokussiert in ihrem Ratgeber auf die Eltern-Kind-Bindung, angefangen von der Schwangerschaft bis einschließlich des dritten Lebensjahres. Thematisiert werden unter anderem Herausforderungen, mit denen Eltern im Alltag konfrontiert und von denen sie gegebenenfalls überfordert sein können. Das Buch erklärt beispielsweise den Umgang mit kindlichen Regulationsstörungen sowie eine angemessene Eltern-Kind-Kommunikation und zeigt auf, wie erfolgreiche Bindung gelingen kann. Mit einem neuen Verständnis für die Eltern-Kind-Beziehung können Wege gefunden werden, um den Bedürfnissen beider Seiten gerecht zu werden. Neben Alltagsbeispielen und anschaulichen Illustrationen ergänzen Achtsamkeitsübungen das inhaltliche Themenspektrum. Das vorliegende Buch richtet sich vorrangig an Eltern sowie an Personen, die an der Erziehung beteiligt sind. (pr)

ULRIKE ANDERSEN-REUSTER: *Wie Bindung gut gelingt. Was Eltern wissen sollten.* Schattauer, Stuttgart, 2015, 154 Seiten, ISBN 978-3-7945-3099-1, 24,99 Euro

Gesundheitskommunikation im gesellschaftlichen Wandel

Der Herausgeberband aus der Reihe »Medien und Gesundheit« präsentiert Tagungsbeiträge, die das Forschungsthema Gesundheitskommunikation im Hinblick auf neue Medien, den technischen Fortschritt und die sich verändernde Gesellschaft analysieren. Eingangs werden aus kommunikationswissenschaftlicher und ethischer Sicht die theoretischen Zugangswege des Forschungsfeldes zum Teil kritisch beleuchtet. Im folgenden Abschnitt wird der Umgang mit den Themen Eigenverantwortung, Organspende und Bewerbung verschreibungspflichtiger Medikamente in den Massenmedien beschrieben. Der Umgang und die Präsenz von Gesundheitsthemen und Ratgebern in den Online-Medien werden im dritten Kapitel behandelt. Im abschließenden Teil werden die (un)beabsichtigten Wirkungen untersucht, die Gesundheitsinformationen bei den Zielgruppen auslösen. (lo)

MARKUS SCHÄFER, OLIVER QUIRING, CONSTANCE ROSSMANN, MATTHIAS R. HASTALL, EVA BAUMANN (HRSG.): *Gesundheitskommunikation im gesellschaftlichen Wandel (Medien und Gesundheit).* Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2015, 237 Seiten, ISBN 978-3-8487-2365-2, 39,00 Euro

Systemische Organisationsberatung

Die Herausgebenden haben sowohl langjährige Erfahrungen in der Beratung von Organisationen als auch in der Ausbildung von Beraterinnen und Beratern. Das vollständig überarbeitete Buch ist in sechs Schwerpunkte aufgeteilt: Erklärungsmodelle menschlichen Handelns, Grundlagen systemischer Organisationsberatung, der Organisationsberatungsprozess, der Blick auf das soziale System, komplexe Beratungsprozesse und das Beratungssystem. Das Handbuch bietet sehr viel theoretisches Hintergrundwissen sowie Anregungen für die praktische Arbeit. Es ist daher gut geeignet für Studierende und am Thema »Beratungsprozesse in Organisationen« Interessierte. (am)

ECKARD KÖNIG, GERDA VOLMER (HRSG.): *Handbuch Systematische Organisationsentwicklung. Grundlagen und Methoden.* Verlag Beltz, Weinheim, Basel, komplett überarbeitete Auflage, 2014, 464 Seiten, ISBN 978-3-407-36549-1, 49,95 Euro

Macht und Scham in der Pflege

Themen wie Intimität und Verletzlichkeit sind in der Pflege zum Teil noch mit großer Scham besetzt. Die Autorin will mit dem Buch dazu beitragen, dass beschämende Situationen erkannt werden und sensibel damit umgegangen wird. Sie gibt einen Überblick über die Bedeutung, Quellen und Formen von Scham sowie über die Gefühle in der Pflege. Die Beschämung wird sowohl aus Sicht des Pflegepersonals als auch aus Sicht der Pflegenden dargestellt. Wie können die Pflegekräfte selbstbewusster mit Schamsituationen umgehen? Wie wirken Macht und Scham in der Pflege? Diese und weitere Aspekte werden gefühlvoll und im Dialog mit den Lesenden beschrieben. Fragen zur Selbstreflexion regen dazu an, über das eigene Schamempfinden nachzudenken und das alltägliche Pflegehandeln zu überprüfen. Das Buch richtet sich vorrangig an professionelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege sowie pflegende Angehörige. (ah)

CAROLINE BOHN: *Macht und Scham in der Pflege. Beschämende Situationen erkennen und sensibel damit umgehen.* Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, 2015, 109 Seiten, ISBN 978-3-497-02510-7, 19,90 Euro

Dorsch-Lexikon der Psychotherapie und Psychopharmakotherapie

Das Lexikon, das in seiner 1. Auflage erschienen ist, fasst zwischen »AA für Anonyme Alkoholiker« und »Zytokinhypothese der Depression« alles kompakt zusammen, was psychische Störungen und Therapieverfahren betrifft. Zentrale psychische Störungen und Behandlungsverfahren werden in vertiefenden Essays ausführlich erläutert und aktuelle Behandlungsrichtlinien ebenso einbezogen und aufgeführt wie mehr als 350 Testverfahren der klinischen Diagnostik. Psychopharmaka werden beschrieben nach ihren Ordnungskriterien, den Eigenschaften und ihrer Anwendung. Durch die Auswahl der Autorenschaft des Lexikons werden auch klinische Bezugsdisziplinen umfassend einbezogen und die jeweiligen Beiträge mit deren Namen versehen. (se)

FRANZ PETERMANN, GERHARD GRÜNDER, MARKUS ANTONIUS WIRTZ, JANINA STROHMER (HRSG.): *Dorsch-Lexikon der Psychotherapie und Psychopharmakotherapie.* Hogrefe Verlag, Bern, 2016, 1048 Seiten, ISBN 978-3-456-85562-2, 59,95 Euro

Soziale Organisationen wirkungsvoll führen

Die Autoren sind Forscher der Departemente Wirtschaft und Soziale Arbeit der Hochschule Luzern. Sie haben sich für das Projekt »Fitnessradar für soziale Organisationen« zusammengetan und sind gemeinsam mit Praktikerinnen und Praktikern der Frage nachgegangen, wie soziale Organisationen in der Praxis strategisch sowie operativ geführt werden können. Das entwickelte Instrument des Fitnessradars basiert auf der systemischen Denkweise und fördert bei dessen Anwendung die Beachtung unterschiedlicher Perspektiven. Es beschreibt mehrere Module, die bei der Führung sozialer Organisationen Beachtung finden sollten, wie zum Beispiel das Management verschiedener Anspruchsgruppen oder die Erfüllung von Qualitäts- und Berichtspflichten. (mc)

SILVAN STRICKER, PATRICK RENZ, DONAT KNECHT, ALEX LÖTSCHER, WERNER RIEDWEG: Soziale Organisationen wirkungsvoll führen. Entwicklung dank ganzheitlicher Governance – ein Fitnessradar. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2015, 200 Seiten, ISBN 978-3-8487-2394-2, 36,00 Euro

Werkzeugkoffer Gesundheit

Immer mehr Unternehmen, Organisationen und Verwaltungen investieren in die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das Thema betriebliches Gesundheitsmanagement gewinnt hierbei zunehmend an Bedeutung. Das vorliegende Werk dient allen aus den Bereichen Coaching, Training und Beratung, aber auch innerbetrieblichen Gesundheitsmanagerinnen und Gesundheitsmanagern als hilfreiches Praxishandbuch und Nachschlagewerk zur Erweiterung des eigenen Repertoires. Über 100 erprobte Übungen aus den Bereichen körperliche, seelische und soziale Gesundheit sind übersichtlich und gut nachvollziehbar sowohl für die Anwendung in Gruppen als auch in Einzelberatungen dargestellt. Ein ergänzendes Download-Angebot für die Tools rundet das Praxishandbuch ab und macht es selbst für Neulinge in diesem Themenbereich leicht anwendbar. (js)

KATJA CORDTS-SANZENBACHER, KERSTIN GOLDBECK (HRSG.): Werkzeugkoffer Gesundheit. Erfolgreich als Trainer und Coach im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, 2015, 331 Seiten, ISBN 978-3-407-36571-2, 39,95 Euro

Führen und Leiten in sozialen Einrichtungen

Das Buch möchte dazu anregen, Führung als aktiven Gestaltungsraum mit vielen Möglichkeiten zu begreifen und zu nutzen. Es werden die förderlichen Haltungen und Werte in der Führung beschrieben, Reflektionen zu Rollen und Funktionen von Führung vermittelt. Das Buch liefert praktisches und methodisches Handwerkszeug und stellt Instrumente dar. Behandelte Themen sind zum Beispiel Mitarbeitendenführung und Personalmanagement, Organisations- und Teamentwicklung, Organisationskulturgestaltung, aber auch Selbstfürsorge als Führungskraft. Spannende Führungsportraits veranschaulichen den Stoff. Übungen und Downloadmaterial erleichtern die Arbeit mit dem Buch. Das Buch ist geschrieben für Leitungen unterschiedlicher Hierarchieebenen in sozialen Einrichtungen, für schon lange in Leitung Arbeitende und für solche, die erst neu eine Leitungsstelle besetzen. Es ist aber auch geeignet für Menschen, die sich auf eine Leitungsposition vorbereiten wollen. Besonders wohltuend ist die geschlechtssensible Sprache, die durchgängig zur Anwendung kommt. (us)

GABRIELE TERGEIST: Führen und Leiten in sozialen Einrichtungen. BALANCE buch + medien verlag, Köln, 2015, 255 Seiten, ISBN 978-3-86739-087-3, 39,95 Euro

Gewalt unter der Geburt

Gewalt in der Geburtshilfe ist akzeptierter Behandlungsstandard und völlig tabuisierte Gewaltform. Die Rede ist von unnötig vielen und brutal durchgeführten vaginalen Untersuchungen, verweigerter Schmerzmitteln, nicht genehmigter Genitalverstümmelung, von medizinisch unnötigen Kaiserschnitten. Kernstück des Buches sind die Berichte von Müttern, Hebammen, Hebammenschülerinnen und -studentinnen. Die Autorin beschreibt die Folgen der Gewalterfahrungen unter der Geburt und gibt Hinweise, wie sich Schwangere auf die Geburt vorbereiten und sich dabei schützen können. (us)

CHRISTINA MUNDLOS: Gewalt unter der Geburt. Der alltägliche Skandal. Tectum Verlag, Marburg, 2015, 211 Seiten, ISBN 978-3-8288-3575-7, 16,95 Euro



Suizide im beruflichen Kontext

Das Erleben eines Suizides im beruflichen Alltag kann ein arbeitsbedingter Risikofaktor für die psychische Gesundheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen und Rettungsdienst sein. Das vorliegende Manual basiert auf einem Forschungsprojekt. Ärztliche, therapeutische und pflegerische Beschäftigte psychiatrischer Kliniken sowie Mitarbeitende aus Rettungsdienst und Feuerwehr wurden zum Erleben von Suiziden, Bewältigungsstrategien und ihren Wünschen nach Unterstützung befragt. Auf dieser Grundlage wurde ein Bewältigungskonzept für Einzelne und Teams entwickelt. Arbeits- und Gesundheitsschutz bei psychischen Belastungen sind Themen des Grundlagenteiles. Basismodule vermitteln Informationen zu Suizid, zu typischen Reaktionen auf Suizidereignisse und persönlichen Ressourcen im Umgang mit Stress. Die Bewältigungsmodule zeigen konkrete Strategien zur Unterstützung von Beschäftigten im Falle eines Suizides. Arbeitsblätter, Informationsmaterial und Fallbeispiele am Ende des Buches regen zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Stoff des Buches an. Leider fehlt eine gendersensible Sprache. (us)

FRANCISKA ILLES, JASMIN JENDREYSCHAK, CARINA ARMGART, GEORG JUCKEL: Suizide im beruflichen Kontext. Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst. Schattauer, Stuttgart, 2015, 198 Seiten, ISBN 978-3-7945-3089-2, 39,99 Euro

Das neue Begutachtungsverfahren (NBA)

Beginnend mit einer kurzen Einleitung zu den fachpolitischen Zielsetzungen der Pflegestärkungsgesetze wird zunächst der Pflegebedürftigkeitsbegriff in seiner Neufassung als Grundvoraussetzung für die Leistungsänderungen definiert. Danach dient das Buch als praktische Arbeitshilfe. Die einzelnen Module des NBA werden ausführlich und praxisnah beschrieben. Es nimmt Abstand von negativer Kritik und beschreibt das NBA als Weg zu einer verbesserten und fairen Beurteilung von Menschen mit Pflegebedarf und deren Anspruch auf Leistungen. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass das Buch auf dem Richtlinien Entwurf des GKV Spitzenverbandes in der Fassung vom 15. Dezember 2015 basiert. Um flexibel auf die endgültige Richtlinienfassung reagieren können und aufgrund einer besseren Praktikabilität ist mit dem Kauf des Buches auch die Nutzung eines Onlineportals mit zahlreichen Arbeitshilfen und Schulungsmaterial möglich (tm).

MANUELA AHMANN, SABINE HINRICHS, ANETTE PELZER: Das neue Begutachtungsverfahren (NBA). Vom Pflegestufen- zum Pflegegradmanagement: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff. Menschen und Medien GmbH, Landsberg am Lech, 2016, 208 Seiten, ISBN 978-3-86283-025-1, 99,00 Euro

Arzneiverordnungsreport 2015

Seit 1985 erscheint der Arzneiverordnungsreport als Buch. Es werden Rezepte für die Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) analysiert. Die Daten des vorliegenden Buches basieren auf den Verordnungsdaten des GKV-Arzneimittelindex von 2014, der vom Wissenschaftlichen Institut der AOK erstellt wird. Auch 2014 sind die Arzneimittelausgaben wieder kräftig gestiegen. Neben der Darstellung der allgemeinen Verordnungs- und Marktentwicklung geht es in die Details von 41 Indikationsgruppen. Analysen der Arzneiverordnungen nach Arzt- und Patientengruppen runden den Report ab. (us)

ULRICH SCHWABE, DIETER PAFFRATH (HRSG.): Arzneiverordnungsreport 2015. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2015, 1318 Seiten, ISBN 978-3-662-47185-2, 59,99 Euro

Selbstoptimierung bis zur Erschöpfung

Die Jahrestagung des AKF, die in diesem Reader dokumentiert ist, fand im November 2014 in Köln statt. Sie befasste sich etwa mit dem Thema Selbstoptimierung und Schönheitswahn, mit Resilienz, der psychischen Widerstandskraft, mit psychischer Gesundheit aus biologischer Sicht sowie Mobbing und achtsamer Organisationskultur. Besonders der Beitrag der Philosophin Alice Lagaay macht das Seinlassen erfahrbar und entwirft Dimensionen negativer Performance wie das Recht auf Müdigkeit oder Erschöpfung als Schöpfung. Das abschließende Podium diskutierte die Frage, womit es zusammenhänge, dass die psychischen Erkrankungen so sehr zunehmen und was die steigende Verordnung von Psychopharmaka bedeute. (us)

ARBEITSKREIS FRAUENGESUNDHEIT IN MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE UND GESELLSCHAFT (AFK) E.V. (HRSG.): Selbstoptimierung bis zur Erschöpfung. Widerstandskraft und psychische Gesundheit von Frauen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2015, 240 Seiten, ISBN 978-3-86321-280-3, 39,95 Euro

Der Gesundheitsmonitor 2015 – Bürgerorientierung im Gesundheitswesen

Der Gesundheitsmonitor analysiert auf Grundlage von repräsentativen Bevölkerungsbefragungen sowie Versicherten-, Patienten- und Ärztebefragungen, inwieweit die Bevölkerung über das Gesundheitswesen informiert ist, wie sie sich Informationen zu Gesundheitsfragen beschafft und wie die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen ist. Der Gesundheitsmonitor 2015 stellt vor allem die Themen Prävention und Gesundheitsförderung in den Fokus. In verschiedenen Beiträgen werden zum Beispiel die Bekanntheit gesundheitspolitischer Entscheidungen, die zunehmende Nutzung neuer Medien, die Inanspruchnahme von Zusatzleistungen, die Rolle der Apotheken und die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen beleuchtet. In einem abschließenden Interview wirft Prof. Dr. Ilona Kickbusch einen kritischen Blick auf das Präventionsgesetz. (lo)

JAN BÖCKEN, BERNHARD BRAUN, RÜDIGER MEIER-JÜRGEN (HRSG.): Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2015, 302 Seiten, ISBN 978-3-86793-680-4, 25,00 Euro

Ein Trauma ist mehr als ein Trauma

Mit einem biopsychosozialen und ressourcenorientierten Blickwinkel betrachtet dieser Herausgeberband die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen und deren Verarbeitung. Grundlegend werden gesellschaftliche Traumata und deren Weitergabe über Generationen hinweg sowie auch genderspezifische Aspekte der Traumabewältigung dargestellt. Die Traumatherapie, -beratung und Supervision wird in verschiedensten Lebensphasen und aus unterschiedlichsten Perspektiven beschrieben. Es kommen Praktikerinnen und Praktiker genauso zu Wort wie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Dieses Buch gibt einen differenzierten, aber trotzdem nicht zu detaillierten Einblick in die Traumatherapie und zeigt auf, wie der Blick auf vorhandene Ressourcen gelingen kann. (se)

SILKE BIRGITTA GAHLEITNER, CHRISTINA FRANK, ANTON LEITNER (HRSG.): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Beltz Juventa Verlag, Weinheim und Basel, 2015, 242 Seiten, ISBN 978-3-7799-3237-6, 19,95 Euro

Prävention und Psychotherapie der Insomnie

Schlafstörungen sind ein weit verbreitetes Problem und beeinträchtigen die tägliche Leistungsfähigkeit der Betroffenen. Das vorliegende Buch bietet den Lesenden einen facettenreichen Einblick in Entstehung, Diagnostik, Präventions- und Therapiemaßnahmen sowie Folgeerkrankungen der Insomnie. Dies macht das Buch besonders für Betroffene interessant. Im ersten Teil des Buches wird das Krankheitsbild definiert, mithilfe epidemiologischer Daten erklärt und die Entstehung der Krankheit anhand von etablierten Modellen der Psychologie erläutert. Die Publikation beinhaltet eine umfangreiche Übersicht über wissenschaftlich aktuelle Therapieformen, zahlreiche Schaubilder und konkrete Ratschläge. (mm)

ELISABETH HERTENSTEIN, KAI SPIEGELHALDER, ANNA JOHANN, DIETER RIEMANN: Prävention und Psychotherapie der Insomnie: Konzepte, Methoden und Praxis der Freiburger Schlafschule. Kohlhammer, Stuttgart, 2015, 95 Seiten, ISBN 978-3-17-026860-9, 34,99 Euro

Termine LVG & AFS



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

Ü-50? Perfekt! Gesundheitsförderung durch Fußball – Es ist nie zu spät und selten zu früh.

02. Juli 2016, Saarbrücken

Die Konferenz findet anlässlich des DFB-Ü50-Cup statt und wird von der LVG & AFS in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Deutschen Fußball-Bund (DFB) organisiert. In Vorträgen und Praxisbeispielen sollen die positiven Effekte von Sport und Bewegung, insbesondere von Fußball, dargestellt und gemeinsam diskutiert werden.

4. Regionalkonferenz »Gesund und aktiv älter werden« – Erst die Arbeit und dann?! – Arbeit und Gesundheit im Alter

25. August 2016, Hannover

Im Rahmen der Tagung soll aufgezeigt werden, wie die aktuelle Situation im Bereich Arbeit und Alter in Niedersachsen aussieht. Ebenfalls sollen Beispiele guter Praxis zur Nachahmung anregen und neue Impulse geben. Darüber hinaus wird beleuchtet, wie der Übergang vom Erwerbsleben in neue Wirkungsfelder (beispielsweise im Ehrenamt) gestaltet werden kann, um so auch über die Erwerbsphase hinaus die Potenziale des Alters optimal nutzen zu können.

Auftaktveranstaltung »Präventionsketten in Niedersachsen«

25. August 2015, Hannover

Wie kann ein Aufwachsen im Wohlergehen auch und gerade für jene, die schwierige und benachteiligende Lebensbedingungen bewältigen müssen, gelingen? Wie können die Teilhabechancen von Kindern erhöht werden? Präventionsketten sind eine Antwort auf diese Frage. Das Projekt »Gesund aufwachsen für alle Kinder!« wird kommunale Präventionsketten in Niedersachsen für ein gelingendes Aufwachsen in gemeinsamer Verantwortung fördern. Es ist auf einen Zeitraum von sechseinhalb Jahren angelegt. Bis zu 38 niedersächsische Kommunen können sich beteiligen und erhalten finanzielle Unterstützung, Beratung und Qualifizierung. Die Auftaktveranstaltung stellt die Projektbedingungen vor und bietet Fachwissen im Kontext von Präventionsketten.

Suizide und deren Prävention. Alter, Geschlecht, Herkunft – Unterschiede machen Unterschiede

31. August 2016, Hannover

Rund 10.000 Menschen nehmen sich in Deutschland jedes Jahr das Leben – Männer mit einem Anteil von 75 Prozent dreimal häufiger als Frauen. Dementgegen werden die meisten Suizidversuche von Frauen begangen, am häufigsten von weiblichen Teenagern und jungen Frauen. Obwohl im Lebenslauf das Suizidrisiko für beide Geschlechter steigt, ist Suizidalität im Alter ein Tabuthema besonderer Art. Die meisten Suizide werden von Personen mit psychischen Erkrankungen, besonders Depressionen, verübt. Jeder Suizid und jede Suizidalität treffen immer auch zahlreiche andere Menschen. Angehörige, Kolleginnen und Kollegen, Freundinnen und Freunde sind zurückgelassen mit Fragen von Schuld und Sinn. Diese unterschiedlichen Voraussetzungen fordern differenzierte Antworten in Beratungssituationen und in Kriseninterventionen. Dabei spielt das Internet eine immer größere Rolle. In den letzten Jahrzehnten hat sich durch wirksame Suizidprävention die Zahl der Selbsttötungen nahezu halbiert. Die Tagung wird von der AG Gender und Depression des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover veranstaltet.

Gesundheitskommunikation für Menschen im Autismusspektrum

03. September 2016, Hannover

Für Menschen mit Autismus hat der barrierefreie Zugang zum Gesundheitssystem erhebliche Bedeutung, unter anderem, da sie eine erhöhte Vulnerabilität für eine Reihe psychischer Erkrankungen aufweisen. Im Rahmen der Fachtagung sollen die vorliegenden Ansätze einer barrierefreien medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung erörtert und Weiterentwicklungsbedarfe in weiteren Disziplinen, insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention, (auch) für Menschen mit Autismus diskutieren werden.

23. Robert-Koch-Tagung

08.–09. September 2016, Lüneburg

Auf der 23. Robert-Koch-Tagung, einem Kongress für Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Niedersachsen, werden Vorträge und Workshops zu den Themen Kinder- und Jugendgesundheit, Psychiatrie, Gutachtenwesen, Umweltmedizin und Infektionsschutz behandelt. Unter anderem werden Untersuchungsalgorithmen für Flüchtlingskinder, Tuberkulose bei Flüchtlingen in Einrichtungen, Chancen und Wechselwirkungen des Landespsychiatrieplans, die Begutachtung psychischer Erkrankungen im Beamtenrecht sowie der Klimawandel und dessen Auswirkungen auf das Krankheitsspektrum in Deutschland thematisiert.

Vielfalt im Alter mit Vielfalt begegnen – Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung

15. September 2016, Bremen

Vielfalt im Alter hat viele Facetten und kann unter anderem durch Herkunft, Religion, sexuelle Orientierung, Behinderung oder auch durch den Gesundheitszustand geprägt sein. Ältere Menschen haben somit individuelle Vorstellungen und Möglichkeiten vom Leben im Alter. Die bereits vierte Bremer Regionalkonferenz der Veranstaltungsreihe »Gesund & aktiv älter werden« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) findet in Kooperation mit der LVG Bremen und der LVG & AFS statt und beleuchtet die Fragen: Was bedeutet Vielfalt im Alter? Welche Lebensentwürfe gibt es und wie können Strukturen und Angebote kultureller, sozialer und gesundheitlicher Einrichtungen so gestaltet werden, dass sie die vielfältigen Lebensformen berücksichtigen und ein gesundes Altern fördern?

Polymedikation – Die Kunst des Weglassens**17. September 2016, Hannover**

Insbesondere bei multimorbiden Patientinnen und Patienten kann die Vielzahl der zu behandelnden Symptome und Krankheitsbilder entlang der jeweiligen Leitlinien zu Polymedikation führen. Folgen können gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen und Risiken für die Patientinnen und Patienten durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder Interaktionen sein. Für eine Behandlung mit »so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig« Medikamenten sind eine enge Zusammenarbeit der behandelnden Akteure sowie eine genaue Aufklärung der Patientinnen und Patienten entscheidend. Die Fachtagung dient zum gegenseitigen Austausch und möchte für das Thema sensibilisieren und praktische Lösungsansätze aufzeigen.

**Netzwerk Kita und Gesundheit Niedersachsen
KinderGarten – GartenKinder. Die Bedeutung der Natur
für die kindliche Entwicklung****19. September 2016, Hannover**

Gesundheitsförderung in der Kindertagesstätte setzt an den Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Kita an. Sie will nicht nur Wissen vermitteln, sondern auch die Rahmenbedingungen verbessern. Eine naturnahe, bildungs- und gesundheitsförderliche Außenwelt in der Kita kann dazu vieles beitragen. Sie kann die Auseinandersetzung von Mädchen und Jungen mit Natur fördern, mit positiven Auswirkungen auf Körper und Psyche. Doch was sollten wir über den Aspekt »Natur« und deren Einfluss auf die psychische und physische Entwicklung des Kindes wissen und wie ist dieses Wissen pädagogisch umsetzbar? Wie kann eine reizvielfältige, bewegungsfördernde Umgebung in den Einrichtungen unter Nutzung des Freigeländes verwirklicht werden? Können auch kleine Freiflächen mit verwendungsoffenen Materialien bewegungsförderlich gestaltet werden? Und was können wir tun, wenn keine Freiflächen zur Verfügung stehen? Die Veranstaltung soll Wissen zu diesen und weiteren Bereichen vermitteln.

**Gesunde Räume für eine gesunde Zukunft –
Fachtagung der Gesundheitsregionen Niedersachsen****21. September 2016, Hannover**

Gesunde Räume schaffen und dauerhaft erhalten – Unter diesem Motto steht die diesjährige Fachtagung der Gesundheitsregionen Niedersachsen. Im Fokus der Betrachtung stehen dabei Kommunen als Gestalterinnen gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen. Welchen Beitrag können sie leisten, maßgeschneiderte und auf die Bedingungen vor Ort zugeschnittene Versorgungslösungen zu schaffen? Der Schlüssel scheint in einer »Health-in-all-Policies-Strategie« zu liegen. Sie zielt darauf ab, gesunde Lebens- und Wohnverhältnisse zu schaffen, indem Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention verzahnt mit der Sozial-, Bildungs-, Raum- und Verkehrsplanung vor Ort konzipiert und umgesetzt werden. Kommunen können als Planerinnen, Organisatorinnen, Vernetzerinnen und zentrale Steuerungsinstanzen in diesem Prozess eine wichtige und einflussreiche Rolle übernehmen.

**3. Gesundheitskongress – Arbeit und Gesundheit
in der Landesverwaltung****22. September 2016, Hannover**

Der dritte Gesundheitskongress hat zum Ziel, aktuelle Themen im Gesundheitsmanagement aufzugreifen, neue inhaltliche Impulse zu geben und von den Erfahrungen anderer zu profitieren. Er richtet sich an Beschäftigte der niedersächsischen Landesverwaltung.

**Niedersachsen Forum »Alter und Zukunft« –
Miteinander & Füreinander – Für ein selbstbestimmtes
Älterwerden im vertrauten Sozialraum****28. September 2016, Wilhelmshaven**

Die besondere Bedeutung des Sozialraums für ältere Menschen macht auch der Siebte Altenbericht der Bundesregierung deutlich: Neben der Daseinsversorgung der Bürgerinnen und Bürger bestimmen die lokale Infrastruktur und soziale Netzwerke maßgeblich die Qualität des Lebens im Alter mit. Dies soll auch durch das diesjährige Niedersachsen Forum untermauert werden. Ebenso sollen Wege aufgezeigt werden, wie ein aktives Altern in Selbst- und Mitverantwortung sichergestellt werden kann.

**Gesundheit und Vielfalt WEITER DENKEN! –
Erfolgreiche Ansätze für KMU****29. September 2016, Hannover**

Unternehmen wollen zukunftsfähig, wettbewerbsfähig und erfolgreich sein. Dafür brauchen sie motivierte und qualifizierte Fachkräfte und neue Führungskompetenzen im Umgang mit einer vielfältiger werdenden Belegschaft. Und auch die Beschäftigten erwarten eine bessere Balance von Arbeit, Leben und Lernen über ihre gesamte Erwerbsbiografie. Wie kann das gelingen? Wie kann eine Unternehmenskultur der Vielfalt und Gesundheit gefördert werden? Welchen Beitrag leistet das betriebliche Gesundheitsmanagement vor dem Hintergrund älter werdender Belegschaften und drohender Fachkräftengpässe? In der Kooperationsveranstaltung mit der AOK – Die Gesundheitskasse Niedersachsen werden Antworten aus Wissenschaft und Praxis gegeben.

Fachtag »Mehrfach belastete Studierende«**30. September 2016, Paderborn**

Studierende bewältigen neben dem Studienalltag häufig noch Anforderungen wie Familie, Berufstätigkeit und / oder Pflege eines Angehörigen. Studien zeigen, dass dies hoch belastend und mit gesundheitlichen Einschränkungen verbunden sein kann. Dies kann sich in Erkrankungsfällen, Leistungsabfall und sogar Studienabbrüchen äußern und stellt dadurch die Hochschulen vor komplexe Herausforderungen. Was sind Mehrfachbelastungen? An welche Ressourcen kann bei mehrfach belasteten Studierenden angeknüpft werden? Wie gehen gesundheitsfördernde Hochschulen damit um? Welche Modelle guter Praxis gibt es bereits? Was können weitere Akteure wie Politik und Interessenvertretungen tun? Der Fachtag gibt – neben Fachvorträgen – Zeit zum Austausch und zur Entwicklung von möglichen Handlungsempfehlungen für unterschiedliche Adressatengruppen. Die Tagung wird von dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen und der Universität Paderborn veranstaltet und von der BARMER GEK unterstützt.

VORSCHAU**Jahrestagung LVG & AFS:
Das Präventionsgesetz in seiner Umsetzung****14. September 2016, Hannover****9. Niedersächsischer Aktionstag für seelische Gesundheit
Der Mensch im Mittelpunkt – Selbsthilfe stärken****20. Oktober 2016, Uelzen****Preisverleihung des 6. Niedersächsischen Gesundheitspreises****28. November 2016, Hannover**

Psychische Störungen, Gender und Stigma: Welche Konsequenzen ergeben sich für Beratung und Psychotherapie?

28. Oktober 2016, Hannover

17. SOPHIA-Fachtagung

29. November 2016, Hannover

Schulverpflegung in Bewegung – Lebensmittelwertschätzung in der Schule!

22. November 2016, Hannover

Zusammen sind wir bunt. Interkulturelle Öffnung der Selbsthilfe

24. November 2016, Hannover

Hinsehen und Handeln: Werte und Führung im Fokus

07. Dezember 2016, Hannover

IMPRESSUM



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 50 55 95

E-Mail: info@gesundheits-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Sven Brandes, Mareike Claus, Sabine Erven, Sandra Exner, Dr. Birte Gebhardt, Alina Handelsmann, Jan Kreie, Arvid Kuhn, Angelika Maasberg, Mirko Meister, Tanja Möller, Lea Oesterle, Dr. Maren Preuß, Elena Reuschel, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornewitz, Patrizia Rothofer, Stephanie Schluck, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Janna Stern, Nicole Tempel, Theresa Vanheiden, Marcus Wächter-Raquet, Veronika Wurga, Birgit Wolff

» **Beiträge:** Thomas Altgeld, Bettina Berg, Prof. Dr. Beate Blättner, Dr. Andrea Dehn-Hindenberg, Sabine Erven, Sandra Fallkson, Dirk Gansefort, Prof. Dr. Raimund Geene, Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Angelika Hessling, Prof. Dr. Elke Hotze, Dr. phil. Ingeborg Jahn, Felicitas Jung, Prof. Lotte Kaba-Schönstein, Katharina Kapsch, Heidrun Kohfal-Langmack, Regina Kraushaar, Jan Kreie, Dr. Monika Kücking, Uta Maercker, Dr. Nadine Pieck, Britta Richter, Patrizia Rothofer, Daniela Schleyer, Stefani Schönhardt, Janna Stern, Nicole Tempel, Prof. Dr. Petra Wihofszky

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 92: 05.08.2016

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» **Auflage:** 8.500

» **Gestaltung:** Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» **Druck:** Interdruck Berger & Hermann GmbH

» **Erscheinungsweise:** 4 x jährlich, im Quartal

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

» **Titelbild:** © Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» **Fotos:** © Fotolia.COM: rcx, eyetronic, Oksana Kuzmina, Photographee.eu, micromonkey, fotomek, Maria Sbytova, Robert Kneschke, Microgen, highwaystarz, Syda Productions, nexusbby, Kzenon, hvostik16, Budimir Jevtic, ronstik



CAREalisieren 2. Halbjahr 2016

Im Pflege- und Gesundheitssektor jagt derzeit eine Neuerung die andere: Das neue Strukturmodell für die Pflegedokumentation, das neue Begutachtungsassessment, die Pflegestärkungsgesetze I, II und III. Das CAREalisieren Fortbildungsprogramm möchte Führungs- und Fachpflegekräfte auch im zweiten Halbjahr 2016 dabei begleiten, die Änderungen umzusetzen, Themen kritisch zu diskutieren und fachliche Kompetenzen weiterzuentwickeln. Ein Großteil der Fortbildungen erfüllt hierbei die Anforderungen an die Fortbildungen für Betreuungskräfte nach §87 b SGB XI.

TERMINE CAREalisieren 2. Halbjahr 2016

Zusammen gedacht! Das neue Begutachtungsassessment (NBA) und die Strukturierte Informationssammlung (SIS)

04. August 2016

Der Schlüssel zur anderen Welt – Musik in der Betreuung von Menschen mit Demenz

18. August 2016

Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote vor dem Hintergrund des Pflegestärkungsgesetzes I und II

24. August 2016

Das neue Begutachtungsassessment (NBA) – der sichere Weg zum richtigen Pflegegrad!

06. September 2016

Das Pflegestärkungsgesetz 2 (PSG II): Die ambulanten Chancen

15. September 2016

NATÜRLICH orientiert! Angebote im Garten und in der Natur Rund ums Jahr

21. September 2016

Tagespflege 2017 – Wirtschaftliche und konzeptionelle Ausrichtung nach PSG II

26. September 2016

**»Ich habe da mal eine Frage...«
Basiskompetenzen für die Beratung**

29. September 2016

NIEDERSACHSEN

13.08.2016 » Natürlich gesund bleiben! Neue Impulse für ein aktives Älterwerden durch Sport und Bewegung, Clausthal-Zellerfeld, Kontakt: LandesSportBund Niedersachsen, Dagmar Krause, Fax: (05 11) 12 68-43 05, E-Mail: dkrause@akademie.lsb-nds.de, Internet: www.lsb-niedersachsen.de

23.08.2016 » Innovative Zugangswege in der Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe, Hannover, Kontakt: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Tel.: (05 11) 6 26 26 60, E-Mail: info@nls-online.de, Internet: www.nls-online.de

25.08.2016 » Sexting – Kein Problem?, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Tel.: (05 11) 85 87 88, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de, Internet: www.jugendschutz-niedersachsen.de

16.–17.09.2016 » Konfliktmanagement-Kongress 2016, Hannover, Kontakt: Peter Röthemeyer, Tel.: (05 11) 1 20 50 86, E-Mail: mail@km-kongress.de, Internet: www.km-kongress.de

19.09.2016 » Niedersächsischer Fachtag Wohnen im Alter, Vechta, Kontakt: Niedersachsenbüro Neues Wohnen im Alter, Tel.: (05 11) 16 59 10 80, E-Mail: info@neues-wohnen-nds.de, Internet: www.neues-wohnen.de

BUNDESWEIT

07.–08.07.2016 » Armutskongress, Berlin, Kontakt: Der Paritätische Gesamtverband, Tel.: (0 30) 24 63 60, E-Mail: armutskongress@paritaet.org, Internet: www.armutskongress.de

13.07.2016 » Betriebliche Gesundheitsförderung in der Kita, Kiel, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V., Tel.: (03 41) 9 42 94, E-Mail: gesundheit@lvfsh.de, Internet: www.lvfsh.de

28.08.–02.09.2016 » 11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie »Health – Exploring Complexity«, München, Kontakt: Interplan Congress, Tel.: (0 89) 5 48 23 47 71, E-Mail: hec2016@interplan.de, Internet: www.hec2016.eu

07.–10.09.2016 » Gerontologie und Geriatrie Kongress 2016: Leben und Altern – Funktionalität und Qualität, Stuttgart, Kontakt: Aey Congress GmbH, Tel.: (0 30) 29 00 65 94, E-Mail: dggg2016@aey-congress.de, Internet: www.gerontologie-geriatrie-kongress.org

07.–10.09.2016 » 14th International Conference on Communication in Healthcare (EACH), Heidelberg, Kontakt: Christiane Edelmann-Mohr, Tel.: (0 62 21) 54 34 03, E-Mail: christiane.edelmann-mohr@zuv.uni-heidelberg.de, Internet: www.each2016.de

07.–10.09.2016 » 11. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Leipzig, Kontakt: Interplan Congress, Tel.: (0 89) 5 48 23 47 71, E-Mail: info@interplan.de, Internet: www.palliativkongress.de

08.–10.09.2016 » 10. Kongress der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum: Transkulturelle Kompetenz in der Behandlung – Gesundheitsversorgung und Ethik als interdisziplinäre Herausforderung, Bielefeld, Kontakt: CE-Management, Tel.: (00 43) 6 99 10 43 00 38, E-Mail: office@ce-management.com

14.–16.09.2016 » Metropolis: Gesundheit anders denken. 52. Jahrestagung der DGSM, Kontakt: Universitätsklinikum Essen, Tel.: (02 01) 92 23 92 02, E-Mail: ruhrpott2016@uk-essen.de, Internet: www.ruhrpott2016.de

16.09.2016 » Inklusiver Arbeitsmarkt – zwischen menschenrechtlichem Anspruch und vielfältigen Barrieren, Hamburg, Kontakt: Ev. Hochschule Hamburg für Soziale Arbeit & Diakonie, Tel.: (0 40) 65 59 11 83, E-Mail: info@zedis-ev-hochschule-hh.de

20.09.2016 » Quartiersmanagement in der Sozialen Stadt, Berlin, Kontakt: Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB) und Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), Juliane Wagner, Tel.: (02 28) 99 40 12 33 5, E-Mail: juliane.wagner@bbr.bund.de, Internet: www.bbsr.bund.de

22.09.2016 » Auf dem Weg in die superdiverse Kommune, Hamburg, Kontakt: Körper Stiftung, Karin Haist, Tel.: (0 40) 8 08 19 21 65, E-Mail: haist@koerber-stiftung.de

22.–24.09.2016 » Auf Augenhöhe. Zur Bedeutung der Menschenwürde in Medizin und Gesundheitswesen, Kontakt: Universität Bielefeld, E-Mail: aem.jahrestagung2016@uni-bielefeld.de, Internet: www.uni-bielefeld.de/aem2016

26.09.2016 » Brennpunkt Diabetes: Herausforderung für Gesellschaft, Versorgung und Forschung, Düsseldorf, Kontakt: Deutsches Diabetes-Zentrum, Tel.: (02 11) 3 38 20, E-Mail: kontakt@ddz.uni-duesseldorf.de, Internet: www.ddz.uni-duesseldorf.de

29.09.–01.10.2016 » 9. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft »Demenz. Die Vielfalt im Blick«, Saarbrücken, Kontakt: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Tel.: (0 30) 25 93 79 50, E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de, www.demenz-kongress.de

30.09.2016 » Gesundheitsförderung und Prävention für Ältere Menschen in der Kommune – Herausforderung und Chancen, Berlin, Kontakt: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Tel.: (02 21) 8 99 20, E-Mail: gesund-aktiv-aelter-werden@bzga.de, Internet: www.gesund-aktiv-aelter-werden.de

30.09.–01.10.2016 » 1. Gemeinsamer Kongress der DGSP und DGPR für Sportmedizin und kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation »Gib dem Risiko keine Chance«, Frankfurt am Main, Kontakt: Intercongress Freiburg, Simone Schmalz, Tel.: (07 61) 69 69 92 42, E-Mail: simone.schmalz@intercongress.de

30.09.–01.10.2016 » Deutscher Kita-Kongress 2016: Die Zukunft Ihrer Kita erfolgreich gestalten, Frankfurt am Main, Kontakt: Akademie für Kindergarten, Kita und Hort, Tel.: (0 29 41) 8 28 65 79, E-Mail: info@kindergartenakademie.de, Internet: www.kindergartenakademie.de

INTERNATIONAL

09.–12.07.2016 » 24th Biennial Congress of the European Association for Cancer Research, Manchester (Großbritannien), Kontakt: ECCO – the European CanCer Organisation, Tel.: (00 32) 0 27 75 02 01, E-Mail: EACR24@ecco-org.eu, Internet: www.ecco-org.eu/EACR24

04.–05.08.2016 » 18th International Conference on Risk Assessment and Management, Amsterdam (Niederlande), Kontakt: World Academy of Science, Internet: www.waset.org/conference/2016/08/amsterdam/ICRAM/home

24.08.2016 » Nationale Tagung für betriebliches Gesundheitsmanagement 2016: Unternehmenskultur und Gesundheitsmanagement, Zürich (Schweiz), Kontakt: Gesundheitsförderung Schweiz, Tel.: (00 41) 3 13 50 04 04, E-Mail: office.bern@promotionsante.ch

17.09.–20.09.2016 » Espen Congress on Clinical Nutrition & Metabolism, Kopenhagen (Dänemark), Kontakt: ESPEN 2016, Tel.: (00 41) 2 23 39 95 80, E-Mail: espen2016@mci-group.com, Internet: www.espen.org/congress/next-congresses