

116 impulse

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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



New Public Health

EDITORIAL »

Alles wird kleinteiliger! Deutschland steuert auf den dritten Corona-winter zu und ein Bundesgesetz, dass alle entscheidenden Maßnahmen den Ländern überlässt und am Karfreitag 2023 in seiner Gültigkeit endet, soll es richten. Die fast schon tragischen nachholenden Diskussionen, was man wann hätte was wissen können und tun müssen, bestimmen den Umgang der Politik mit der COVID-19-Pandemie. Was man tun kann für mehr Gesundheit von allen, weiß eigentlich Public Health, aber Public Health-Expert*innen waren als Politikberatung deutlich weniger gefragt als Virolog*innen. Welche Public Health-Koryphäe kann sich mit dem Bekanntheitsgrad des Virologen Drosten messen?

Public Health, also die Wissenschaft und Praxis öffentlicher Gesundheit, ist in Deutschland noch nicht richtig etabliert – eine Nische von Enthusiast*innen könnte man böse sagen. Aber in diesem Heft wird gezeigt, wie welche Handlungsfelder und Themen New Public Health voranbringen können: Von planetarer Gesundheit, den gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels, dem Potenzial anderer Gesundheitsberufe als der Medizin, bis hin zu Kinderrechten, Gesundheitskommunikation und -berichterstattung. Das Potenzial für gesundheitliche Chancengleichheit ist in Deutschland nicht einmal in Ansätzen ausgeschöpft. New Public Health kann die Weichen dafür stellen, wenn es politisch endlich gewollt wird und in öffentliche Gesundheit genauso viel und genauso unkompliziert investiert wird wie in die teure Reparaturmedizin.

Die nächsten impulse-Ausgaben in diesen Jahr haben die Schwerpunktthemen »New Work im Gesundheitswesen« (Redaktionsschluss 15.10.2022) und »Armut reloaded« (Redaktionsschluss 15.01.2023). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an diesen kommenden Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und News zu beteiligen.

Mit herbstlichen Grüßen aus Hannover und Bremen!

Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

- New Public Health? 02
- Novellierung des Präventionsgesetzes 03
- Der öffentliche Gesundheitsdienst 04
- Zukunftsfähige Gesundheitsberichterstattung 06
- E-Gesundheit. Ein deutscher Traum? 08
- Die scheinbar Unerreichbaren 09
- Planetare Gesundheit und Public Health 10
- Klimawandel und Klimaanpassung 11
- Kinderrechte in der Krise 12
- Potenziale der Pflegeberufe 13
- Herausforderung Klimawandel – Pflege(wissenschaft) 14
- Build back fairer 15
- Gesundheits- und Arbeitsförderung gemeinsam gedacht 16
- Die Covid-19-Pandemie 18
- Psychosoziale Hilfe für Geflüchtete aus der Ukraine 20
- Die Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes .. 20
- Lokales Integriertes Gesundheitszentrum für Alle (LIGA) 21
- Die Regulierung von Cannabis 22
- Abschied von der Fachkraftquote 23
- Männerschuppen 24
- Suchtprävention 25
- Bewegte, gesunde Schule 26
- Empowerment geflüchteter Frauen 27
- Bücher, Medien 28
- Termine LVG & AFS 30
- Termine 32
- Impressum 19

impulse bestellen:

Wenn Sie die impulse regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie die Zeitschrift bitte unter Angabe der Bezugsart (per E-Mail als PDF oder per Post als Druckexemplar) unter folgender E-Mail-Adresse: impulse@gesundheit-nds.de
Bitte beachten Sie hierfür auch unbedingt den Kasten »In eigener Sache« auf Seite 17.



THOMAS ALTGELD

New Public Health? – Kollektives Handeln für nachhaltige bevölkerungsweite Verbesserung der Gesundheit verzweifelt gesucht

Kurz vor dem dritten Corona-Winter beschloss der Bundestag im September 2022 nach langem parteipolitischem Gezänk einen Rechtsrahmen für die Corona-Schutzmaßnahmen, der vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 gelten soll. Der 7. April 2023? Das ist der Karfreitag 2023 – das Gesetz macht somit einen ungebremsten, freien Osterreiseverkehr unabhängig von der Infektionslage im Frühjahr möglich. Bleiben da noch Fragen offen, ob gesundheits- oder wirtschaftspolitische Überlegungen bei der Gesetzesabfassung eine größere Rolle gespielt haben? Beibehalten wird die infektionsspolitische Kleinstaaterei, denn verschärfte Maßnahmen wie FFP2-Maskenpflicht für Innenräume oder Personenobergrenzen für Veranstaltungen können nur von den Länderparlamenten beschlossen werden. Weniger Public Health geht kaum.

»Gesundheit ist zu Beginn des 21. Jahrhunderts nicht mehr nur ein privater Wert, aufgehoben in der Versorgungsintimität einer individuellen, ausschließlich privat organisierten Medizin, sondern – ähnlich wie am Ende des 19. bzw. Beginn des 20. Jahrhunderts – eine öffentliche Aufgabe«. So klar und vermeintlich einfach definiert Schwartz (2013) Public Health in einem Standardlehrbuch zum Thema. Aber schon der Begriff »Public Health« ist seit seiner Wiederetablierung in Deutschland zu Beginn der 1990er Jahre eigentlich nicht über Fachkreise hinaus gedrungen. Die von Rosenbrock in dieser Zeit hoffnungsvoll diagnostizierte »nachholende Modernisierung« des deutschen Gesundheitssystems, immerhin des drittteuersten in der Welt, ist ausgeblieben.

Mehr Gesundheit bei weniger gesundheitlicher Ungleichheit ist ein schönes Ziel, aber bislang keine Realpolitik

Lange vor der Covid-19-Pandemie hatte Beaglehole Public Health als »kollektives Handeln für nachhaltige bevölkerungsweite Verbesserung der Gesundheit« (2004) neu definiert. Das WHO-Regionalkomitee für Europa formulierte dazu 2012 einen Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Darin sind sehr präzise zehn Essential Public Health Operations (EPHO) formuliert:

- » 1. Surveillance von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung,
- » 2. Beobachtung von Gesundheitsgefahren und gesundheitlichen Notlagen und Gegenmaßnahmen,
- » 3. Gesundheitsschutzmaßnahmen (u.a. in den Bereichen Umwelt-, Arbeits- und Nahrungsmittelsicherheit),
- » 4. Gesundheitsförderung, einschließlich Maßnahmen in Bezug auf soziale Determinanten und gesundheitliche Maßnahmen,
- » 5. Krankheitsprävention, einschließlich Früherkennung,
- » 6. Gewährleistung von Politikgestaltung und Steuerung (Governance) für mehr Gesundheit und Wohlbefinden,
- » 7. Gewährleistung einer ausreichenden Zahl von fachkundigem Personal im Bereich der öffentlichen Gesundheit,
- » 8. Gewährleistung von nachhaltigen Organisationsstrukturen und Finanzierung,
- » 9. Überzeugungsarbeit, Kommunikation und soziale Mobilisation für die Gesundheit,
- » 10. Förderung der Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit zwecks Anwendung in Politik und Praxis.

Der Aktionsplan sollte den Mitgliedstaaten helfen, »mehr Gesundheit bei weniger gesundheitlicher Ungleichheit zu erreichen«. Doch der Aktionsplan ist in Deutschland praktisch nicht rezipiert worden, geschweige denn, dass es politische Anstrengungen gegeben hätte, auch nur in einem Handlungsfeld nennenswerte Fortschritte zu erzielen. Eine ebenso inferiore Rolle spielte bislang der von der WHO zeitgleich entwickelte »Health in All Policies«-Ansatz (HiAP). Die 2013 verabschiedete Helsinki-Erklärung der 8. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung definiert HiAP als »ein Konzept für die öffentliche Politik in allen Sektoren, die systematisch die Auswirkungen von Entscheidungen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme berücksichtigt, Synergien sucht und schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit vermeidet, um die Gesundheit der Bevölkerung und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern«.

Dabei gab es hierzulande frühzeitig Forderungen nach einer »radikalen Umstrukturierung in Deutschland«, wie in der Stellungnahme der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina im Juni 2015. Diese benennt klar die Voraussetzungen für effektive Public-Health-Systeme, nämlich »herausragende Forschung und Wissenschaft, breit aufgestellte Lehre und Ausbildung sowie eine entsprechend gut ausgestattete Infrastruktur auf dem neusten Stand«. Auch das 2017 gegründete Zukunftsforum Public Health, ein Zusammenschluss von Akteur*innen aus Wissenschaft und Praxis, die sich für die öffentliche Gesundheit einsetzen, hat sich zum Ziel gesetzt, eine Public-Health-Strategie für Deutschland zu entwickeln und orientiert sich an den EPHOs.

Health-over-All-Policies ohne nachhaltige Lerneffekte

Von einer »gut ausgestatteten Infrastruktur auf dem neuesten Stand« war jedoch zu Beginn der Coronapandemie kaum etwas zu spüren. Im Gegenteil, es fehlten sogar die Basics, wie Schutzausrüstungen für medizinischen Personal oder eine digitale Infrastruktur im Öffentlichen Gesundheitsdienst und Gesundheitsversorgung. Dennoch avancierten der Gesundheitsminister im Bundeskabinett und das Gesundheitsamt auf kommunaler Ebene zum Richtungsgeber für alle anderen Politikbereiche. Insgesamt vier umfassende »Gesetze zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite« brachte der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in den Bundestag ein – mit weitreichenden Folgen wie Lockdowns, Schulschließungen und Milliardenpaketen zur Wirtschaftsförderung. Gesundheitsschutz dominierte eine Zeit lang alle Politikbereiche, also eher Health over All Policies.

Der sehr schnell erkennbaren Überforderungssituation der Gesundheitsämter vor Ort sollte mit dem im September 2020 beschlossenen »Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst« begegnet werden. Der Pakt, der mit vier Milliarden Euro Ausstattung und einer fünfjährigen Laufzeit beschlossen wurde, greift allerdings viel zu kurz, weil er nicht inhalts-, sondern strukturdeterminiert ist. Ein Gros des Geldes wird für mehr (und besser bezahltes) Personal und Digitalisierung zur Verfügung gestellt, die zentralen Stellschrauben des »New Public Health« werden dabei nicht angegangen. Gesundheitliche Chancengleichheit spielt in der Diskussion und leider auch in der bisherigen Umsetzung keine Rolle. Auch der im Dezember 2021 unterschriebene Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung setzt dazu keine deutlichen Schwerpunkte, nur die Verlängerung des Paktes und die »effiziente und dezentrale Bevorratung von Arzneimittel- und Medizinprodukten sowie regelmäßige Ernstfallübungen für das Personal für Gesundheitskrisen«.

Große Aktivität bei der Produktion von Stellungnahmen hat ein anderer Passus des Koalitionsvertrages ausgelöst: »Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geht in einem Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit am Bundesministerium für Gesundheit auf, in dem die Aktivitäten im Public Health-Bereich, die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheitskommunikation des Bundes angesiedelt sind«. Ein neues Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit weckt offenbar die Fantasie und die Begehrlichkeiten von Berufsverbänden, wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Krankenkassen und anderen Akteur*innen. Aber ein Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit zu kreieren, ohne dass eine umfassende Public-Health-Strategie für Deutschland erarbeitet wurde, ist wahrscheinlich eine Kopfgeburt ohne Unterleib.

Ein kleines Schrittchen in die richtige Richtung setzte das Bundesministerium für Gesundheit mit seiner neuen Organisationsstruktur vom April 2022. Die Abteilung 6 heißt nun »Öffentliche Gesundheit« mit den beiden Unterabteilungen »Gesundheitssicherheit« und »Öffentliche Gesundheit, Grundsatzfragen der Prävention und Gesundheitsförderung«. Da wird organisatorisch zumindest einiges zusammengeführt, was zentrale Bausteine für New Public Health sein könnten, unter anderem OneHealth, Gesundheitsschutz, Klima und Gesundheit, Trinkwasserqualität, Nachhaltigkeit und Gesundheitsförderung.

Marmot et al. legten im Herbst 2020 einen Bericht zur Situation der Bevölkerungsgesundheit in Großbritannien vor, der bereits in der Überschrift »Build back fairer« einen neuen Weg für die Nach-Corona-Zeit wies: Er machte deutlich, dass es keine Rückkehr zum Status quo ante geben kann, sondern Politik den Impetus der Pandemie nutzen müsse und könne, um endlich die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten anzugehen. Auch für Deutschland ist genau das die zentrale Herausforderung für eine nachhaltige bevölkerungsweite Verbesserung der Gesundheit.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum

KIRSTEN KAPPERT-GONTHNER, BEATE GROSSMANN

Novellierung des Präventionsgesetzes nach State-of-the-Art?

Gesundheit entscheidet sich im Alltag. Welche Gesundheitschancen Menschen haben, wie lange und vor allem mit welcher Lebensqualität sie leben – das konstituiert sich im Wesentlichen in den Lebenswelten. Die Bedingungen und die Verhältnisse, unter denen wir zur Schule oder in den Kindergarten gehen, arbeiten, wohnen und unsere Freizeit gestalten, haben maßgeblichen Einfluss auf unsere Gesundheit. Um sowohl die körperliche als auch die seelische Gesundheit über die gesamte Lebensspanne hinweg zu stärken, muss an den Strukturen angesetzt werden. Gesundheitsfördernde Lebensbedingungen für alle zu schaffen und insbesondere die Verhältnisprävention zu stärken, sind somit zentrale gesellschaftliche und politische Aufgaben.

Es reicht dafür nicht aus, das weitestgehend medizinisch ausgerichtete Versorgungssystem auszugestalten und »klassische« Gesundheitspolitik zu betreiben. Wenn wir berücksichtigen, wie wichtig die Arbeitsbedingungen für die Gesundheit sind, in Betracht ziehen, dass die Klimakrise unsere Gesundheit gefährdet und bedenken, wie eng Bildung und Gesundheit zusammenhängen, dann machen diese wenigen Beispiele schon deutlich: Gesundheitsförderung ist als ressortübergreifende Aufgabe zu organisieren. Wir brauchen Health-in-All-Policies als den zentralen Ansatz für eine zukunftsfähige Politik und damit eine »gesunde Politik«, die über bloße »Gesundheitspolitik« hinausgeht. Annähernd jede politische Entscheidung hat einen Einfluss auf unsere Gesundheit, weshalb ein Gesundheitscheck für alle Gesetze sinnvoll wäre.

Das Präventionsgesetz – Mittel für die Lebenswelten

Viele Jahre forderte die Fachwelt deshalb ein Gesetz zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Es sollte unter anderem folgende Erfordernisse regeln: Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu gestalten, Forschung auszubauen, die Auswirkungen sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit vor allem durch verhältnispräventive Maßnahmen zu mildern und die finanziellen Mittel deutlich zu erhöhen. Den Vorgaben des Koalitionsvertrages vom 27. November 2013 entsprechend und unter Berücksichtigung der föderalen Kompetenzordnung durch das Grundgesetz, trat am 17. Juli 2015 das Gesetz zur



Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention – kurz Präventionsgesetz (PrävG) – nach drei gescheiterten Anläufen in den vorausgegangenen drei Legislaturperioden endlich in Kraft.

Es intendiert im Wesentlichen, die für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stehenden Finanzmittel zu erhöhen, Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten zu stärken sowie die betriebliche Gesundheitsförderung insbesondere für kleine und mittelständische Betriebe zu intensivieren. Um das zu erreichen, wurden Vorgaben eingeführt, die die Kooperation der Sozialversicherungsträger untereinander, aber auch mit anderen Akteur*innen stärken sollen. Insbesondere die Krankenkassen werden in die Pflicht genommen: Sie müssen Mehrleistungen für Prävention und Gesundheitsförderung erbringen (§ 20 Abs. 6 SGB V) und ihre Leistungen in gemeinsamen kassenübergreifenden Koordinierungsstellen (§ 20b Abs. 3 SGB V) auf Landesebene, in Zusammenarbeit mit regionalen Unternehmensorganisationen, in den Betrieben anbieten.

Vorschläge zur Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes

Seither zeigt sich eine erfreuliche Entwicklung. Prävention hat an Bedeutung gewonnen, wird umfassender interpretiert und viele Akteur*innen haben damit begonnen, gute Ansätze und Projekte niedrigschwellig zu etablieren. In ihrer Stellungnahme zum ersten Bericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) schätzt deshalb die Bundesregierung die Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung als grundsätzlich gut ein. Dennoch wird von den Koalitionspartner*innen Nachbesserungsbedarf gesehen: Für diese Legislaturperiode haben sich die Ampel-Parteien die Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes vorgenommen.

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) hat deshalb Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes formuliert und auf ihrer Mitgliederversammlung im Mai 2022 verabschiedet. Zu den folgenden drei Punkten wird Entwicklungsbedarf gesehen, um die Umsetzung des PrävG noch stärker auf gesundheitsförderliche Lebenswelten (Verhältnisprävention via Setting-Ansatz) auszurichten sowie die Zusammenarbeit von Prä-

ventionsakteur*innen und die Bündelung zahlreicher Präventionsmaßnahmen zu intensivieren:

- » 1. Die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung dauerhaft und umfassend absichern und verlässliche Kooperationsvereinbarungen schaffen
- » 2. Die Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung weiter verbessern
- » 3. Die Beteiligungsmöglichkeiten der Organisationen der Zivilgesellschaft intensivieren und ausweiten

Präventionsleistungen sollen innovativ, digital und barrierefrei ausgebaut werden und solche Leistungen gestärkt werden, die an strukturellen Rahmenbedingungen ansetzen. Zudem sollte die NPK um Vertreterinnen und Vertreter der Zivilgesellschaft erweitert und die Beratungsfunktion des Präventionsforums aufgewertet und verbindlicher gestaltet werden.

Durch das BVPG-Eckpunktepapier werden also insbesondere die zwar kompetenzrechtlich erklärbar, aber nicht befriedigende einseitige Verteilung der finanziellen Lasten auf die Schultern der gesetzlichen Krankenversicherung, die nur ansatzweise gelungene Gestaltung eines ressortübergreifenden Ansatzes und eine bisher zu schwache Konstruktion von verbindlicher Zusammenarbeit der verschiedenen Beteiligten adressiert.

Die Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes bietet die Chance, den Schwerpunkt auf die Lebenswelten und Verhältnisprävention noch stärker gesetzlich zu verankern. Gerade vor dem Hintergrund der Klimakrise wird deutlich, wie wichtig nicht nur Primär-, sondern auch Sekundär- und Tertiär-Prävention sind. Klimaschutz ist Gesundheitsschutz! Soziale Gerechtigkeit ist dabei ein grundlegender Baustein für bessere Gesundheitschancen.

Es gilt also, den weiteren Verlauf der Umsetzung des Präventionsgesetzes kritisch-konstruktiv zu begleiten. Dieser anspruchsvollen Aufgabe stellen wir uns als BVPG gern.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. KIRSTEN KAPPERT-GONTHNER, Präsidentin der Bundesvereinigung

Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG),

DR. BEATE GROSSMANN, Geschäftsführerin der BVPG,

Heilsbachstraße 30, 53123 Bonn,

E-Mail: info@bvpraevention.de,

Internet: <https://bvpraevention.de>

JOSEPH KUHN

Der öffentliche Gesundheitsdienst auf dem Weg in die Zukunft

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist eine neuzeitliche Einrichtung. Die Vorstellung, dass die Gesundheit der Bevölkerung nicht nur Privatsache ist, sondern auch eine öffentliche Angelegenheit, setzte sich im 19. Jahrhundert durch. Die Anbindung öffentlicher Gesundheit an die Staatsaufgaben hat allerdings ein Janusgesicht entwickelt, bis hin zur Beteiligung der Gesundheitsämter an den nationalsozialistischen Medizinverbrechen. Daraus resultiert eine besondere ethische Verantwortung im Spannungsfeld von öffentlicher Gesundheit und individueller Freiheit, die auch gegenwärtig, zum Bei-



spiel in der Impfpflichtdebatte, von essenzieller Bedeutung ist. Anfang des 19. Jahrhunderts war dieses Spannungsfeld allerdings anders gelagert als heute. Damals war obrigkeitstaatliches Denken »normal« und die Gesundheitsrisiken resultierten vor allem aus Armut, geringer Bildung, ungesunden Wohnverhältnissen, schwerer Arbeit, Seuchen sowie dem noch unzureichenden Wissen über solche Risiken. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung war niedrig und in Friedenszeiten gab es wenig Migration. Ein paternalistischer und von Gefahrenabwehr geprägter Gesundheitsschutz war damals zeitgemäß.

Seitdem haben sich die Rahmenbedingungen öffentlicher Gesundheit erheblich verändert. Die westlichen Gesellschaften sind Gesellschaften des langen Lebens geworden, viele der »alten« Gesundheitsgefahren sind stark eingedämmt, die Bevölkerung ist multiethnisch und multikulturell, mit hoher, auch internationaler Mobilität. Das Verhältnis von Bürger*innen und Staat hat sich ebenfalls grundlegend geändert. An die Stelle des Obrigkeitsstaates ist in vielen Belangen eine selbstbewusste Zivilgesellschaft getreten. Für die Krankenversorgung gibt es ein hochentwickeltes Gesundheitswesen, das vielfach mit Zivilisationskrankheiten zu tun hat, die Folgen von Lebenslagen und Gesundheitsverhalten in Form kumulierter Risiken bei hoher Lebenserwartung sind. Prävention ist so eine ausgesprochen komplexe Herausforderung: Es gilt vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Risikoanalysen zu intervenieren, Wissen aus Analysen als »gesundheitliche Aufklärung« zu vermitteln, partizipativ zu handeln, und über die medizinische Sphäre hinaus »Health in All Policies« zu adressieren, nicht zuletzt mit Blick auf die gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit.

Reformdruck:

Ein moderner ÖGD braucht »doppelte Kompetenz«

Zugleich bleibt es notwendig, auch weiterhin Trinkwasser, Lebensmittel, Arbeit, Wohnverhältnisse usw. zu kontrollieren. Für die Gesundheitsämter resultiert daraus die Anforderung einer »doppelten Kompetenz«. In vielen Bereichen, zum Beispiel im Infektionsschutz, geht es auch heute um Gefahrenabwehr. Überwachung und Anordnung sind hier unverzichtbare Handlungsformen. In anderen Bereichen ist dagegen ein vernetztes, beratungsorientiertes, zivilgesellschaftliches

Handeln notwendig. Kommunale Gesundheitskonferenzen lassen sich nicht mit amtsärztlichen Verfügungen organisieren. Allerdings sind auch die alten Überwachungsaufgaben nicht mehr obrigkeitsstaatlich zu erledigen. Die Gesundheitsämter stehen vor diesem Hintergrund seit vielen Jahren unter Reformdruck, sowohl konzeptionell als auch organisatorisch. Dokumentiert ist dies zum Beispiel in der Bundestagsdrucksache 10/3374 aus dem Jahr 1985, die sich wie ein aktuelles Reformpapier für den ÖGD liest, ebenso in den diversen Bestandsaufnahmen zur ÖGD-Reform ab den 1980er Jahren. War der ÖGD in den Nachkriegsjahrzehnten als Folge seiner Beteiligung an den nationalsozialistischen Medizinverbrechen ins Reform-Abseits geraten, so stand seit den 1980er Jahren der neoliberale Zeitgeist mit seiner Ideologie des Staatsabbaus einer Reform des ÖGD im Wege. Diese Blockadesituation hat sich nur langsam unter dem Eindruck wiederholter Krisen, die die Notwendigkeit eines handlungsfähigen ÖGDs unübersehbar gemacht hatten, aufgelöst, etwa die EHEC-Infektionen 2011, die Flüchtlingskrise 2015/2016 und insbesondere dann die Coronapandemie.

Zukunftsperspektiven:

Leitbild und Pakt für den ÖGD

Die Gesundheitsministerkonferenz hat 2016 ein neues Leitbild für den ÖGD beauftragt und es 2018 beschlossen. Das Leitbild möchte eine stärkere New Public Health-Profilierung des ÖGD unterstützen, also eine präventive, gesundheits- und sozialwissenschaftlich informierte und partnerschaftliche Akzentuierung, ohne die notwendigen klassischen Aufgaben aus dem Blick zu verlieren. Der von der Bundesregierung mit den Ländern vereinbarte »Pakt für den ÖGD« bezieht sich auf dieses Leitbild, er ist nicht einfach ein »Corona-Pakt«. Die im Rahmen des Paktes bereitgestellten erheblichen Mittel sollen nicht einfach einem »mehr Dasselben« dienen. Auch die so finanzierten Digitalisierungsprojekte sollten mit Reformen verbunden werden. Digitalisierung ist kein Selbstzweck und sollte keine bloße Übersetzung bisheriger Arbeitsabläufe in elektronische Formate sein.

Wenn der Pakt für den ÖGD somit für eine breiter angelegte Organisationsentwicklung im Sinne des Leitbilds genutzt werden soll, müssen auch epidemiologische und sozialwissenschaftliche Qualifikationen in den Gesundheitsämtern aufgebaut werden. Manche Aufgaben wären dabei auch kritisch zu überdenken. Weder muss jedes Gesundheitsamt alles machen, es lassen sich auch Aufgaben überregional bündeln, noch muss der ÖGD alle Arten von Gutachten übernehmen, in der Gesundheitsförderung Angebote der Krankenkassen doppeln oder sich bei den Schuleingangsuntersuchungen zu sehr auf medizinische Fragen beschränken. Mit den Chancen, die der Pakt für den ÖGD bietet, ist zugleich die Herausforderung verbunden, die staatliche Rolle in der öffentlichen Gesundheit neu und kritisch zu reflektieren. Dabei würde eine qualifizierte Forschung für den ÖGD und mit dem ÖGD (»ÖGD-Professuren«) helfen.

Literatur beim Verfasser

DR. JOSEPH KUHN, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Veterinärstraße 2, 85764 Oberschleißheim,
E-Mail: Joseph.Kuhn@lgl.bayern.de

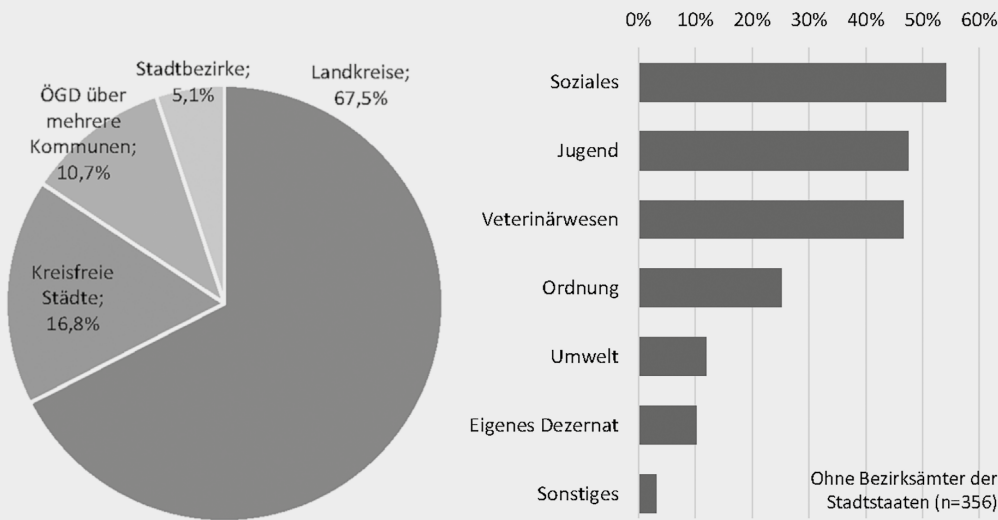


Abb. 1 (GBE-Monitor, RWU 2022):

Links: Kommunale ÖGD-Einheiten und Stadtbezirksämter in Deutschland 2022 nach Gebietskörperschaft.

Rechts: Zuordnung des ÖGD in der Kommunalverwaltung mit verschiedenen Themenfeldern in gemeinsamen Dezernaten/Abteilungen (Stand 12/2019, inkl. Mehrfachzuordnungen, exkl. Bezirksamter der Stadtstaaten)

BERTRAM SZAGUN, LISA KELLERMANN, TANJA PFÄNDER, JULIA KÄMMER, ANNA RAIBLE, KAROLINE SCHÄFER

Zukunftsfähige Gesundheitsberichterstattung – Was müsste passieren?

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) gilt als wesentliches Element von New Public Health. Sie dient als Datengrundlage von Planungsprozessen und stellt gleichzeitig eine wesentliche Informationsbasis für Teilhabe und damit Empowerment dar. Da räumliche Darstellungen der gesundheitlichen Situation überwiegend soziale Muster aufzeigen, trägt die GBE überdies zum Agenda Setting bezüglich Gesundheit, ihrer sozialen Determinanten und einer entsprechend geprägten Gesundheitsförderung bei. Durch Integration verschiedener Themenfelder und ein intersektorales Berichtswesen kann die GBE darüber hinaus ein zentraler Motor für Health in All Policies sein.

Der Status Quo – Bunte Vielfalt oder Hindernisse?

So viel zu schöner Theorie und hohem Potential. Tatsächlich ist die GBE als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in besonderer Weise von dessen Problemen betroffen. So finden sich zwar mancherorts Beispiele hervorragender Praxis, von einer flächendeckend hochwertigen Präsenz der GBE sind wir jedoch weit entfernt. Für die stärkste und aufgrund ihrer Lebenswelt- und Bürger*innennähe eventuell wichtigste kommunale Ebene ist diese Heterogenität besonders deutlich. Kommunale ÖGD-Einheiten sind für 36.000 bis über 1,5 Millionen Einwohner*innen zuständig und unterscheiden sich entsprechend stark hinsichtlich Ausstattung, wie Spezialisierungsgrad. Sie arbeiten für kreisfreie Städte, Landkreise, über mehrere Kreise hinweg oder unterhalb der Kommunal Ebene als Stadtbezirksämter (Abb. 1). Kommunalverwaltungen sind unterschiedlich organisiert, was Gesundheitsthemen mancherorts eng mit Themen des Jugend- und Sozialbereichs, andernorts mit Ordnungs- oder Verbraucherschutzthemen koppelt (Abb. 1). Entsprechend unterscheidet sich das Selbstverständnis des kommunalen ÖGD, das nicht nur von der Organisationsstruktur, sondern auch von Personen und in besonderem Maße vom gesetzlichen Auftrag abhängt. Letzterer reicht bezüglich GBE von einer bestenfalls ange-deuteten ÖGD-Zuständigkeit über einen handlungs- und pla-

nungsbezogenen Auftrag bis hin zu einem expliziten Planungsauftrag, in dem Gremien wie kommunale Gesundheitskonferenzen und die GBE im Sinne einer Datenbasis installiert werden sollen.

Diese Heterogenität ist ein ernsthaftes Hindernis für New Public Health in der Kommune. Betrachtet man die für die Gesundheitsförderung wichtige Integration von Gesundheit mit anderen Themenfeldern zeigen sich deutliche Unterschiede (Abb. 2). Intersektorales Handeln gelingt eher in Städten als in Landkreisen, wo klein- und sozialräumliches Planen aufgrund der zusätzlich zu berücksichtigenden Gemeindeebene herausfordernder ist. Die gemeinsame Ansiedlung des ÖGD mit den Themenfeldern Jugend oder Soziales begünstigt integriertes Handeln. Und ja, Gesetze wirken auf staatliches Handeln, die landesgesetzliche Verankerung von Planungsgremien wie Gesundheitskonferenzen fördert Integration und Intersektoralität in der GBE.

Was müsste passieren?

Um die GBE zukunftsfähig zu machen, muss sie zu einer verlässlichen Grundlage kommunalen gesundheitsbezogenen Handelns ausgebaut werden. Konkret bedeutet dies zuallererst, eine Homogenisierung der landesgesetzlichen Regelungen auf einem hohen Niveau zu erreichen. Die Konzepte zur GBE und die Analyseergebnisse sagen übereinstimmend, dass sie in einen Planungskontext eingebettet sein muss. Um gesundheitsbezogene Planung kommunal zu verankern, haben sich Gremien wie kommunale Gesundheitskonferenzen trotz all ihrer Heterogenität und verbleibender Probleme insgesamt bewährt. Sie sollten daher bundesweit gesetzlich verankert werden, auch als Struktur für die kommunale Umsetzung der Lebensweltmaßnahmen nach dem Präventionsgesetz. Aspekte der Verwaltungsorganisation und die spezifischen Bedingungen in Landkreisen gilt es dabei gleichfalls zu adressieren. Zudem benötigt eine zukunftsfähige GBE andere Datengrundlagen als bisher. Um, zum Beispiel in Pandemien, zeitnah ausgewogen handeln zu können, müssen wir auf weit bessere themenfeldübergreifende gesundheitsrelevante Informationen aufbauen können. Nur so lassen sich zum Beispiel intendierte und nichtintendierte Gesundheitsfolgen in komplexen Handlungssituationen professionell abwägen – und auch die Verbesserung der Datenbasis benötigt zunächst einmal eine gesetzliche Grundlage.

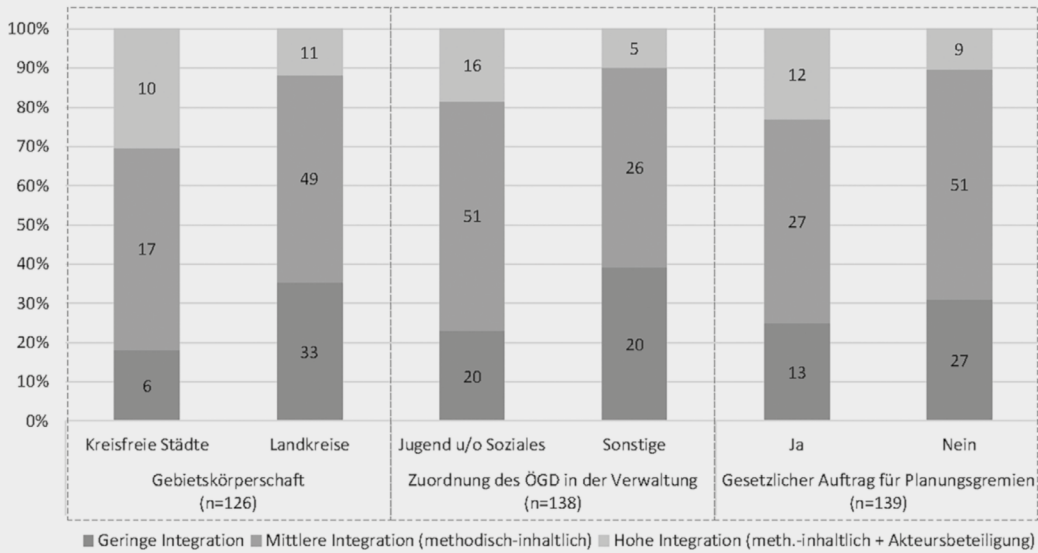


Abb. 2 (GBE-Monitor, RWU 2022): Integrationsgrad kommunaler Gesundheitsberichte in ÖGD-Verantwortung 2014–2019 nach Gebietskörperschaft, nach kommunaler Verwaltungsorganisation und nach gesetzlichem Auftrag in der jeweils gültigen Landesgesetzgebung (exkl. Stadtstaaten)

Eine Homogenisierung der Landesgesetze ist leider nicht nur eine Frage der Zeit. Aktuell steht sie nicht auf der Agenda und die beiden zuletzt erfolgten Aktualisierungen der ÖGD-Landesgesetze in Hessen 2021 und Bayern 2022 haben die Spreizung der Regelungen zur GBE sogar noch verschärft. Während in Hessen die Planungsaufgaben im ÖGD gestärkt und spezifiziert wurden, ist die GBE in Bayern seit Mai 2022 gesetzlich nur noch implizit verankert und der Planungsauftrag des kommunalen ÖGD wurde deutlich geschwächt. Hier gilt es entschieden im Sinne von New Public Health auf kommunaler Ebene einzuwirken.

Wie andere New-Public-Health-Aufgaben, so ist auch die GBE unter dem Imperativ der Pandemiebekämpfung teilweise zum Nebenschauplatz degradiert worden. Das ist eine kurz-sichtige Fehlallokation, da insbesondere die Etablierung von solchen Steuerungsaufgaben für eine zukünftig bessere »Pandemic Preparedness« des ÖGD notwendig sein wird, zum Beispiel durch Routinen themenfeldübergreifender und klein-

räumiger Datenanalyse, politiknaher Steuerung und Netzwerkbildung (Tab. 1). So hat sich das Pandemie-Management der Stadt Bremen auch deswegen positiv hervorgetan, da auf Gesundheitswissen und -strukturen im Quartiersmanagement gebaut werden konnte, deren Installation durch eine klein-räumige GBE angestoßen wurden.

Die Zukunft der GBE ist somit eng mit derjenigen von New Public Health verbunden, aber die Brücke zu Old Public Health im Sinn erfolgreichen Handelns in Krisensituationen ist breiter als vielfach vermutet. Das Fenster zur Gestaltung der ÖGD-Aufgaben war noch nie so offen wie aktuell. Dies gilt es mit vereinten Kräften und genau jetzt zu nutzen.

Literatur bei den Verfasser*innen
 PROF. DR. MED. MPH BERTRAM SZAGUN, RWU Hochschule Ravensburg-Weingarten, Master Angewandte Gesundheitswissenschaft, Postfach 3022, 88216 Weingarten, E-Mail: szagun@rwu.de

Kompetenz/Routine	Nutzen i.S. von Preparedness (Pandemien u.a. Krisen)
Datenmanagement, Datenanalyse, Datenpräsentation (GBE)	<ul style="list-style-type: none"> Wissenschaftlich-analytische und epidemiologische Kompetenz Kompetenzen bzgl. der differenzierten Bewertung von Determinanten für Gesundheit aus unterschiedlichen Planungsfeldern (Gesundheitsfolgenabschätzung) Digitale Kompetenz zur Verarbeitung unterschiedlicher gesundheitsbezogener Daten Kompetenzen bzgl. Visualisierung und Datenkommunikation
Medienarbeit (GBE mit Planungsbezug)	<ul style="list-style-type: none"> Professionalität und Adressat:innengerechtigkeit der Risiko- und Krisenkommunikation Erfahrungen und Kontakt in die lokale Medienlandschaft
Politikberatung (GBE mit Planungsbezug)	<ul style="list-style-type: none"> Erfahrungen und Kontakt zu Lokalpolitik, Rollenklarheit, Professionalität im Umgang mit unterschiedlichen Logiken in Politik und Wissenschaft
Steuerungskompetenz im Gesundheitswesen und themenfeldübergreifend (GBE mit Planungsbezug und Steuerungsgremien)	<ul style="list-style-type: none"> Etablierung steuernder Rolle öffentlicher Gesundheit Schnittstellen, Planungskompetenz und Netzwerke bzgl. lokaler Gesundheitsversorgung sowie bzgl. weiterer gesundheitsrelevanter Planungsfelder Etablierung themenfeldübergreifender und interprofessioneller Perspektive
Netzwerkbildung (GBE mit Planungsbezug und Steuerungsgremien)	<ul style="list-style-type: none"> Capacity Building bzgl. der Aktivierung von Stakeholdern, Informationskanälen, Koordinationsstrukturen

Tab. 1: Steuerungsfunktionen des ÖGD und Nutzen dieser Routinen für den Umgang mit Krisensituationen (Szagun, B.; Starke, D. 2022)



FLORIAN HARTLEB

Die anderswo längst praktizierte E-Gesundheit. Ein deutscher Traum?

Strukturelle und technische Defizite im ÖGD

Es rumpelt und ruckelt in Deutschland, das Chaos herrscht nicht nur wie momentan bei den Flughäfen: Zu wenig Personal, zu viel veraltete Technik – die Covid-19-Pandemie hat die strukturellen Defizite im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) deutlich offenbart. Das Problem mit den Gesundheitsämtern besteht zum einen darin, dass es keine integrierten Lösungen gibt, zum anderen, dass die Kommunikation nicht funktioniert. Es wird mit verschiedenen Softwares gearbeitet. Statt einer Strategie zu einer einheitlichen Architektur existieren einzelne Insel- oder Patchworklösungen. Die große Schwachstelle ist, dass es keine einheitliche Identität gibt. Es mangelt daher an Identifizierung und Schnittstellen. Die Patient*in kann daher auch nicht nachvollziehen, wie ihre Daten verwendet werden. Weniger die Qualität der Software ist das Problem, sondern die Anzahl der Akteur*innen. Gerade mit Blick auf die Frage der Nachverfolgung von Covid-19-Infizierten hat sich dieser Umstand als großes Problem erwiesen. Dabei ist das deutsche analoge Modell mit einem Mangel an Breitbandausbau trotz Förderbescheide keineswegs sicher.

Im Gegenteil: Gesundheitsdaten sind auch in Deutschland leicht zu stehlen, gerade auch durch die technischen Mängel vieler Arztpraxen. Die Krankenkassen sind allerdings gesetzlich verpflichtet, ihren Mitgliedern bereits vom 1. Januar 2021 an eine elektronische Patientenakte anzubieten. Andere Länder sind da viel weiter, etwa das kleine Estland im Nordosten Europas, ein weltweit beachteter digitaler Trendsetter. Und auch die Europäische Kommission sieht in der E-Gesundheit ein ganz zentrales Ziel: »Die Macht der Daten« ist auch im Gesundheitssektor von ausschlaggebender Bedeutung. Elektronische Patientenakten, die in einem europäischen Raum für Gesundheitsdaten erfasst werden, können zu einer besseren Behandlung schwerer chronischer Erkrankungen, einschließlich Krebs und seltener Krankheiten, aber auch zu einem gleichberechtigten Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdiensten für alle Bürger*innen führen.

Digitale Lösungen – Vorbild Estland

Estland, ein Land mit 1,3 Millionen Einwohner*innen, setzt hier ganz auf digitale Lösungen, die von Delegationen aus Deutschland seit Jahren stets bewundert werden. Bereits 99 Prozent der Est*innen haben eine digitale Patientenakte, deren Verwaltung einfach über ein Smartphone erfolgt. Der reibungslose und medienbruchlose Datenaustausch zwischen allen Sektoren der Gesundheitsversorgung kann Leben retten, etwa bei der Organspende. Alle estnischen Bürger*innen können in ihrem Verwaltungskonto per Mausklick und Eingabe ihres Pins angeben, ob sie Organspender*in sein möchten oder nicht. Sie können ihre letzten Arztbesuche inklusive Befunde einsehen, dazu Blutwerte oder Röntgenaufnahmen. Zudem können sie überprüfen, was die einzelnen Leistungserbringer abgerechnet haben. Ärztebuchungen erfolgen digital, Sprechstunden werden online abgehalten. Prozesse wie Krankschreibungen sind automatisiert und papierlos.

Digitalisierung als Placebo? – Nachzügler Deutschland

Deutschland muss dringend nachziehen: Dabei wird aber von deutschen Verwaltungsexpert*innen im 2020 erschienenen Handbuch »Digitalisierung in Staat und Verwaltung« konstatiert, dass Deutschland »bei der Digitalisierung des Gesundheitssektors weit hinter vergleichbar entwickelten Sozialstaaten zurück(liegt).« Dieser Eindruck scheint sich nun einmal mehr bestätigt zu haben. Besonders bedenklich ist, dass die unbefriedigenden Ergebnisse im Bereich E-Gesundheit trotz teils enormer Investitionssummen zustande kommen. Digitalisierung als Placebo? Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist hierfür ein besonders drastisches Beispiel. Laut Bund der Steuerzahler hat diese bis Ende 2017 insgesamt rund 2,2 Milliarden Euro gekostet. Der Bundesrechnungshof stellt hierzu in einem Prüfbericht zur Einführung der Gesundheitskarte von 2019 fest: »Die elektronische Gesundheitskarte hat bislang keinen konkreten Mehrwert für Leistungserbringer und Versicherte, da Online-Anwendungen noch nicht etabliert sind.«

Weiter heißt es, allein die Kosten der für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gegründeten Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik), beliefen sich bis 2017 auf 606 Millionen Euro. Die Plastikkarte blieb rudimentär in ihren Anwendungen, nichts weiter als ein Versicherungsnachweis mit Foto, auf dem Adresse, Anschrift und Versicherungsnummer der Patient*in gespeichert sind. Der Anspruch war ein anderer, aus heutiger Sicht gar ein illusionärer: Im Herbst 2004 hatte die damals rot-grüne Bundesregierung noch versprochen, dass die elektronische Gesundheitskarte binnen zwei Jahren zahlreiche neue Möglichkeiten für den Austausch medizinischer Daten schaffe.

Perspektiven durch Projekte – Gelingt der Sprung?

Vielleicht führen einzelne Projekte zu einer Veränderung. Zu nennen ist hier etwas das Modell der Stiftung »Deutsche Schlaganfall-Hilfe«. Jährlich erleiden in Deutschland knapp 270.000 Menschen einen Schlaganfall, oft abrupt. Die starke Fragmentierung unseres Gesundheitssystems stellt speziell für die Schlaganfallversorgung eine erhebliche Herausforderung dar. Ziel ist hier, diese durch eine sektorenübergreifende Versorgung aufzubrechen. »Schlaganfalllotsen« begleiten als »Fallmanager« die Patient*innen ein Jahr. Sie kommen aus einem Gesundheitsberuf, etwa Pflege oder Therapie, und ab-

solvieren eine Zusatzqualifikation in »Case Management«. Mit Hilfe einer Lotsen-App werden die Daten der Betroffenen erfasst und unter Wahrung des Datenschutzes verschlüsselt verarbeitet. Ziel ist, auf diese Weise Kosten für das Gesundheitssystem zu reduzieren. Schaffen wir in Deutschland den Sprung, oder herrschen weiter Besitzstandsdenken und Beraterdenken vor? Wir brauchen dringend praktische und praktizierte Lösungen, so unaufgeregt wie in Estland!

Literatur beim Verfasser

DR. FLORIAN HARTLEB, Asula 3–5, 11312 Tallinn/Estland,
E-Mail: florian_hartleb@web.de

ELENA LINK

Die scheinbar Unerreichbaren: Eine bedeutende Dialoggruppe strategischer Gesundheitskommunikation für Prävention und Gesundheitsförderung

Während der Corona-Pandemie erleben wir mit besonderer Brisanz die Bedeutung strategischer Gesundheitskommunikation. Es scheint wichtiger als jemals zuvor, dass vertrauenswürdige Informationen von verantwortlichen Organisationen in einer ansprechenden, verständlichen und leicht zugänglichen Art bereitgestellt werden. Zudem ist es ein wichtiger Schritt zum Abbau von Kommunikationshürden, dass Informationen an den Orten verfügbar sind, an denen Individuen Zeit verbringen – denken wir beispielsweise an die wachsende Bedeutung sozialer Medien wie Instagram und TikTok für das Thema Gesundheit. Besonders bei Gesundheitsthemen mit hoher gesellschaftlicher Relevanz ist es somit längst nicht mehr nötig, dass Menschen aktiv auf die Suche nach Gesundheitsinformationen gehen. Stattdessen bieten vor allem soziale Medien beiläufige Kontakte und Berührungspunkte, die es vereinfachen können, dass die Bevölkerung über eine Bedrohung wie das Coronavirus und die Maßnahmen zur Eindämmung informiert ist.

Vermeidungsgründe

Dennoch bleiben grundlegende Herausforderung strategischer Kommunikation im Zuge von Prävention, Krankheitsbewältigung bis zur Pandemieeindämmung bestehen: So sind alle Kommunikationsbemühungen nur von begrenzter Wirkung, wenn unberücksichtigt bleibt, dass sich Teile der Bevölkerung mehr oder weniger bewusst von Gesundheitsthemen distanzieren. Trotz der Optimierung von Kommunikationsstrategien und neuer Kommunikationswege profitieren nicht alle Individuen in gleichem Maße von Informationen oder sind gewillt sich eine Meinung über ein Risiko zu bilden oder eine informierte Entscheidung zu treffen. Dies kann unterschiedliche Ursachen haben. Die Auseinandersetzung mit jeglicher Art oder bestimmten Arten von Gesundheitsinformationen kann ausbleiben, wenn Individuen an bestimmten Themen desinteressiert sind und diesen nur eine geringe Relevanz für sich und ihren Alltag zuschreiben. Beispielsweise ist dies der Fall, wenn bestimmte Personengruppen sich selbst als nur wenig anfällig für eine Infektion mit Corona wahrnehmen oder der Erkrankung nur einen geringen

Schweregrad zuschreiben. Ebenso können die bereitgestellten Informationen zwar persönlich relevant, aber auch unerwünscht sein. Entsprechenden Informationen wird dann ganz bewusst keine Aufmerksamkeit geschenkt. Ursächlich ist hier keineswegs ein geringes Interesse, sondern die angenommene emotionale Belastung oder antizipierte notwendige, aber unerwünschte Änderungen von Einstellungen und Verhaltensweisen. Zudem kann die Auseinandersetzung mit Informationen während der Corona-Pandemie und in vielen anderen Krankheitskontexten auch herausfordernd sein. So können Informationen Ängste auslösen und die Menge und Verbreitung falscher Informationen kann zur Informationsüberlastung beitragen, sodass in der Konsequenz keine weiteren Informationen mehr gesucht oder jeglicher Kontakt zu Informationen unterbunden wird.

Mögliche Konsequenzen

Bleibt die Auseinandersetzung mit entsprechenden Informationen aus oder wird bewusst vermieden, kann dies vor allem im Gesundheitskontext weitreichende Folgen haben. Greift man beispielsweise heraus, inwiefern die Informationsvermeidung und die Absicht sich impfen zu lassen zusammenhängen, dann legen erste Erkenntnisse nahe, dass die Vermeidung von Informationen mit einer geringeren Impfab­sicht und einer höheren Impfskepsis einhergehen. Eine eigene Befragung einer für die deutsche Bevölkerung stratifizierten Stichprobe (N = 1.508) im April 2021 bestätigt diese Ergebnisse. Es zeigt sich ein starker negativer Zusammenhang zwischen der Informationsvermeidung und der Impfab­sicht. Betrachtet man die Subdimensionen der Impfskepsis, wird deutlich, dass die Vermeidung auch mit einem geringeren Vertrauen in die Impfstoffe, als höhere wahrgenommenen strukturellen und psychologischen Barrieren der Impfung, einer geringeren eigenen Risikowahrnehmung und einer als gering wahrgenommenen kollektiven Verantwortung assoziiert war. Dieser Zusammenhang soll hier nur beispielhaft für die Konsequenzen des beschriebenen Umgangs mit Informationen stehen. Vielmehr sind die Nicht-Nutzung als auch die Vermeidung Alltagsphänomene, die in einer Vielzahl von Gesundheits- und Krankheitskontexten auftreten. Über die verschiedenen Kontexte hinweg legen Erkenntnisse nahe, dass ungefähr jede*r Fünfte erhöhte Vermeidungstendenzen zeigt. Dieses Verhalten scheint zumindest in Teilen personen­gebunden und eher eine permanente Strategie des Umgangs mit Informationen zu sein. Der Austausch mit Familie und Freund*innen wird dabei seltener gemieden als Informationen aus den Massen- oder sozialen Medien. Ob Informationen vermieden werden ist davon abhängig, wie die Einstellung zu Informationen generell ausgeprägt ist, inwiefern Personen besorgt sind sowie sie sich selbst in der Lage sehen, entsprechende Informationen zu finden und zu bewerten.

Neue Wege in der Gesundheitskommunikation

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse gilt zu problematisieren, dass auch an Vermittlungsevidenzen ausgerichtete Gesundheitskampagnen bei Personen an Grenzen stoßen, die sich mit dem Thema nicht auseinandersetzen wollen und dieser verhältnismäßig eher kleine, aber schwer erreichbare Dialoggruppe noch stärker in den Blick genommen werden sollte. Es gilt somit zu fragen, wen wir mit all unseren Bemühungen strategischer Gesundheitskommunikation bisher nicht erreichen und basierend auf einem besseren Verständnis die-

ses Phänomens Unterstützungsangebote zu entwickeln. Erste Erkenntnisse unterstreichen, dass eine Sensibilisierung von Desinteressierten bedeutsam erscheint, die Informationskompetenzen des*der Einzelnen gestärkt werden müssen und das soziale Umfeld stärker eingebunden werden sollte, um die Diffusion von Informationen zu stärken.

Literatur bei der Verfasserin

DR. ELENA LINK, Hanover Center for Health Communication, Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover, Expo Plaza 12, 30539 Hannover, E-Mail: elena.link@ijk.hmtm-hannover.de

KATHARINA WABNITZ, DOROTHEA BALTRUKS, MAIKE VOSS

Planetare Gesundheit und die Rolle von Public Health

Multiple planetare Krisen

Die Klimakrise stellt die größte Bedrohung menschlicher Gesundheit im 21. Jahrhundert dar. Sie ist Teil einer Reihe multipler Systemkrisen, wie dem rasanten Artensterben und der Luft-, Land- und Gewässerverschmutzung. Diese Krisen verstärken sich zum Teil gegenseitig und werden hauptsächlich durch menschliche Aktivitäten verursacht. Damit sind alle Bereiche des Zusammenlebens wie Nahrungsmittelproduktion und -konsum, Mobilität und Transport sowie Energieproduktion und -konsum innerhalb der aktuellen politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen gemeint. Gerade diese Rahmenbedingungen sind jedoch für die Ziele von New Public Health weder innerhalb von Staaten noch global gesehen zweckmäßig, denn sie tragen nur bedingt zu einer Minimierung vermeidbarer Krankheitslast oder zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit bei. Die gegenwärtigen Krisen planetaren Ausmaßes, welche die Gesundheit heutiger und zukünftiger Generationen bedrohen, umfassen also nicht nur die Klima- und weiteren ökologischen Krisen, sondern auch die Defizite innerhalb der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Systeme.

Planetare Gesundheit

Planetare Gesundheit beschreibt einerseits die Vision einer Zukunft, in der ökologische Belastungsgrenzen nicht mehr überschritten werden, während allen Menschen und zukünftigen Generationen ein gesundes, würdevolles Leben in Sicherheit innerhalb nachhaltiger politischer, sozialer und ökonomischer Systeme ermöglicht wird. Kurz gesagt: Gesunde Menschen kann es nur auf einem gesunden Planeten geben. Andererseits ist planetare Gesundheit ein neues Forschungs- und Arbeitsfeld, ein eingängiges Narrativ und versammelt eine internationale, soziale Bewegung. Gekennzeichnet ist das Feld weiterhin durch einen Fokus auf Transdisziplinarität und Systemdenken. Globale Gesundheit, hier zur Abgrenzung erläutert, wurde als »Feld für Forschung, Arbeit und Praxis mit Fokus auf weltweiter Gesundheitsverbesserung und gesundheitlicher Chancengleichheit sowie transnationaler Gesundheitsprobleme, -determinanten und -lösungen, Interdisziplinarität und Synthese von populationsbezogener Prävention mit individueller Gesundheitsversorgung« beschrieben. Der größte Unterschied zum Feld der globalen Gesundheit liegt aus Sicht der Autor*innen J. P. Koplan et al. in der Anerken-

nung und Betonung der Abhängigkeit von Gesundheit und Wohlergehen von intakten natürlichen Systemen und Prozessen, der Rolle des Menschen als einem integralen Teil des einzigartigen Ökosystems Erde sowie der großen Dringlichkeit einer zivilisatorischen Wende. Diese bedeutet tiefgreifende Veränderungen der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen für menschliches Zusammenleben, um sowohl die Zerstörung unseres einzigartigen Lebensraums zu beenden als auch gesundheitsförderliche und gerechte Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle zu schaffen. Die klassischen Public Health-Ziele der Adressierung systemischer Determinanten von Gesundheit, sowie von Krankheitsprävention und Gesundheitserhalt, erfahren somit eine Erweiterung in Maßstab und Zeitlichkeit.

Herausforderungen für Politik und Gesellschaft

Die aktuellen und zukünftigen Folgen der multiplen planetaren Krisen gehen mit erheblichen Risiken für menschliche Gesundheit und Wohlergehen, Stabilität und Sicherheit einher. Würden diese Risiken jetzt deutlich reduziert und Investitionen in umfassende Prävention und Krisenvorbereitung getätigt, könnte ein tiefgreifender gesellschaftlicher Umbau zu mehr Resilienz und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit führen. Um diese dringende gesellschaftliche Transformation zu meistern, müssen drei Herausforderungen adressiert werden, nämlich die Entwicklung von:

- » 1. Zukunftsvisionen für ein Leben innerhalb ökologischer Grenzen sowie gesundheitsförderlicher und gerechter politischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen, die politischem Handeln zugrunde liegen.
- » 2. Fundiertem Wissen über die komplexen Zusammenhänge zwischen den multiplen Systemkrisen, ihre Auswirkungen auf Gesundheit sowie über mögliche Transformationspfade auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene, das kontextsensibel generiert und zugänglich ist.
- » 3. Konkreten politischen Maßnahmen, Transformationspfaden sowie ihrer Erfolgsprüfung, die konzertiert und konsequent auf allen Ebenen und über Sektoren- und Ländergrenzen hinweg vorangetrieben werden.

Die Rolle von Public Health für planetare Gesundheit

Die Ziele und Prinzipien von Public Health und insbesondere von New Public Health, sind für planetare Gesundheit handlungsleitend. So ist beispielsweise das transektorale und -disziplinäre Denken und Arbeiten des Health in All Policies-Ansatzes für die zivilisatorische Wende zentral. Der Public Health-Fokus auf Verhältnisprävention und Gesundheitserhalt und -förderung anstelle von »cure and repair« ist außerdem im Ziel des Erhalts der menschenfreundlichen (Über)Lebensbedingungen auf der Erde sowie der Schaffung gesundheitsförderlicher und gerechter politischer, sozialer und ökonomischer Rahmenbedingungen integriert. Insbesondere verhältnispräventive Maßnahmen mit gesundheitlichem Nutzen innerhalb anderer Politikfelder (sogenannte Co-Benefits), wie beispielsweise die Umsetzung gesunder und nachhaltiger Ernährungsumgebungen oder Förderung aktiver Mobilität sollten durch Public Health-Akteure maßgeblich vorangetrieben werden.

Spätestens seit der COVID-19-Pandemie ist die Relevanz eines hinreichend finanzierten, modernen Public Health-Systems unverhandelbar, aber aktuelle Maßnahmen, wie zum Beispiel



der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, werden den planetaren Herausforderungen für Gesundheit nicht annähernd gerecht. Aktuelle Entwicklungen wie die geplante Novellierung des §20 im SGB V (»Präventionsgesetz«) könnte eine Chance bieten, New Public Health im Sinne planetarer Gesundheit weiterzudenken und durch die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zu realisieren. Dazu muss planetare Gesundheit als Zielausrichtung auf die politische Agenda gehoben und von Public Health-Akteuren ausgestaltet werden.

Literatur bei den Verfasserinnen

KATHARINA WABNITZ, DOROTHEA BALTRUKS, MAIKE VOSS

Centre for Planetary Health Policy (CPHP), c/o KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V., Hainbuchenstraße 10a, 13465 Berlin, E-Mail: katharina.wabnitz@cphp-berlin.de

CHRISTA BÖHME, THOMAS PREUSS

Klimawandel und Klimaanpassung – kommunale Herausforderung auch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Der Klimawandel hat mit extremen Ereignissen wie Hitze- und Dürreperioden, Starkregen oder Unwettern mit Überflutungen, Hagel und Stürmen spürbare Auswirkungen auf die Städte und Gemeinden in Deutschland. Anzahl, Dauer und Intensität dieser Extremwetterereignisse nehmen zu. Das Jahresmittel der Lufttemperatur im Flächenmittel von Deutschland ist von 1881 bis 2018 um 1,5 °C angestiegen. Auch die Zahl der »Heißen Tage«, an denen die höchste gemessene Temperatur 30°C oder mehr beträgt, hat signifikant zugenommen: bis zu 20 »Heiße Tage« waren in den Jahren 2003, 2015 und 2018, gemittelt über die gesamte Fläche Deutschlands, zu verzeichnen. Ein vom europäischen Wissenschaftsrat akademischer Institutionen veröffentlichter Bericht zeigt auf Basis von Versicherungsdaten, dass die Häufigkeit von Stürmen und Hochwasser seit den 1990er Jahren deutlich zunimmt.

Folgen für die menschliche Gesundheit

Hohe Lufttemperaturen belasten den menschlichen Körper zum Beispiel in Form von Kreislaufproblemen, Hitzekrämpfen und Hitzschlag. Dieser Hitzestress führt zu einer höheren Sterblichkeit. Auf der Grundlage bundesweiter Daten zeigt sich, dass im Jahr 2003 etwa 7.500 Menschen mehr gestorben sind als ohne »Hitzewelle« zu erwarten gewesen wäre. Weiterhin verursachen Stürme und Hochwasser körperliche Personenschäden bis hin zu Todesfällen. Beim Jahrhundert-Hochwasser 2021 starben allein an der Ahr mindestens 133 Menschen, viele Betroffene leiden an psychischen Folgen (Traumasymptome, Schlafstörungen, Unruhe, Angst). Darüber hinaus können auch indirekte Folgen des Klimawandels, wie die Ausbreitung wärmeliebender Tier- und Pflanzenarten, gesundheitliche Auswirkungen haben. Diese bisher gebietsfremden Arten besitzen teils gesundheitsgefährdendes Potenzial (u.a. Auslösung von Allergien, Krankheitsübertragung).

Gesundheitliche Folgen sozial und räumlich unterschiedlich verteilt

Der Klimawandel – insbesondere die Hitze – belastet vor allem Personen mit gesundheitlicher Vorbelastung, ältere Menschen, Schwangere sowie Säuglinge und Kleinkinder, aber auch Personen, die im Freien arbeiten und Wohnungslose. Auch sozial benachteiligte Personen haben eine höhere Vulnerabilität gegenüber den Folgen des Klimawandels. Grund hierfür ist deren häufig ohnehin schlechterer Gesundheitszustand, aber auch eine verminderte Anpassungsfähigkeit unter anderem aufgrund der Wohnsituation. Insbesondere die Bevölkerung dicht besiedelter und wenig durchgrünter Quartiere in Großstädten ist betroffen.

Stadtplanerische und städtebauliche Maßnahmen gegen die Folgen des Klimawandels

Stadtplanung und Städtebau sind wichtige Bereiche, in denen den Folgen des Klimawandels auch im Sinne des Gesundheitsschutzes begegnet werden kann. Dabei lassen sich Maßnahmen im Quartier, im Straßenraum sowie an Gebäuden unterscheiden. Im Quartier geht es unter anderem darum, Kalt- und Frischluftschneisen von Bebauung freizuhalten und zusätzliche Kalt- und Frischluftentstehungsgebiete durch die Anlage neuer Grünflächen zu schaffen. Auch die Errichtung offener Wasserflächen trägt zu einem besseren Mikroklima bei. Trinkbrunnen im öffentlichen Raum sowie kostenlose Wasserspender in Läden und öffentlichen Einrichtungen dienen direkt der Abkühlung und Vorsorge gegen Dehydrierung. Straßenbäume, Straßenbegleitgrün und offene naturnahe Entwässerungsrinnen im Straßenraum verbessern das Mikroklima und die Luftqualität. Klimaaktive Flächen an Gebäuden können insbesondere durch Dach- und Fassadenbegrünung sowie durch Entsiegelung und Begrünung von Innenhöfen geschaffen werden.

Risikokommunikation und Management von Akutereignissen

Neben den eher langfristig wirkenden stadtplanerischen Maßnahmen sind Risikokommunikation (Hitze, Ozon, Starkregen) und das Management von Akutereignissen wichtige Maßnahmenbereiche. Mit Blick auf Hitzeereignisse bedeutet Risikokommunikation beispielsweise, der Bevölkerung zu vermitteln, wann und wo mit einer Hitzewelle zu rechnen ist, für welche Personengruppen das Risiko hitzebedingter Gesund-

heitsschäden besonders hoch ist und über Maßnahmen zu informieren, die geeignet sind, negative gesundheitliche Folgen zu vermeiden. Das Management von Akutereignissen richtet sich insbesondere an Personengruppen, die nicht ausreichend für sich selbst sorgen können, z. B. mental oder körperlich Beeinträchtigte oder Pflegebedürftige, ältere Menschen, chronisch Kranke. Von der Kommune betreute Hitze-telefone, die für spezielle Hilfe erreichbar sind, oder Hausbesuche von qualifiziertem Personal können Maßnahmen des Akutmanagements bei Hitzeereignissen sein.

Was kann der Öffentliche Gesundheitsdienst beitragen?

Sinnvoll ist es, für ein abgestimmtes sowie mit sozial und räumlichen Prioritäten unterlegtes Maßnahmenbündel zur Klimaanpassung einen kommunalen Aktionsplan zu erstellen. Hierbei sollten die unteren Gesundheitsbehörden eng mit den für Stadtplanung, Umwelt und Grünflächen zuständigen Ämter zusammenarbeiten. So kann zum Beispiel ein spezifischer Hitzeaktionsplan erstellt werden. Der Öffentliche Gesundheitsdienst kann hierfür insbesondere vulnerable Personengruppen und Einrichtungen identifizieren sowie präventive Handlungsmöglichkeiten, Maßnahmen zur Risikokommunikation und zum Management von Akutereignissen mit Blick auf Hitzeereignisse entwickeln und koordinieren. Darüber hinaus sollten sich die Gesundheitsämter mit gesundheitlichen Belangen und den Erfordernissen vulnerabler Gruppen aktiv in kommunale Planungen und Konzepte der Luftreinhaltung, zur Entwicklung von Grün- und Freiflächen, der Stadtentwicklung sowie des Klimaschutzes einbringen.

Literatur bei den Verfasser*innen

CHRISTA BÖHME, Deutsches Institut für Urbanistik (Difu),
Zimmerstraße 13–15, 10969 Berlin, E-Mail: boehme@difu.de

ANTJE RICHTER-KORNWEITZ, GERDA HOLZ

Kinderrechte sind auch in der Krise nicht verhandelbar

Der Lebensalltag junger Menschen hat sich durch die Corona-Pandemie stark verändert, mit erheblichen Auswirkungen nicht nur auf ihr Empfinden und Erleben, sondern auch auf physische Gesundheit. Trotzdem kommt eine breite Diskussion über die Folgen für die kindliche Entwicklung und ihr Aufwachsen in Wohlergehen erschreckend langsam beziehungsweise reduziert auf Teilaspekte in Gang. Wird es debattiert, geht es zu wenig um die Entwicklungsrisiken und die fehlende medizinische, therapeutische und / oder pädagogische Förderung und um wirksame Gegenmaßnahmen. Die Überlastung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, ausgefallene oder verzögerte Früherkennungs- und Schuleingangsuntersuchungen, die zu Beginn geschlossenen Kitas und die im weiteren Pandemieverlauf häufig vorkommenden Schließungen einzelner Kitagruppen haben deutliche Spuren hinterlassen. So wurden die, sonst gegebenenfalls durch Einrichtungen festgestellten, Entwicklungsverzögerungen und Förderbedarfe der Kinder nicht frühzeitig erkannt, die Vorbereitung auf den Übergang »Familie / Kita« oder »Kita / Grundschule« fiel oft komplett weg. Die Folgen lassen sich dort belegen, wo Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen aus

dem ersten Pandemiejahr vorliegen: Die schon zuvor bestehenden Entwicklungsunterschiede, etwa im Bereich Motorik, beim Zählen oder bei der Sprachentwicklung, weiten sich je nach sozio-ökonomischer Familienlage aus.

Was wird angeboten, um dem bis zu 75 Prozent erhöhten Medienkonsum der 4- bis 17-Jährigen und den Folgen des damit verbundenen Bewegungsmangels entgegenzutreten? Wie werden die fehlenden, anregenden Bewegungs- und Sinneserfahrungen, die üblicherweise als Promotoren kindlicher Entwicklung zu verstehen sind, kompensiert? Die Pandemiefolgen gehen weit über motorische Einschränkungen, Gewichtszunahmen und die rein physische Gesundheit hinaus. Sie betreffen die Sprachentwicklung, die Entwicklung von Selbständigkeit und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, soziales Lernen und viele weitere Entwicklungsbereiche. Betroffen sind junge Menschen in allen Altersphasen, aber höchst unterschiedlich, wie differenzierte Analysen ihres Alltags je nach Einkommenslage belegen. Für armutsbetroffene junge Menschen war und ist in der Pandemie ein Mithalten mit den Gleichaltrigen immer weniger möglich. Fehlende Ausstattung und Förderungspotentiale zu Hause, stark begrenzte Erfahrungs- und Erlebnisräume, ausgefallene externe Ressourcen, das Wegbrechen der Kinder- und Jugendhilfeangebote und vieles mehr treffen hier auf geringe Ausgleichsmöglichkeiten und familiäre Ressourcen. Damit sinken auch ihre Zukunftschancen massiv.

Recht auf Gehör und Mitbestimmung in der Pandemie vernachlässigt

Als eigenständige Akteure und Betroffene tauchten Kinder und Jugendliche in der öffentlichen Wahrnehmung kaum auf. Die Thematisierung ihrer Bedürfnisse angesichts der pandemiebedingten Einschränkungen beschränkte sich zunächst überwiegend auf die – mit Sicherheit bedeutenden – Fragen des Kinderschutzes und auf ihre allgemeine, körperliche Unversehrtheit. Ansonsten dominierten eher die Risikoperspektive und das Bild von jungen Menschen als potenzielle Pandemietreiber. Sehr kritisch bewerten auch Jugendliche selbst, dass sie überwiegend auf ihre Rolle als Schüler*innen beschränkt wurden, anstatt mit allen ihren Bedürfnissen und in ihrem Lebensalltag gesehen zu werden. Ihre subjektive Perspektive, ihr Recht auf Gehör und Mitbestimmung (Artikel 12 UN-Kinderrechtskonvention) spielte in dieser Zeit keine Rolle. Sie wurden nicht angehört und waren in den relevanten Gremien nicht vertreten.

Kinderrechte als zentrale Messlatte öffentlichen Handelns in der Pandemie

In der Debatte um Kinderrechte nehmen die grundlegenden Dimensionen des kindlichen Wohlergehens eine zentrale Stellung ein. Sie werden in der UN-Kinderrechtskonvention ausgehend von Artikel 3 in verschiedenen Artikeln konkretisiert und zielen unter anderem auf Gesundheit (Artikel 24), Soziale Sicherheit (Artikel 26), auf das Recht jedes Kindes auf den seiner körperlichen, geistigen, seelischen, sittlichen und sozialen Entwicklung angemessenen Lebensstandard (Artikel 27), auf Bildung (Artikel 28) sowie auf Ruhe, Freizeit und Spiel (Artikel 31).

Hervorzuheben ist außerdem Artikel 19, der Schutz vor Gewaltanwendung thematisiert. Ergänzend wird dies unter Einbezug des familiären Kontexts betrachtet. Obwohl jedoch die in der UN-Kinderrechtskonvention festgeschriebenen Kinder-

rechte mittlerweile den Status eines einfachen Bundesgesetzes haben, kommt deren Verwirklichung bis heute in der Lebenswelt junger Menschen und somit auf kommunaler Ebene kaum an. Dies widerspricht der öffentlichen Verantwortung neben der elterlichen, die als gemeinsame Aufgabe von Bund, Ländern und Kommunen zu verstehen ist. In diesem Kontext ist es eine herausragende Aufgabe der Kommunen, durch Vorhaltung lokaler Infrastruktur und Gestaltung des gemeinschaftlichen Lebens ein gelingendes Aufwachsen in Wohlergehen zu fördern, umfassende Teilhabechancen zu eröffnen und dazu die Perspektive von Kindern und Jugendlichen auf Bedarf und Bedürfnisse zu beachten.

Kinderrechte sind nicht verhandelbar, weder in der Pandemie noch in weiteren, sich bereits ankündigenden gesellschaftlichen Krisen, sondern von Gesellschaft und Staat jederzeit zu gewährleisten. Die Pandemie und deren bisherige Bewältigung zeigen nicht nur, wie weitreichend junge Menschen von den Auswirkungen betroffen sind, sondern auch wie wenig ihre Rechte als zentrale Messlatte öffentlichen Handelns gelten. Nur eine umfassende Neuausrichtung des politischen und praktischen Handelns, bei dem es nicht allein um den Ausgleich pandemiebedingter Defizite geht, sondern um die an den Vorgaben der Kinderrechte ausgerichtete Verbesserung ihrer Situation, kann das gelingende Aufwachsen in Wohlergehen für alle sichern.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. ANTJE RICHTER-KORNWEITZ, Kontakt siehe Impressum

GERDA HOLZ, Frankfurt am Main, E-Mail: gerdaholz@t-online.de

MARTINA HASSELER

Potenziale der Pflegeberufe – Mehrwert der Pflegeberufe in der Gesundheitsversorgung

Im internationalen Vergleich sind die Pflegeberufe in Deutschland wenig in die Gesundheitsversorgung integriert. Insgesamt gewinnt man den Eindruck, dass die internationale Evidenz zum Mehrwert der Pflegefachberufe in Deutschland von politischen Entscheidungsträgern und von relevanten Stakeholdern nicht zur Kenntnis genommen wird. Vielfach sind sie gefangen in einem alten Mindset über Pflegeberufe, das als Bild weit in das letzte und vorletzte Jahrhundert zurückgeht. Dieses Mindset sowie die Strukturen unseres Systems verhindern, dass Pflegeberufe in Deutschland als relevanter Dienstleistungsberuf wahrgenommen, weiterentwickelt und unterstützt werden. Selbst die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen, neue Erkenntnisse zu den Bedarfen der Gesundheitsversorgung sowie die erforderlichen Veränderungen des Gesundheitssystems scheinen Entscheidungsträger*innen nicht dazu zu veranlassen, den Mehrwert und die Relevanz der Pflegefachberufe zu erkennen und sich an internationalen Entwicklungen der Pflegeberufe orientieren zu wollen. Im Gegenteil, nicht selten werden Bestrebungen zur Professionalisierung der Pflegeberufe – die erforderlich sind, wenn die pflegerische Versorgung in allen Settings und Sektoren erhalten bleiben und qualitativ hochwertig erfüllt sein sollen – mit Argumenten abgelehnt, die Gesundheitsversorgung könnte mit besserer Pflege teurer werden. Weitere

Gegenargumente sind, dass die Pflegeberufe für alle Schulabgänger*innen zugänglich bleiben sollte und aus diesem Grunde eine Professionalisierung der Pflegeberufe nicht in Frage komme. Diese Ängste sind angesichts internationaler Evidenzlage irrational. Viele Studien weisen auf den Mehrwert qualifizierter Pflege hin und auch darauf, dass in den Ländern Pflegeberufe attraktiver sind, in denen die Professionalisierung bereits weit vorangeschritten sind. Des Weiteren haben die letzten Jahre gezeigt, dass eine beständige Deprofessionalisierung der Pflegeberufe in Deutschland nicht in positive Entwicklungen endet. Weder sind Pflegeberufe attraktiver geworden, noch hat sich die Qualität der Versorgung oder die Integration der Pflegeberufe in die Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren verbessert.

Strukturelle Hindernisse

Es gibt diverse strukturelle Hindernisse, die in Deutschland verhindern, dass Pflegefachberufe mit all ihren Kompetenzen in das Gesundheitssystem integriert werden. Dazu gehören die Sozialgesetzbücher, die eine Finanzierung der fachpflegerischen Leistungen nicht vorsehen. Es fehlt ein Leistungsrecht oder ein Sozialgesetzbuch, das die Finanzierung der fachpflegerischen Leistungen gesetzlich regelt. Eine der großen Fehldenkleistungen fast aller Entscheidungsträger im Gesundheitssystem ist, dass sie die Pflegeversicherung mit der Fachpflege verwechseln. Der Auftrag der Pflegeversicherung ist aber nur, einen Pflegegrad nach einem bestimmten Verständnis festzulegen, damit nach den gesetzlichen Regelungen definierte Leistungsarten in Anspruch nehmen können. Des Weiteren intendiert das SGB XI, die Pflege durch Angehörige zu fördern. Von einer Finanzierung einer bedarfsangemessenen wie evidenzbasierten Langzeitpflege sind wir mit dem Teilleistungsrecht SGB XI weit entfernt. Ein weiterer Grund ist auch der Arztvorbehalt, der in Deutschland sehr eng ausgelegt wird. Gäbe es ein Pendant für Pflegeberufe, könnten die Kompetenzen von Pflegefachberufen sehr viel angemessener in die Gesundheitsversorgung eingehen. Die Auswirkungen fehlender Integration fachpflegerischer Leistungen sind auf vielen Ebenen zu erkennen. Die Entwertung der fachpflegerischen Leistungen und Pflegefachberufe haben Auswirkungen auf das berufliche Selbstverständnis. Die Pflegeberufe fühlen sich entwertet in ihrem Beruf.

Beispiele aus anderen Ländern

Viele Länder haben erkannt, dass hoch qualifizierte Pflege einen Mehrwert hat. Oft funktioniert in diesen Ländern die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Ärzten*innen und Pflegeberufen besser. In vielen Ländern sind Pflegeberufe professionalisiert, haben eigene Boards, die sich um die Angelegenheiten der eigenen Profession kümmern und es gibt oftmals Advanced Nurse Practitioner, die mit spezifischen Kompetenzen und Qualifikationen ausgestattet relativ autonom mit guten Outcomes arbeiten. In vielen Ländern sind Pflegeberufe, die als professionalisiert gelten und die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus ausweisen (Bachelor als Basisabschluss für Pflegefachberufe und oftmals Master oder postgraduale Zertifikatsabschlüsse) für Schulabsolventen*innen attraktiv. Universitäten berichten häufig von sehr viel mehr Bewerbungen als verfügbaren Studienplätzen. Es gibt keinen Beleg dafür, dass Deprofessionalisierung Pflegeberufe attraktiver macht. Wir können vom Gegenteil ausgehen, professionalisierte Pflegeberufe sind attraktiv.



Fazit

Deutschland hat einen großen Nachholbedarf hinsichtlich Entwicklung und Professionalisierung der Pflegeberufe. Im Moment leistet es sich, die Kompetenzen gut qualifizierter Pflegefachberufe nicht zu integrieren und nicht zu fördern. Die berufliche Pflege darf in Deutschland nicht sektoral gedacht werden, wenn sie erhalten und gefördert werden soll. Pflegeberufe agieren sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifend. Von großer Relevanz für die Förderung und Unterstützung der Pflegefachberufe in Deutschland ist, wenn die wissenschaftliche Evidenz anerkannt wird, dass Fachpflege und akademisierte Pflege einen messbaren und relevanten Mehrwert hat. In einem System wie Deutschland scheint darüber hinaus bedeutsam, dass die Fachpflege leistungsrechtlich gesondert berücksichtigt wird. Es gibt einen »return on invest« für die Förderung der Pflegefachberufe. Wenn dieser jedoch erzielt werden soll, bedarf es fundamentaler Reformen im Gesundheitssystem.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. MARTINA HASSELER, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Rothenfelder Str. 10, 38440 Wolfsburg,
E-Mail: m.hasseler@ostfalia.de,
Internet: www.martina-hasseler.com

CHRISTA BÜKER, ÄNNE-DÖRTE LATTECK

Herausforderung Klimawandel – Implikationen für die Pflege(wissenschaft)

Der weltweite Klimawandel hat nicht nur Auswirkungen auf die Natur und Umwelt, sondern birgt auch ein hohes Risiko für die Gesundheit der Menschen, so der Weltklimarat The Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) in seinen regelmäßigen Berichten. Der aktuelle Versorgungs-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK zum Thema »Klima und Gesundheit« beleuchtet die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit näher: Hitzeextreme stellen eine erhebliche Bedrohung für ältere Menschen dar, insbesondere bei Vorliegen von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Luftverschmutzung und hohe Ozonwerte fördern

Atemwegserkrankungen und Allergien. Auch in Bezug auf die Ausbreitung von Infektionskrankheiten wird ein Einfluss des Klimawandels diskutiert.

Mit den Folgen der Klimaveränderung werden auch die Gesundheitsberufe konfrontiert. Der professionellen Pflege als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen kommt dabei eine exponierte Rolle zu. Pflegefachpersonen tragen eine hohe Verantwortung dafür, in Krankenhäusern, Pflegeheimen sowie in der häuslichen Pflege wirksame Maßnahmen zu ergreifen, um kranke und pflegebedürftige Menschen vor den gesundheitlichen Risiken des Klimawandels zu schützen. Angepasste Maßnahmen der Pflege und Versorgung können dazu beitragen, Genesung und Wohlbefinden zu fördern und die Lebenssituation so erträglich wie möglich zu gestalten.

Klimaschutz als Mandat der Pflege

Der Auftrag zur Beschäftigung mit dem Thema Klimawandel und Klimaschutz ergibt sich nicht zuletzt aus dem Ethikkodex für Pflegefachpersonen des International Council of Nurses (ICN). In diesem Wertekompass, dem sich Pflegenden weltweit verpflichtet fühlen, heißt es: »Pflegefachpersonen setzen sich gemeinsam dafür ein, die natürliche Umwelt zu erhalten, zu stärken und zu schützen. Sie sind sich der gesundheitlichen Folgen der Umweltzerstörung, zum Beispiel aufgrund des Klimawandels, bewusst. Sie treten für Initiativen ein, die umweltschädliche Praktiken reduzieren, um Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern.«

Dabei lassen sich drei Handlungsebenen für pflegebezogene Aktivitäten zum Klimaschutz unterscheiden:

- » die Mikroebene der individuellen Patient*innenversorgung mit pflegerischen Interventionen zum Schutz vor den Auswirkungen des Klimawandels,
- » die Mesoebene mit Maßnahmen im institutionellen Bereich, wie die Entwicklung von Hitzeaktionsplänen,
- » die Makroebene des (berufs-)politischen Engagements von Pflegenden und ihre Vernetzung mit Gleichgesinnten.

Interventionen in der direkten pflegerischen Praxis umfassen zum Beispiel die Beratung von Patient*innen zum Verhalten in Hitzeperioden, eine verstärkte Krankenbeobachtung und Überwachung der Vitalfunktionen, die Beachtung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr und eines angepassten Speiseangebots sowie gegebenenfalls eine zeitliche Veränderung von Aktivitäten im Tagesablauf. Ein besonderes Augenmerk gilt der medikamentösen Versorgung mit der Beachtung von Arzneimittel-Nebenwirkungen bei Hitze.

Projekte, Initiativen und Impulse

International haben sich in den letzten Jahren etliche Initiativen entwickelt, die sich mit planetarer Gesundheit und Pflege beschäftigen, wie die Global Climate & Health Alliance, die Alliance of Nurses for Healthy Environments oder die Organisation Health Care without Harm. Auch in Deutschland finden sich inzwischen Projekte, Initiativen und Publikationen zum Thema Klimawandel und Pflege, von denen hier einige vorgestellt werden.

Im Netzwerk Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V. (KLU) gibt es mit Health for Future eine eigene Aktionsplattform für die Gesundheitsberufe. Dort haben sich in der AG Pflege bundesweit Aktive aus der Pflege zusammengefunden, die auch regional in Ortsgruppen organisiert sind.

Die Initiative Nurses Climate Challenge Europe verfolgt das Ziel, Pflegefachpersonen über die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels aufzuklären. Sie setzt sich u. a. für die Ausbildung von Nurse Climate Champions ein, die vor Ort in den Institutionen das Thema bekannt machen. Im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) wurde die AG Nachhaltigkeit gegründet und Veröffentlichungen zum Umgang mit dem Klimawandel in der Pflege auf den Weg gebracht.

Verschiedene Projekte widmen sich dem Thema Klimaschutz. Im Projekt Klimafreundlich Pflegen der Arbeiterwohlfahrt (AWO) werden Klimaschutzstrategien für stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe und Altenpflege entwickelt. Ziel ist es, Klimaschutz in der Pflege nachhaltig zu implementieren. Im Projekt Klik Green werden in Krankenhäusern und Rehakliniken Fachkräfte zu Klimamanager*innen qualifiziert. An der Fachhochschule Bielefeld befasst sich das Projekt Planetary Health and Nursing mit der Konzipierung von innovativen Lehr-Lern-Konzepten für Pflegestudiengänge zum Zusammenhang von Klimawandel, Planetarer Gesundheit und Pflege.

Implikationen für die Pflegewissenschaft

Eine zentrale Aufgabe der Pflegewissenschaft wird es zukünftig sein, ein stärkeres Bewusstsein für das Thema Klimawandel und seine Bedeutung im Gesundheitsbereich zu schaffen. Zukünftige Pflegende benötigen Wissen und Handlungskompetenzen im Umgang mit den Herausforderungen des Klimawandels. Dazu bedarf es der Verankerung von entsprechenden Inhalten in Curricula und Lehrplänen von Hochschulen und Berufsfachschulen, inklusive der Entwicklung von Konzepten für den Theorie-Praxis-Transfer. Es gilt, Fort- und Weiterbildungen sowie interprofessionelle Lehrformate in Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen zu konzipieren. Dringend notwendig ist die Förderung von Pflegeforschung zur Rolle der Pflege beim Klimaschutz. Zu forcieren ist ferner die Vernetzung mit bereits bestehenden nationalen und internationalen Initiativen. Nicht zuletzt hat Pflegewissenschaft auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene den Auftrag einer stärkeren Sensibilisierung für das Thema.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. CHRISTA BÜKER, PROF. DR. ÄNNE-DÖRTE LATTECK,
Fachhochschule Bielefeld, Interaktion 1, 33619 Bielefeld,
E-Mail: christa.bueker@fh-bielefeld.de

JANINE STERNER

Build back fairer – the Covid-19 impact on health inequalities and what we need to learn from it

Aus dem Vortrag von Prof. Sir Michael Marmot, Jahrestagung der LVG & AFS, 13. Juli 2022

»What good does it do to treat people and send them back to the conditions that made them sick? [...] Ministers of health think mainly about the *health care system*. But my concern, as I believe yours is, is with the conditions that make people sick in the first place.« Diese Frage sollte ins Zentrum jeder Diskussion um New Public Health gerückt werden. Gestellt hat sie einer der weltweit renommiertesten Experten zu so-

zial bedingter Ungleichheit und den Determinanten von Gesundheit, Professor Sir Michael Marmot, der als Hauptreferent an der diesjährigen Jahrestagung der LVG & AFS am 13. Juli 2022 mitwirkte.

Michael Marmot begann als Epidemiologe in den 1960er Jahren, zunächst in Großbritannien, später international, großangelegte Querschnittsstudien zur Bevölkerungsgesundheit durchzuführen. Dabei stellte er fest, dass der Gesundheitszustand, Krankheitsrisiken und die Lebenserwartung mit dem sozioökonomischen Status korrelieren. Je niedriger der sozioökonomische Status, desto schlechter der allgemeine Gesundheitszustand, desto höher das Erkrankungsrisiko und desto niedriger die Lebenserwartung. Dies betrifft nicht nur die ärmsten Bevölkerungsgruppen, sondern zieht sich entlang eines sozialen Gradienten durch gesamte Gesellschaften.

Die Erkenntnis übersetzt in Politik – oder auch nicht

Marmots Erkenntnisse waren in den 1970er und 80er Jahren bahnbrechend. Er veröffentlichte gemeinsam mit einer Expert*innengruppe im Jahr 2010 den Bericht »Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review)«, in dem er die Entwicklungen der Bevölkerungsgesundheit in Großbritannien in den zurückliegenden Jahren untersuchte und Empfehlungen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten formulierte. Zu den Empfehlungen zählte damals auch »proportionaler Universalismus«, ein sozialpolitischer Ansatz, wonach eine Politik allen zugutekommen soll, jedoch proportional am Bedarf ausgerichtet wird. Wer mehr braucht, bekommt mehr Unterstützung.

Zehn Jahre später zogen die Wissenschaftler*innen eine ernüchternde Bilanz: »Life expectancy had stopped improving, health inequalities were increasing, and life expectancy for the poorest people was getting worse.« Der kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung stoppte plötzlich, gesundheitliche Ungleichheiten nahmen zu und für die ärmsten Bevölkerungsgruppen sank die Lebenserwartung sogar. Wie war es dazu gekommen?

Austeritätspolitik und ihre Folgen

Im Jahr 2010 gelang eine neue, konservativ geführte Regierungskoalition an die Macht, die in den Folgejahren erhebliche steuerliche Veränderungen und Kürzungen der öffentlichen Leistungen für Bildung, Gesundheit und Sozialleistungen vornahm. Marmot zeigte anhand von Statistiken auf, wie sich dies auf das Einkommen und das Wohlergehen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen auswirkte. So betrug die Kürzungen in den besser gestellten Bevölkerungsgruppen etwa 16 Prozent, in den ärmsten Bevölkerungsteilen hingegen 32 Prozent. Der Anteil der Kinder, die in Armut lebten, erhöhte sich. Je größer der Unterstützungsbedarf, desto größer fielen die Kürzungen der Leistungen aus öffentlicher Hand aus. Die Ausgaben des Staates wurden genau umgekehrt proportional zum Bedarf gekürzt.

Dann kam die Corona-Pandemie. »From the beginning we said that the pandemic would expose the underlying inequalities in society and amplify them. And so, it proved.« Daten zeigten, dass auch die Sterblichkeit durch Corona dem sozialen Gradienten folgte und erneut benachteiligten Bevölkerungsschichten stärker traf. Die Lebenserwartung der am stärksten benachteiligten 40 Prozent der Bevölkerung sank mit Pandemiebeginn. Ihre Erwartung gesunder Lebensjahre sank sogar noch deutlicher.

Learnings für Großbritannien und andere Länder

Marmot zeigte anhand internationaler Daten vergleichbare Entwicklungen in anderen Ländern, darunter auch Deutschland. Was waren die Gründe für diese Entwicklungen? Zumindest mit Blick auf Großbritannien und die USA sagte Marmot: »Poor governance and political culture, increasing social and economic inequalities, reduction in spending on public services, we were ill-prepared, and not very healthy coming into the pandemic.« In vielen Staaten gab es politische Maßnahmen, um die negativen Auswirkungen der Pandemie abzufedern. Dennoch zeigten Statistiken: Je ärmer jemand bereits war, desto größer waren die Folgen der Pandemie auf das Haushaltseinkommen.

Seine Ergebnisse und Empfehlungen sind nicht nur für die Insel relevant, sondern gleichermaßen für andere Länder, Deutschland eingeschlossen. Marmot appelliert, nicht zum Status Quo von vor der Pandemie zurückzukehren, es ginge nicht nur um die Bewältigung eines Virus. Wir müssten die zugrundeliegenden Faktoren für Ungleichheiten adressieren und (Gesundheits-)Systeme gestalten, die gerechter sind. Marmot hat dazu acht Empfehlungen:

- » Give every child the best start in life.
- » Enable all children, young people and adults to maximize their capabilities and have control over their lives.
- » Create fair employment and good work for all.
- » Ensure healthy standard of living for all.
- » Create and develop healthy and sustainable places and communities.
- » Strengthen the role and impact of ill health prevention.
- » Tackle discrimination, racism and their outcomes.
- » Pursue environmental sustainability and health equity together.

Besonders vielversprechend seien Ansätze auf kommunaler Ebene zur Schaffung von »Sustainable Health Equity Cities«, in denen Gerechtigkeit als Ziel und Querschnittsthema aller Verwaltungsbereiche und Sektoren verfolgt wird.

Eine andere politische Diskussion

»I think of health as a measure of societal success. If health is improving, it is an indicator that society is improving.« Michael Marmot empfiehlt zuvorderst: »Put a fair distribution of health and well-being at the heart of all government policy. I don't want to hear politicians debate high tax or low tax. I want to hear them debate better early child development; greater equity in education; better jobs; having enough money to lead a healthy life; having healthy and sustainable environments. [...] I think we need an entirely different kind of political discussion. Let us ask: What are our democracies for? I would say, it is to deliver greater equity of health and well-being for the population.«

Internet: <https://www.instituteofhealthequity.org/contact>

Die Zusammenfassung und Zitate basieren auf dem Vortrag von Prof. Sir Michael Marmot in der Jahrestagung der LVG & AFS am 13. Juli 2022. Die Dokumentation findet sich unter www.gesundheit-nds.de

JANINE STERNER, Kontakt siehe Impressum



MAREILE DEPPE, ANNIKE NOCK, MARLE WILHELM

Gesundheits- und Arbeitsförderung gemeinsam gedacht

Inwiefern der Gesundheitszustand von den Lebensumständen und der sozialen Lage abhängt, lässt sich an der Determinante Erwerbslosigkeit eindrucksvoll skizzieren. Zahlreiche Studienergebnisse berichten über ein erhöhtes Risiko für Armut, Stigmatisierung und negative Gesundheitsfolgen durch den Arbeitsplatzverlust. Die gesundheitliche Ungleichheit der Menschen in Erwerbslosigkeit ist dadurch verschärft. Zugleich erreichen Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung diese Dialoggruppe kaum. Umso mehr braucht es eine passende Adressierung ihrer Bedarfe, um die sich verschärfenden Disparitäten zu mildern und für nachfolgende Generationen zu vermeiden. Aus diesem Verständnis heraus, haben sich 2016 zwei Träger der Sozialversicherung in der bundesweiten und aus Mitteln des GKV-Bündnisses für Gesundheit finanzierten Projektinitiative »Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt« zusammengeschlossen. Gesetzliche Krankenkassen kooperieren mit Jobcenter/Agenturen für Arbeit. Ziel ist es, mit einem lebensweltbezogenen Ansatz, das gesundheitliche Wohlbefinden von Menschen in Erwerbslosigkeit zu stärken und damit auch ihren Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt zu erleichtern. Durch einen kommunalen Netzwerkaufbau sollen Strukturen nachhaltig verzahnt werden.

Gesundheitsförderung vor Ort

Vor Ort sind Steuerungsgremien, bestehend aus Jobcenter/Agentur für Arbeit, Krankenkassen sowie kommunalen Akteur*innen, für die Projektumsetzung zuständig. Gemeinsam werden bedarfsgerechte, gesundheitsfördernde Angebote in den vier primärpräventiven Handlungsfeldern des Leitfadens Prävention initiiert, sowie niedrigschwellige Zugänge zu den Angeboten der Kassen und weiteren regionalen Akteur*innen entwickelt. Die LVG & AFS unterstützt die insgesamt 38 teilnehmenden Standorte in Niedersachsen und Bremen prozessbegleitend bei der Umsetzung und koordiniert die Netzwerkarbeit in den Kommunen.

Das Projekt wurde in Niedersachsen und Bremen von Beginn an partizipativ gestaltet: In Anlehnung an die Vorstufen der Partizipation nach Michael Wright erfolgen an den beteiligten Standorten Bedarfserhebungen mit Menschen aus der Dialoggruppe sowie mit Fachkräften der Arbeitsförderung.

Insgesamt wurden in mehr als 40 Fokusgruppen Bedarfe direkt vor Ort erhoben. So können die Menschen in der Kommune bei der Planung spezifischer Angebote mitbestimmen und auf Augenhöhe mitarbeiten. Auch der Heterogenität der Dialoggruppen wird damit begegnet.

Die Einbindung der Fachkräfte als Multiplikator*innen vor Ort ist unabdingbar, da sie eine der wichtigsten Schnittstellen bilden. Ein erfolgreiches Beispiel in Niedersachsen ist das Angebot der gesundheitsorientierten Beratung, die über ausgebildete Fachkräfte oder Mitarbeitende der Jobcenter und Agenturen für Arbeit erfolgt. Der Einsatz von sogenannten Gesundheitslots*innen hat sich dabei etabliert. Die Herstellung von niedrigschwelligen Zugängen zu lokalen Angeboten sowie der Abbau von bestehenden Hemmschwellen stehen im Fokus.

Standortübergreifende Gesundheitsförderung

Neben der lokalen Implementierung von Angebotsstrukturen hat sich auch die standortübergreifende Arbeit bewährt. Folgende Angebote konnten etabliert werden:

» Die telefonische Fortbildungsreihe »Kurzwahl Gesundheit« ist ein Format zur Unterstützung der Fachkräfte der Arbeitsförderung. Die Inhalte sensibilisieren für gesundheitliche Themen im Beratungskontext und fördern die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden. Das Format stößt auf reges Interesse: Pro Fortbildung wählen sich durchschnittlich 181 Fachkräfte ein.

» Die während der Covid-19-Pandemie pilotierte Online-Kursreihe »Zuhause Gesundheit stärken« konnte auf Grund stetiger Nachfrage erfolgreich etabliert werden. Es wurde ein ortsunabhängiges Gesundheitsangebot geschaffen, das zur besseren Erreichbarkeit von Menschen in Erwerbslosigkeit im ländlichen Raum beiträgt. Neben Vorträgen liegt der Fokus der Kurse auf praktischen Tipps und Übungen, die direkt in den Alltag transferiert werden können. Die Teilnahme ist kostenfrei, anonym, freiwillig und ohne Anmeldung möglich. Seit 2020 konnten 18 Kursreihen umgesetzt werden. Pro Kursreihe gab es durchschnittlich 87 Teilnehmende.

» Ergänzend zu den bereits bestehenden Informationsangeboten und Zugangswegen zum Projekt fehlte ein niedrigschwelliges digitales Medium, das als essenzielle und stetige Komponente zur Erreichung der Dialoggruppe dienlich ist und inhaltlich gezielt Menschen in Erwerbslosigkeit anspricht. Die Website www.meine-gesundheit-staerken.de informiert seit November 2021 standortspezifisch und -übergreifend in Niedersachsen und Bremen.

Gesundheitsförderung als Zukunftspotenzial

Besonders hervorzuheben sind in der Projektumsetzung in Niedersachsen und Bremen die Einbeziehung der heterogenen Dialoggruppen im komplexen Gesamtprozess – von der Planung bis zur Umsetzung und Evaluation der Maßnahmen vor Ort. Die Modifikation von Ansätzen zur Förderung der Gesundheit von Menschen in Erwerbslosigkeit und die Verstärkung und Übertragung erfolgreicher Wege auf andere Projektstandorte spielen dabei stets eine wichtige Rolle. Niedersachsen und Bremen gehen vielfältige Wege und erproben neben etablierten auch alternative Wege der Gesundheitsförderung und Prävention, um über den Tellerrand hinaus zu blicken und der Dialoggruppe in ihren Lebenswelten und -realitäten zu begegnen. Die standortspezifische sowie -übergreifende Projektarbeit hat gemäß den Zahlen aus

Evaluationen und Bedarfserhebungen bereits etliche Menschen in Erwerbslosigkeit erreicht. Um Chancenungleichheit nachhaltig entgegenzuwirken, sollten auch zukünftig effektive Lösungsansätze gesucht und angewendet werden. Der Aufbau und die Verzahnung von lokalen Strukturen sollte dafür auch weiterhin ein zentraler Baustein sein. Mit Blick auf den zukünftigen Projektrahmen sollte ein verstärkter Fokus zusätzlich auf der Einbindung der Fachkräfte als wichtige Multiplikator*innen im gesamten Prozess liegen. Gesundheitsförderung in der Lebenswelt und der Abbau von Ungleichheiten braucht den Einbezug aller (Projekt-)Beteiligten. Dies trägt maßgeblich zur Nachhaltigkeit und damit zum Erfolg in der Kommune bei.

Anschrift siehe Impressum



In eigener Sache

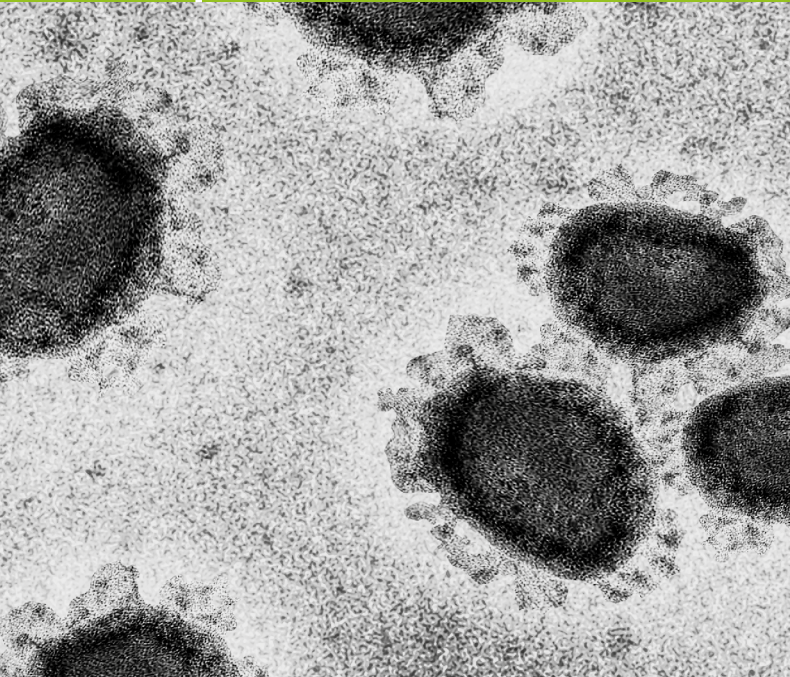
Auf dem Weltmarkt wird das Papier knapp. Daher können wir nicht gewährleisten, dass die zukünftigen Ausgaben der *impulse* weiterhin immer in gedruckter Form vorliegen werden. Auch Ausgaben in ausschließlich elektronischer Form (als PDF-Datei) sind möglich. In diesem Falle werden wir die Zeitschrift als PDF an die uns bekannte E-Mail-Adresse senden. Falls Sie dies nicht wünschen, geben Sie uns bitte eine Rückmeldung an impulse@gesundheit-nds.de.

Diejenigen, von denen wir keine E-Mail-Adresse haben, bitten wir, uns für den elektronischen Versand ihre E-Mail-Adresse zur Verfügung zu stellen. Zudem machen wir auf die Möglichkeit aufmerksam, die *impulse* von unserer Website www.gesundheit-nds.de herunterzuladen.

Gerne können Sie auch der Umwelt zuliebe ganz auf eine elektronische Zusendung umstellen. Hier geht es zur Bereitstellung Ihrer E-Mail-Adresse und ggf. zur Umstellung auf eine elektronische Zusendung: <https://forms.office.com/r/VNfJcuXctq>

Vielen Dank!





ANNA-KATHARINA HORNIDGE, ALMA WISSKIRCHEN

Die Covid-19-Pandemie. Eine gesellschaftliche Konstruktion?

Ein krisenfestes Gesundheitssystem

Dem kürzlich veröffentlichten besonderen Bericht des Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) zufolge stellen Herausforderungen im Gesundheitsbereich eine der zentralen Gefährdungen für die menschliche Sicherheit dar. Die Ausbreitung der Affenpocken in Europa zeigt, dass sich global ausbreitende (Infektions-)Krankheiten mit der Covid-19-Pandemie nicht enden, sondern ein bleibendes und voraussichtlich immer häufiger auftretendes Phänomen darstellen. In Folge des Klimawandels und der Ausbreitung des menschlichen Lebensraumes werden Zoonosen, also die Übertragung von Krankheiten von Tier zu Mensch und von Mensch zu Tier, zunehmen und sich schnell flächendeckend verbreiten. Doch nicht nur Zoonosen, sondern vor allem nichtübertragbare Krankheiten wie Diabetes, Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden dem UNDP-Bericht zufolge immer häufiger auftreten. Vor diesem Hintergrund, und aus den Erfahrungen der Covid-19-Pandemie lernend, setzt sich die neue Bundesregierung im Koalitionsvertrag das Ziel, ein »vorsorgendes, krisenfestes und modernes Gesundheitssystem« aufzubauen. So soll unter anderem ein Gesundheitssicherstellungsgesetz »regelmäßige Ernstfallübungen für das Personal für Gesundheitskrisen« garantieren. Während es zweifelsohne einer Stärkung des deutschen und des globalen Gesundheitssystems bedarf, stellt sich jedoch die Frage, inwiefern tatsächlich neue Gesundheitskrisen zu erwarten sind und wie die erwähnten Entwicklungen überhaupt zu solchen werden.

Die gesellschaftliche Konstruktion von Krisen

Der Begriff »Krise« beschreibt Situationen, die von Individuen, Gruppen oder der Gesellschaft als unerwartete und gesellschaftlich mit großen Herausforderungen verbundene Wen-

depunkte wahrgenommen werden. Im Gegensatz zu Phänomenen wie Armut, Hunger oder auch dem Klimawandel, die zwar kontinuierlich, aber langsam voranschreiten, stellen Krisen einen Kipppunkt dar. Sie erfordern akuten Handlungsbedarf und zeichnen sich so durch eine Schnelllebigkeit aus, die zumeist mit einer starken Sichtbarkeit einhergeht. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sich Krisen anhand objektiver Kriterien ausmachen lassen. Sowohl der gesellschaftliche Kontext als auch das politische System bestimmen, wie gesellschaftliche Veränderungsprozesse als Krisen wahrgenommen werden und wie mit ihnen umgegangen wird. Exemplarisch kann hier auf Tansania verwiesen werden, dessen Bevölkerung unter dem mittlerweile verstorbenen Präsidenten John Magufuli weitestgehend auf Kontaktbeschränkungen verzichtete und einen anderen Umgang mit dem Covid-19 Virus etablierte als viele Nachbarländer. Der unterschiedliche Umgang mit der Pandemie lässt sich hier nicht nur durch die zur Verfügung stehenden Mittel erklären, sondern erinnert gleichzeitig daran, dass die Bedeutung, die dem Virus zugeschrieben wurde, ein gesellschaftlicher Aushandlungsprozess mittels diskursiver Aufbereitung ist. Von zentraler Bedeutung ist bei Letzterem vor allem das vorherrschende politische System und dessen Zusammenspiel mit gesellschaftlichen Sinnbildungsprozessen. Je nach Raum für den gesellschaftlichen Austausch, Kritik und die Kommunikation von defizitären Situationen können unterschiedliche Formen von Expertise mobilisiert werden und prägen die öffentliche Meinungsbildung. Dieses Wissen reicht von wissenschaftlichen Expertisen zum Virus selbst, oder zu den Kapazitäten des Gesundheitssystems, bis zu gesellschaftlich ausgehandelten Ängsten im Umgang mit Impfstoffen oder (fehlendem) Vertrauen in politische Entscheidungsträger*innen.

Auswirkungen auf das politische und gesellschaftliche Handeln

Während die Konstruktion von Krisen somit auf einer Kombination aus subjektiven und objektiven Faktoren beruht, bringt die Konstruktion als solche meist klar erkennbare gesellschaftliche, ökonomische und politische Folgen mit sich. Zunächst erhöht sie die Sichtbarkeit der Situation und trägt so zu schnellem Handlungsbedarf bei. Auch hier sind weltweite Reaktionen auf die Covid-19-Pandemie exemplarisch zu nennen, um zu verdeutlichen, wie die Einstufung der Pandemie als »Krise« zu schnellen und oft weitreichenden Maßnahmen führte. Im Gegensatz dazu ziehen sich Entscheidungsprozesse zum Umgang mit sogenannten »Creeping disasters« wie Hunger, Armut oder auch dem Klimawandel über deutlich längere Zeiträume, um dann durch vergleichsweise niederschwellige Handlungsbekundungen in nur kleinen Schritten angegangen zu werden. Die Konstruktion von Krisen kann jedoch keine nachhaltigen politischen Lösungsversuche garantieren. Stattdessen birgt sie zugleich die Gefahr, dass die gegebene Situation für weitere politische Zwecke genutzt wird. Insbesondere in autoritären Regimen besteht das Risiko, dass Ausnahmesituationen (bewusst) geschaffen werden, um außerordentliche politische Maßnahmen, wie zum Beispiel die Einschränkung der Bewegungs- oder Versammlungsfreiheit, durchzusetzen. So beobachtete Amnesty International im ersten Jahr der Covid-19-Pandemie

in zahlreichen autoritären Kontexten einen Anstieg an offener Staatsgewalt. Aber auch in nicht-autoritären Regimen gilt es, die in Reaktion auf eine Krise getroffenen Maßnahmen mit Vorsicht zu beobachten und zu reflektieren, in welchem Verhältnis sie zum Ausmaß oder zur Eindämmung der Krise stehen. So ist im deutschen Kontext auf eine begründete Reflexion der Schulschließungen im ersten Jahr hinzuweisen. Zahlreiche Bundesländer lernten aus den gravierenden Folgen für Lernprozesse, Integrationsbemühungen und das Wohlbefinden von Kindern der ersten zwei Lockdowns und hielten im Nachgang die Schulen trotz steigender Coronazahlen offen.

Zuletzt ist zu beachten, dass der Begriff »Krise« mit Sorgfalt verwendet werden muss. Eine inflationäre Verwendung des Begriffs trägt im öffentlichen Diskurs zu einer Beschleunigung der Krisenwahrnehmung bei und entwertet den Begriff und das transformative Potential von Krisen an sich. Wiederholte Ausrufungen von Krisen können dazu führen, dass sich Gesellschaften an den Zustand gewöhnen und die Bedeutung der Situation somit untergraben wird.

Die Konstruktion von Gesundheitskrisen und mögliche Auswirkungen

Die zu Beginn erläuterten Entwicklungen im Bereich der planetaren und globalen Gesundheit verdeutlichen die Notwendigkeit eines »vorsorgenden, krisenfesten und modernen Gesundheitssystem« sowohl auf Bundes- als auch auf globaler Ebene. Infektionskrankheiten und nichtübertragbare Krankheiten werden mit der Erderwärmung, dem Verschieben von Klimazonen und zunehmenden Eingriffen des Menschen gerade auch in Biodiversitäts-Hotspots der von Klimawandel besonders betroffenen Tropen und Subtropen weiter zunehmen. Inwieweit diese Entwicklungen über Zoonosen, Hitzewellen etc. jedoch zu Gesundheitskrisen werden, hängt davon ab, wie Gesundheitssysteme und Gesellschaften auf entsprechende Situationen vorbereitet sind, wie sie diese wahrnehmen und mit ihnen umgehen. Die Antizipation von Gesundheitsrisiken an den Schnittstellen von Umwelt-/Klimawandel und menschlicher Gesundheit ist jedoch notwendig, um Gesundheits-, Sozial- und Bildungssysteme entsprechend aufzustellen, um mit kommenden Gesundheitsrisiken kurzfristig so umzugehen, dass Risiken abgewandt und Krisen verhindert werden. Es gilt, krisenwiderstandsfähige Gesellschaften zu fördern. Hierzu gehören gut ausgestattete Gesundheitssysteme für die unmittelbare Eindämmung der gesundheitlichen Folgen, starke Sozialsysteme, um die breiteren ökonomischen und gesellschaftlichen Folgen aufzufangen, und Bildungssysteme, um einen gut informierten, klug abgewogenen und distanziert-reflektierten Umgang der Breite der Gesellschaft mit den Herausforderungen zu erreichen.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. ANNA-KATHARINA HORNIDGE,

ALMA WISSKIRCHEN,

German Institute of Development and Sustainability (IDOS)

(ehemals Deutsches Institut für Entwicklungspolitik, DIE),

Tulpenfeld 6, 53113 Bonn,

E-Mail: anna-katharina.hornidge@idos-research.de



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für

Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover

Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 88 11 89-31

E-Mail: impulse@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» **Twitter:** Folgen Sie uns auf Twitter: @LVGundAFS

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Lisa Ambrosewicz, Salome Dannenberg, Dr. Moritz von Gliszczynski, Ilka-Marina Meyer, Martin Schumacher, Clara Wrobel

» **Beiträge:** Insa Abeling, Hermann-Josef Ahmann, Daniel Albrecht, Thomas

Altgeld, Dorothea Baltruks, Christa Böhme, Christiane Bunge, Prof. Dr. Christa

Büker, Mareile Deppe, Roman Dobberstein, Dirk Gansefort, Dr. Beate Gross-

mann, Dr. Florian Hartleb, Prof. Dr. Martina Hasseler, Gerda Holz, Nina Hilde-

brandt, Prof. Dr. Anna-Katharina Hornidge, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Julia

Kämmer, Lisa Kellermann, Maïke Korpak, Dr. Joseph Kuhn, Prof. Dr. Änne-Dörte

Latteck, Finnja Lindemann, Dr. Elena Link, Angelika Maasberg, Prof. Sir Michael

Marmot, Anna-Lena Mazhari, Maryam Mohammadi, Ilka-Marina Meyer, Daniel

Moll, Annike Nock, Tanja Pfänder, Kerstin Pleus, Thomas Preuß, Anna Raible,

Elena Reuschel, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Dr. Boris Robbers, Karoline Schäfer,

Sabine Scholz-de Wall, Martin Schumacher, Lennert Semmler, Bärbel Löcher-

Straßburg, Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, Dr. Ute Sonntag, Hermann

Städtler, Janna Stern, Janine Sterner, Dr. Monika Schwarze, Prof. Dr. Bertram

Szagon, Astrid Thulke, Maïke Voss, Katharina Wabnitz, Marcus Wächter-Raquet,

Marle Wilhelm, Alma Wisskirchen, Armin Wühle, Helmut Zachau

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 117: 15.10.2022

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit

und Gleichstellung

» **Auflage:** 8.200

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

» **Druck:** Druckerei Hartmann GmbH

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

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor*innen

wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» **Titelbild:** © adobe.stock.com: Finkenherd

» **Fotos:** © adobe.stock.com: © hkama (S. 2), © HNFOTO (S. 4), © momius (S. 5),

© rh2010 (S. 8), © DOERS (S. 11), Robert Kneschke (S. 14), © ipopba (S. 16),

© merklicht.de (S. 18), © Valerii Honcharuk (S. 20), © EKKAPON (S. 22),

© Pixel-Shot (S. 23), © fizkes (S. 25), © Andrey Popov (S. 28)

» **Liebe Leser*innen,** wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name,

Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der

impulse speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten,

können Sie dem jederzeit unter info@gesundheit-nds.de widersprechen.

» Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.



ARMIN WÜHLE

Psychosoziale Hilfe für Geflüchtete aus der Ukraine

Erstmals sind mehr als 100 Millionen Menschen weltweit auf der Flucht, so das UN-Flüchtlingskommissariat UNHCR – ein gewaltiger Aufschrei von Menschen in Not. In Deutschland erreichen uns derzeit vor allem Geflüchtete aus der Ukraine, rund 69.000 wurden bislang in Niedersachsen registriert (Stand Mai 2022). Sie zu unterstützen und Ihnen einen sicheren Hafen zu ermöglichen, ist das Gebot der Stunde. Seit über fünfzehn Jahren setzt sich das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen (NTFN e. V.) dafür ein, traumatisierten und psychisch erkrankten Geflüchteten jene Hilfe zukommen zu lassen, die sie benötigen. In unseren Behandlungszentren in Braunschweig, Göttingen, Hannover, Lüneburg, Oldenburg und Osnabrück können sie z.B. offene Sprechstunden sowie therapeutische Gruppenangebote aufsuchen. Zudem unterstützen die Mitarbeiter*innen bei der Vermittlung an niedergelassene Therapeut*innen. Durch unsere jahrelange Expertise in der Betreuung von Kriegsflüchtlingsen konnten wir im Februar 2022 schnell reagieren: Angebote wie die offene Sprechstunde waren bereits etabliert und konnten von den ankommenden Menschen (auch mit Unterstützung von Dolmetschenden) zeitnah aufgesucht werden. Mit unseren Online-Seminaren für Ehrenamtliche, in denen wir die Grundlagen von Traumata (und wie sie zu erkennen sind) vermitteln, stoßen wir weiterhin auf enorme Nachfrage – und helfen damit den vielen Ehrenamtlichen, die sich dankenswerterweise engagieren, kompetente Ansprechpartner*innen bei diesen schwierigen Fragen zu sein.

Die Zahl ukrainischer Klient*innen in unseren Behandlungszentren steigt seit Kriegsbeginn kontinuierlich, und sie wird erwartungsgemäß in den kommenden Monaten und Jahren noch stärker steigen. Viele Erwachsene befinden sich noch in der Akutphase der Flucht und des Ankommens. Sie müssen »funktionieren«, etwa indem sie sich um Angehörige im Heimatland kümmern oder das Leben im Aufnahmeland organisieren. Dadurch treten Belastungssymptome häufig zeitverzögert auf, teilweise erst Jahre später. Depressive Erkran-

kungen entwickeln sich oder waren bereits im Herkunftsland vorhanden und verstärken sich nun. Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sind z. B. schwere Schlafstörungen, Konzentrationsschwächen, Wutausbrüche, Angst- und Panikattacken. Auch Beschwerden in Form von Kopf-, Bauch- oder Gliederschmerzen können eine psychische Ursache haben. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Folgen traumatischer Erlebnisse häufig schneller sichtbar – sie machen derzeit den größten Teil unserer ukrainischen Klient*innen aus. Dank der Unterstützung verschiedener Spender und Fördermittelgeber konnten wir die Hilfen für Kinder und Jugendliche in den vergangenen Monaten ausbauen. In spezialisierten Kinder- und Jugendsprechstunden sowie bei Gruppenangeboten finden sie und ihre Eltern Unterstützung. Schwierig bleibt weiterhin die Kostenübernahme für Dolmetscher*innen, welche von den gesetzlichen Krankenkassen nicht als Gesundheitsleistung abgerechnet werden – klare gesetzliche Regelungen, wie sie eine Reihe psychotherapeutischer und psychiatrischer Verbände und Kammern fordern, wären eine große Hilfe. Gleichzeitig ist mit der Anwendung der Massenzustrom-Richtlinien für ukrainische Geflüchtete ein großer Schritt getan worden, um ihnen schnell Aufenthaltssicherheit zu bieten. Auch begrüßen wir die Regelungen hinsichtlich des vereinfachten Zugangs zum Arbeitsmarkt, zu Sprach- und Integrationskursen sowie zur Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse.

Um einer Zweiklassenbehandlung von Geflüchteten entgegenzuwirken, setzt sich der NTFN e. V. dafür ein, dass diese Verbesserungen allen Geflüchteten unabhängig von ihrer Herkunft zugänglich gemacht werden. Psychisch belastete Geflüchtete aus anderen Ländern wie Afghanistan, Syrien oder Ruanda, welche weiterhin eine große Gruppe innerhalb unserer Klient*innen bilden, dürfen hier nicht vergessen werden. Die bereits zuvor angespannte Behandlungssituation für Geflüchtete wird sich absehbar nicht entschärfen. Psychosoziale Zentren für Geflüchtete bleiben angesichts dessen ein notwendiger Baustein unserer Regelversorgung und müssen institutionell unterstützt werden – nicht zuletzt, um auch auf zukünftige Fluchtbewegungen schnell reagieren zu können.

Literatur beim Verfasser

ARMIN WÜHLE, Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V., Marienstraße 28, 30171 Hannover, E-Mail: a.wuehle@ntfn.de
Weitere Informationen finden Sie unter www.ntfn.de

BORIS ROBBERS, ROMAN DOBBERSTEIN

Die Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes

Am 28. Juni 2022 hat der Niedersächsische Landtag mit breiter Mehrheit und ohne Gegenstimme das neue Niedersächsische Krankenhausgesetz beschlossen. Kern des Gesetzes ist die Umsetzung der Ergebnisse der Enquetekommission »Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung«. In mehr als 60 Sitzungen hat sich die Enquetekommission umfassend mit den aktuellen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung befasst und im Februar 2022 schließlich ihren Ab-

schlussbericht vorgelegt. Die Corona-Pandemie hat die Arbeit der Enquetekommission in nicht unerheblichem Maße erschwert. Die Koalitionsfraktionen haben den Gesetzentwurf aus der Mitte des Landtages eingebracht. Der Wille zur Umsetzung des Gesetzgebungsverfahrens war so hoch, dass intensive Beratungen des Gesetzentwurfs im federführenden Ausschuss und die rechtliche Abstimmung mit dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes des Landtages sowie dem zuständigen Gesundheitsministerium innerhalb kürzester Zeit abgeschlossen werden konnten.

Regionale Neuordnungen und Versorgungsinnovationen

Mit Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 2023 werden zahlreiche Neuerungen für die Krankenhäuser in Niedersachsen eingeführt. Die Krankenhausplanung wird zukünftig kleinräumiger in acht statt bisher vier Versorgungsregionen vorgenommen. Das schafft die Möglichkeit, die stationäre Versorgung regional passgenau zu planen und Besonderheiten besser zu berücksichtigen. Außerdem kann gewährleistet werden, dass auch spezielle Leistungen wohnortnah in ganz Niedersachsen erreichbar sind. Die Einführung der drei Versorgungsstufen Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung bildet ein Kernelement. In jeder Versorgungsregion wird es zukünftig mindestens ein Krankenhaus der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung geben, dessen Leistungsportfolio sich deutlich von den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung abheben wird. Die Pauschalförderung orientiert sich in Zukunft ebenfalls an den zugewiesenen Versorgungsstufen. Fachkrankenhäuser bleiben von dem Versorgungsstufenmodell ausgenommen. Mit der Etablierung regionaler Gesundheitszentren wird ein Versorgungsmodell eingeführt, das in viel stärkerem Maße als bisher möglich die Sektorengrenzen überwinden kann. Verschiedene Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen können an zentraler Stelle gemeinsam Leistungen erbringen und sich in einer eigenständigen Organisationsform zusammenschließen. Die Notfallversorgung wird mit besonderer Aufmerksamkeit bedacht. Die Teilnahme an der Notfallversorgung – gestuft nach dem Modell des Gemeinsamen Bundesausschusses – ist Voraussetzung für die Zuweisung der Versorgungsstufen. Insofern erfolgt auch an dieser Stelle eine Verzahnung. Bei Versorgungsentscheidungen – das heißt, wenn mehrere Krankenhäuser um bestimmte Leistungen konkurrieren – werden Krankenhäuser der Notfallversorgung vorrangig berücksichtigt. Schließlich enthält das Gesetz eindeutige Regelungen zur Sicherstellung der Notfallversorgung, zur Teilnahme an einem digitalen Notfallmanagementsystem und zum Behandlungsvorrang von Notfällen.

Maßnahmen zur Erhöhung der Behandlungsqualität

Bei Baumaßnahmen gelten Zwei-Bett-Zimmer als Standard. Ausreichende intensivmedizinische Behandlungskapazitäten und Isolationsmöglichkeiten für infektiöse Patient*innen sind Voraussetzung für eine Förderung. Patientenschutz und Patientensicherheit werden durch klare Regelungen zur stationären Aufnahme und Entlassung sowie die Ausweitung der Befugnisse des Landes im Rahmen der Krankenhausaufsicht erheblich gestärkt. Abgerundet wird das Gesetz durch Regelungen, die zu erheblichen Verbesserungen für Patient*innen mit Demenz oder Behinderungen führen. Die besonderen Bedürfnisse dieser Menschen werden bereits bei der Aufnahme und während des stationären Aufenthalts viel stärker

berücksichtigt. Dies trägt nicht nur zu einer Entlastung des Krankenhauspersonals und der betroffenen Patient*innen bei, sondern lässt auch eine spürbar geringere psychische Belastung der Angehörigen erwarten. Insgesamt ist dem Land mit der Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes ein moderner Rechtsrahmen gelungen, der geeignet ist, die stationäre medizinische Versorgung neu aufzustellen. Das Interesse der Fachöffentlichkeit an dem Gesetz ist sehr groß. Niedersachsen könnte damit einen Weg beschritten haben, dem andere folgen werden.

DR. BORIS ROBBERS, ROMAN DOBBERSTEIN, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Referat 404 Krankenhäuser, Hannah-Arendt-Platz 2, 30159 Hannover
E-Mail: boris.robbers@ms.niedersachsen.de

HELMUT ZACHAU

Lokales Integriertes Gesundheitszentrum für Alle (LIGA) Gröpelingen – Gesundheit als Baustein zur integrierten Quartiersentwicklung

Die soziale Situation im Bremer Stadtteil Gröpelingen ist durch einen hohen Anteil von Menschen geprägt, die unter prekären Bedingungen leben. Die Armutssituation korreliert mit einem hohen Anteil von Bewohner*innen mit Migrationshintergrund. Ihre Möglichkeiten auf gesellschaftliche Teilhabe sind häufig eingeschränkt. Ob Zugänge zu Bildungs- oder Gesundheitseinrichtungen, zum Ausbildungs- und Arbeitsmarkt – für die Bewohner*innen bestehen hohe Barrieren ihre individuelle Lebenssituation substanziell zu verbessern. In den letzten Jahren verschärfen sich die bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten. Dies liegt vor allem an der mangelhaften medizinischen Versorgung in Gröpelingen. Zum Beispiel gibt es schon heute im Stadtteil mit ca. 39.000 Einwohner*innen kaum noch Fachärzt*innen. Ebenso dünnt sich die hausärztliche Versorgung durch Praxisaufgaben zunehmend aus. Unter anderem, weil eine Niederlassung in einem solchen Quartier ökonomisch unattraktiv ist und die Bereitschaft zur Niederlassung bei den jungen Ärzt*innen auch aus biografischen Gründen relativ gering ist, wird dieser Trend verstärkt.

Gesundheitsförderung seit 35 Jahren – der Gesundheits-treffpunkt West

Der Gesundheitstreffpunkt West (GTP) wirkt seit über 35 Jahren in Gröpelingen, um die Lebensqualität und Chancen der Bewohner*innen für ein gesundes Leben zu verbessern. Die Arbeitsweise orientiert sich eng an den Zielen zur Gesundheitsförderung der Ottawa-Charta (WHO). Die Aktivitäten zielen auf eine Stärkung individueller Gesundheitskompetenzen und Ressourcen sowie die Schaffung nachhaltiger gesundheitsfördernder Strukturen ab. Gesundheit wird dabei als ein Prinzip der Lebensgestaltung in der Wohnregion verstanden, dass es zu fördern und zu verankern gilt. Dieser Anspruch wird durch die Organisation einer vielfältigen Netzwerkarbeit und zielgruppenbezogene Angebote realisiert. Die Arbeit ist durch den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit anerkannt und durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als »Good Practice« zertifiziert.



Bekannte Probleme, neuer Ansatz – die Entwicklung des LIGA

Mit der 3. Bremer Armutskonferenz in 2018 wurde die Diskussion um den Zusammenhang zwischen den Armutslagen und dem Gesundheitszustand der Bürger*innen im Stadtteil intensiviert. Es wurde die Notwendigkeit eines quartiersbezogenen und über die einzelnen Politikfelder hinausgehenden Handelns herausgearbeitet und daraus die politische Forderung nach der Einrichtung von integrierten Gesundheitszentren erhoben. Die Diskussion wurde im Stadtteil unter Leitung des Ortsamts fortgeführt. Mit dem Ergebnis, dass die neue Senatorin Claudia Bernhard (Die Linke) nach der Bürgerchaftswahl 2019 einen Entwicklungsauftrag für ein »Lokales integriertes Gesundheitszentrum für alle« – (LIGA) vergab. Der GTP als anerkannter koordinierender Netzwerker im Stadtteil ist gemeinsam mit der senatorischen Behörde und den Stadtteilakteur*innen damit beauftragt, den Ausbau des Gesundheitszentrums umzusetzen. Ein parallel verlaufender Prozess zur Einrichtung eines Hebammenzentrums wurde integriert. Im Zentrum des LIGA stehen fünf Kernziele:

- » Stabilisierung der haus- und fachärztlichen Versorgung
- » Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Quartier
- » Entwicklung innovativer und nachhaltig wirkender Formen der institutionellen Zusammenarbeit und Kooperation
- » Etablierung neuer ambulanter Versorgungsformen
- » Schaffung eines zentralen Ortes als Treffpunkt für die Gesundheitsfürsorge im Quartier

Dieser Ansatz geht über die reine Gesundheitsversorgung hinaus, weil er sich als Teil der Quartiersentwicklung versteht. Der Verein LIGA wird im Quartier in einer Mischung von zivilgesellschaftlichem Engagement und professioneller Arbeit breit getragen, die sich in der Diversität der Gründungsmitglieder spiegelt. Durch die intensiven Diskussionen der letzten Jahre ist es gelungen, Gesundheit zu einem wesentlichen Baustein des durch Bundesbaugesetz geförderten integrierten Entwicklungskonzepts für den Stadtteil zu verankern, sodass dadurch das Projekt absehbar in einem Neubau realisiert werden wird. Bis dahin wird es Übergangslösungen und Einzelmaßnahmen wie beispielsweise Gesundheitswochen im Stadtteil geben, um das LIGA im Stadtteil bekannt zu machen.

Literatur beim Verfasser

HELMUT ZACHAU, Geschäftsführung Vorstand, Gesundheitstreffpunkt West, Karlshafener Straße 66, 28215 Bremen, E-Mail: h.zachau@gtp-west.de

HENNING SCHMIDT-SEMISCH

Die Regulierung von Cannabis: Chancen einer salutogenen Drogenpolitik

Fast auf den Tag genau 50 Jahre nach Inkrafttreten des Betäubungsmittelgesetzes vereinbarten SPD, Grüne und FDP in ihrem Koalitionsvertrag, das Verbot von Cannabis aufzugeben und durch eine kontrollierte Abgabe zu ersetzen. Zumindest im Bereich von Cannabis trägt die Ampel damit der Erkenntnis Rechnung, dass die Drogenprohibition auf ganzer Linie gescheitert ist. Das Verbot konnte nicht nur nicht verhindern, dass allein in der Bundesrepublik ca. fünf Millionen Personen Cannabis konsumieren, vielmehr waren die sozialen und gesundheitlichen Nebenwirkungen des Verbots für die allermeisten Konsumierenden weitaus schädlicher als die eigentliche Wirkung der Substanz. Diese Erkenntnis hat bereits zahlreiche andere Länder (wie etwa Portugal oder Kanada) dazu bewogen, einen Wechsel von der Prohibition zur Regulation zu vollziehen.

Von der Abstinenz zur Akzeptanz

Mit der nun auch in Deutschland beabsichtigten Änderung der Cannabispolitik wird sich das gesellschaftliche Setting grundlegend verändern (müssen). Die durch das Verbot ausgelösten Tabuisierungsprozesse, die auch gegenwärtig noch allen Hilfe- und Unterstützungsbemühungen zuwiderlaufen, werden neuen Formen der Kommunikation weichen müssen. Prävention muss neu gedacht werden: Sie kann nicht mehr die Fortsetzung einer repressiven Abstinenzpolitik mit (sozial-)pädagogischen Mitteln sein, sondern muss sich zu einer regulativen, gleichermaßen akzeptierenden wie gesundheitsförderlichen Drogenpolitik weiterentwickeln.

Vom pathogenetischen zum salutogenetischen Blick

Eine an Gesundheitsförderung orientierte Drogenpolitik erkennt an, dass es eine »drogenfreie Gesellschaft« nicht geben kann: Menschen haben schon immer Drogen genommen und werden dies auch weiterhin tun. Dabei spricht alle Evidenz dafür, dass der Gebrauch von Cannabis (wie im Übrigen auch anderer illegaler Drogen) keineswegs regelhaft zu Krankheit und Sucht führt, sondern in aller Regel entweder ein passageres Phänomen bleibt oder aber im Rahmen moderater Konsummuster erfolgt. Vor diesem Hintergrund reicht die pathogenetische Frage »Was macht krank?« nicht aus, interessanter wird die salutogenetische Perspektive: Was hält die meisten Konsumierenden gesund? Warum und wie gelingt es ihnen, keine exzessiven Konsummuster zu entwickeln? Welche Rahmenbedingungen unterstützen einen unproblematischen Drogengebrauch?

Salutogene Cannabispolitik

Eine salutogene Cannabispolitik versteht Cannabiskonsum als ein legitimes Bedürfnis, das aber zugleich gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen bedarf. Einen Orientierungspunkt kann hierbei unser Umgang mit Alkohol bilden: Zwar birgt auch dessen Gebrauch vielfältige Risiken, zugleich haben wir diese nicht ungefährliche Droge mittels kultureller, sozialer und technischer Rahmenbedingungen weitestgehend domestiziert. Entsprechende Maßnahmen reichen von der Sicherstellung einer hohen und kontrollierten Produktqualität und -kennzeichnung, über die Reflexion des Alkohol-

gehalts der jeweiligen Getränke durch die Größe der entsprechenden Gläser (Schnaps- und Bierglas), bis hin zur Sicherstellung von medizinischer Versorgung bei Volksfesten. Kulturelle und erfahrungsgeleitete Regeln, Rituale und Normen, ermöglichen uns einen weitgehend unproblematischen Konsum ebenso, wie einen mehr oder weniger kontrollierten Kontrollverlust durch die Erzeugung eines Rausches. Voraussetzung dafür ist der Umstand, dass sowohl über die riskanten als auch die gewinnbringenden Potenziale des Alkoholgebrauchs offen kommuniziert werden kann.

Zielperspektive Drogenkonsumkompetenz

Eine an wissenschaftlicher Evidenz orientierte und salutogene Cannabispolitik ersetzt daher das Verbot durch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen, die einen unproblematischen Drogengebrauch unterstützen. Im Vordergrund steht dabei ein Verbraucherschutz, der die Qualität und Kennzeichnung der Substanzen sicherstellt und zugleich eine offene Kommunikation ermöglicht, die weder verbietet noch überredet, die die positiven Aspekte des Cannabiskonsums zu begünstigen und die negativen zu minimieren sucht. Das Ziel dieser Politik ist nicht mehr erzwungene Abstinenz, sondern die Herausbildung selbstbestimmter *Drogenkonsumkompetenz*, ein Konzept, das an bereits bestehende Überlegungen anschließen könnte, etwa zu »Drogenmündigkeit«, zu »Riten des Genießens« in Verbindung mit »Regeln für (sichere) Rausche« oder auch zu einer »drogenbezogenen Bildung«.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HENNING SCHMIDT-SEMISCH, Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen, Grazer Straße 2, 28359 Bremen, E-Mail: schmidt-semisch@uni-bremen.de

KERSTIN PLEUS, HERMANN-JOSEF AHMANN

Abschied von der Fachkraftquote: Weichen stellen für die neue Personalbemessung in der stationären Pflege

Die antiquierte Fachkraftquote in der stationären Langzeitpflege hat ausgedient. Längst überfällig wird das wissenschaftlich unbegründete und ungerechte Verfahren durch ein neues Personalbemessungssystem ersetzt. Bisher war die Personalausstattung bei vergleichbarem Pflegegradmix in den Bundesländern, anhängig von der jeweiligen Personalverordnung, sehr unterschiedlich. In Bayern wird zum Beispiel die gleiche Arbeit bei vergleichbarem Pflegegradmix mit ca. 41 Vollzeit-Pflegekräften bewältigt. In Sachsen-Anhalt gibt es für die gleiche Arbeit nur ca. 35 Vollzeit-Kräfte.

Das neue PeBeM in der vollstationären Pflege zum 01. Juli 2023

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II im Jahr 2016 hat der Gesetzgeber festgelegt, dass bis Mitte 2020 ein wissenschaftlich fundiertes, bundesweit einheitliches Personalbemessungsinstrument zu entwickeln ist. Die dazu notwendige wissenschaftliche Analyse (»Rothgang-Studie«) liegt mittlerweile vor. Meilensteine für die Einführung des neuen Personalbemessungsinstruments (PeBeM) wurden im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) verbindlich fest-



gelegt, denn das neue Verfahren bringt grundlegende Veränderungen und somit einen erheblichen Handlungsbedarf seitens der Einrichtungen mit sich. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels liegt der Fokus in den nächsten Jahren auf der Sicherung einer guten und professionellen pflegerischen Versorgung. Die Personalsituation in der vollstationären Pflege soll schrittweise verbessert werden. Pflegefachpersonen werden zukünftig mehr in ihrer Fachlichkeit wahrgenommen. Mit Blick auf die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG steuern sie Pflegeprozesse und übernehmen verstärkt koordinierende Aufgaben. Komplexe pflegerische Versorgungssituationen setzen sie selbst um, aber binden Pflegehilfs- und Assistenzpersonen mit ein.

Die Zeit drängt!

Die Umsetzung des PeBeM in der Praxis

Die Umsetzung der im GVWG festgehaltenen Meilensteine zur Einführung der einheitlichen Personalbemessung wird sich über einen Zeitraum von mehreren Jahren erstrecken. Aktuell müssen die Ergebnisse der Rothgang-Studie in die Praxis transportiert werden. Im Pflegealltag stellt sich nun zuerst die Frage, wer sich für die Veränderungen auf Struktur- und Prozessebene verantwortlich fühlt. Die Verantwortlichen in den Einrichtungen müssen sich mit der Thematik auseinandersetzen und eine Strategie für den Implementierungsprozess planen: Dabei ist es ratsam nicht nur Wert auf die Inhalte und auf ein gutes Projektmanagement für die Umsetzung (»Was«) zu legen, sondern auch die Menschen im Veränderungsprozess nicht aus den Augen zu verlieren. Es gilt die Betroffenen zu Beteiligten zu machen (»Wie«). Empfehlenswert ist es, beides zu kombinieren und dann zu prüfen, welche Auswirkungen die Veränderungen auf die gesamte Organisation haben.

Die ab Juli 2023 gültigen Personalanhaltswerte liegen im § 113 c im GVWG vor. Unter Betrachtung der derzeitigen einrichtungsinternen Pflegegrade können die zukünftigen Vollzeitstellen je Qualifikationsniveau ermittelt und dem aktuellen Ist-Stand gegenübergestellt werden. Dieser Vergleich ist hilfreich für die Planung der künftigen Prozesssteuerungen. Des Weiteren empfiehlt sich eine strategische Personalentwicklung zwischen der ersten und zweiten Personalausbaustufe (Januar 2021 und Juli 2023). Vorausschauend sind die derzeitigen Personaleinsätze sowohl von Pflegefachpersonen als auch von Hilfskräften zu betrachten und zu hinterfragen. Die vorgesehene kompetenzorientierte Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen kann nur mittels professioneller Personal- und Organisationsentwicklungsmaß-

nahmen gelingen. Es ist wichtig, sich intern gemeinsam mit den Teams auf die Neuausrichtung der Aufgabenfelder vorzubereiten und unter Rücksichtnahme auf die Anforderungen an Fachkräfte, vor allem an qualifizierte Pflegehelfer, die Weichen für veränderte Arbeitsablaufstrukturen zu stellen. Wir empfehlen, die Mitarbeitenden frühzeitig »mit ins Boot« zu holen, um mögliche Rollenkonflikte zwischen ihnen abzufedern. Alle Beteiligten sind frühzeitig mit einzubeziehen, damit der Veränderungsprozess gut gelingt.

Ausblick

Insgesamt müssen grundlegende Veränderungen bis Mitte des kommenden Jahres angestoßen und umgesetzt werden – die Zeit drängt! Die ersten Maßnahmen bereits jetzt zu ergreifen, ist eine Notwendigkeit für alle Einrichtungen und Unternehmen in der Langzeitpflege.

Literatur bei den Verfasser*innen

HERMANN-JOSEF AHMANN, E-Mail: hj.ahmann@puma-bildung.de

Kommunales

LENNART SEMMLER

Männerschuppen als Orte der Prävention und Gesundheitsförderung für Männer ab 50 Jahren

Viele Männer fühlen sich von klassischen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention nicht angesprochen, da diese der Lebenswelt der Dialoggruppe nur selten entsprechen. Lebensweltnahe kommunale Strategien zur Förderung der Gesundheit von Männern fristen in Deutschland nach wie vor ein Schattendasein, während männergerechte Zugangsstrategien im sozialen Nahfeld international bereits seit den 1990er Jahren an Bedeutung gewinnen. Gleichwohl werden auch hierzulande Forderungen für den Auf- und Ausbau so genannter »male-friendly (health) services« im kommunalen Setting lauter.

Männerschuppen und ihre Wurzeln

Männerschuppen (»Men's Sheds«) wurden ursprünglich in Australien als Konzept der gemeindebasierten Gesundheitsförderung entwickelt. Sie verfolgen das Ziel, sozialer Isolation im Alter vorzubeugen sowie Gesundheit und Wohlbefinden von Männern im mittleren und höheren Lebensalter zu stärken. Nach der Definition der Australian Men's Sheds Association ist ein Männerschuppen »jede gemeindebasierte, gemeinnützige, nicht-kommerzielle Organisation, die für alle Männer zugänglich ist und deren Hauptaufgabe darin besteht, ein sicheres und freundliches Umfeld zu schaffen, in dem Männer in ihrem eigenen Tempo, in ihrer eigenen Zeit und in der Gesellschaft anderer Männer an Projekten arbeiten können«. Charakteristisch für die Aktivitäten in den Männerschuppen sind in der Regel Reparatur- und Holzarbeiten, häufig für soziale und gemeinnützige Zwecke. Zunehmend werden aber auch gesundheitsbezogene Inhalte integriert.

Das Modellprojekt MARS

In Deutschland bestehen bislang kaum Erfahrungen mit Männerschuppen und deren Potenzialen hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention. Mit dem Kooperationsprojekt »MARS: Männerschuppen als Orte der Prävention und Gesundheitsförderung im kommunalen Setting für Männer ab 50 Jahren« der LVG & AFS und der Universität Bremen, soll das Konzept der Männerschuppen auf Nordwestdeutschland übertragen werden. Dafür werden acht Männerschuppen in nordwestdeutschen Kommunen rekrutiert und implementiert. Ein Starter-Set soll kommunalen Akteur*innen darüber hinaus als Handlungshilfe für den Aufbau und die Verstetigung von Männerschuppen zur Verfügung gestellt werden. Zudem wird erörtert, welche förderlichen und hinderlichen Faktoren die Implementation und die Übertragbarkeit auf den deutschsprachigen Raum beeinflussen und welche gesundheitsförderlichen Effekte durch die Männerschuppen sowie spezifische Angebote der Gesundheitsförderung erzielt werden können. Mit dem Projekt sollen geschlechtsspezifischen Unterschieden im Gesundheitsverhalten und der sozialen Eingebundenheit älterer Männer durch einen niedrigschwelligen Zugang Rechnung getragen werden. Das im April 2022 gestartete und bis März 2025 laufende Projekt wird durch das



Die Website der LVG & AFS wurde neu gestaltet!

Wir freuen uns, Ihnen unsere vielfältige Arbeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in neuem Gewand präsentieren zu können: Moderner, übersichtlicher, leichter zugänglich und persönlicher. Das Herzstück bilden die Themenseiten, auf denen Sie unsere Arbeitsbereiche, die dazugehörigen Projekte, Netzwerke und Arbeitskreise kennenlernen und auf umfangreiche Informationen, Publikationen und Arbeitshilfen zugreifen können.

Eine große Neuerung halten unsere Veranstaltungsseiten bereit: Ein neues Anmeldemanagement-Tool ermöglicht es Ihnen ab sofort, Ihre Veranstaltungsanmeldungen selbst online im Portal einzusehen und zu verwalten und Zugangsdaten für Videokonferenzen, Rechnungen sowie Teilnahmebescheinigungen abzurufen.

Klicken Sie sich gerne durch unsere Website und entdecken Sie unsere Arbeit neu! Wir freuen uns über Ihren Besuch, Ihr Feedback und Ihre Kontaktaufnahme, wenn Sie beispielsweise in den Projekten oder Netzwerken mitwirken oder an Veranstaltungen teilnehmen möchten.

Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen wissenschaftlich begleitet und evaluiert und durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Chance für einen Perspektivwechsel?

Gesellschaftliche Stigmatisierung und vorherrschende Geschlechterrollenbilder stehen aus Sicht vieler Männer häufig in einem Konflikt mit der gesundheitlichen Selbstfürsorge und der Inanspruchnahme von Angeboten. Auch ist die Kommunikation über Männergesundheit zumeist defizitorientiert. Nicht verwunderlich also, dass Männer dazu tendieren, Unterstützung außerhalb des professionellen Hilfesystems zu suchen. Studien zeigen, dass das Konzept der Mönnerschuppen dazu beitragen kann, soziale Isolation zu verringern, den subjektiven Gesundheitszustand und das subjektive Wohlbefinden zu stärken – insbesondere im Hinblick auf die psychische Gesundheit. Dies liegt vor allem an ihrer Stellung als informeller und natürlicher Nachbar, die es erleichtert, sich zwanglos und »Peer-to-Peer« über gesundheitliche Belange auszutauschen. Ferner können neue Kontakte geknüpft, das soziale Netzwerk erweitert und ein Zugehörigkeitsgefühl entwickelt werden. Nicht zuletzt fällt es Männern durch die für den Mönnerschuppen charakteristische Schulter-zu-Schulter-Kommunikation leichter, miteinander ins Gespräch zu kommen, als von Angesicht zu Angesicht. Inwiefern Mönnerschuppen auch hierzulande im Sinne einer »No wrong door policy« dazu beitragen können, einen niedrigschwelligen Aushandlungsort für Gesundheitsthemen zu schaffen und bisherige Hilfestrukturen zu erweitern, soll im Modellprojekt MARS untersucht werden.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum

**BÄRBEL LÖRCHER-STRASSBURG, MAIKE KORPAK,
MONIKA SCHWARZE**

Suchtprävention als gesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe und Public Health Herausforderung

Das neue Suchtpräventionskonzept der Niedersächsischen Landesregierung, veröffentlicht im Mai 2022, wurde unter Federführung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung in einer ressortübergreifenden Arbeitsgruppe erstellt, in der fünf weitere Ministerien sowie die beiden Landesstellen für Suchtfragen und für Jugendschutz mitgewirkt haben. Die Basis bildeten die Ergebnisse eines niedersächsischen Forschungsprojektes zu stoffbezogenen und nicht stoffbezogenen Abhängigkeiten und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen für Niedersachsen. Zugleich wurden aktuelle nationale und internationale wissenschaftliche Standards der Präventions- und Suchtforschung einbezogen. Folgende drei Leitziele sollen dazu führen, den Menschen im Land Niedersachsen ein über die gesamte Lebensspanne möglichst gesundes Leben ohne Substanzkonsumstörungen und abhängige Verhaltensweisen zu ermöglichen:

» 1. Die Stärkung gesellschaftlicher Strukturen und prosozialer individueller Verhaltensweisen, welche die Gesundheit fördern.



» 2. Den Einstieg in den Konsum psychoaktiver Substanzen bzw. problematischer Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen verhindern bzw. hinauszögern.

» 3. Bei Konsum psychoaktiver Substanzen bzw. problematischer Verhaltensweisen einen gesundheitsverträglichen, risikoarmen und -bewussten Umgang bzw. Verzicht fördern.

Die zukünftige Ausrichtung des suchtpreventiven Angebots in Niedersachsen soll auf der Stärkung der selektiven Prävention, der Erhöhung der Reichweite und der Steigerung der Effektivität liegen. Dies erfolgt im Kontext vielfältiger Strukturen, Handlungsfelder und Settings. Anhand konkreter Handlungsziele werden im Konzept die Möglichkeiten der Veränderungen im Hinblick auf die Stärkung der Suchtprevention in den jeweiligen Bereichen und Ebenen dargestellt.

Gesundheitspolitische Herausforderung in der Suchtprevention

Die Prävention von Suchterkrankungen in der Bevölkerung gilt als eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung mit hoher Relevanz für die öffentliche Gesundheit. Riskanter Konsum, Missbrauch und Abhängigkeiten wirken sich negativ auf die Gesundheit des Einzelnen aus und sind gleichzeitig mit gravierenden Auswirkungen auf das familiäre, soziale und berufliche Umfeld verbunden. Die Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsstörungen (ICF) betreffen alle medizinischen und psychosozialen Fachgebiete. Wir haben es mit einem erheblichen Public-Health-Problem zu tun, für das es bevölkerungsbezogene Gesundheitsansätze auf der primären, sekundären und tertiären Maßnahmenebene bedarf. Erforderlich ist ein Mix aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen, das heißt sowohl die individuelle Gesundheitskompetenz muss gestärkt werden, als auch gesellschaftliche suchtpreventive Strukturen wie zum Beispiel Werbe- und Verkaufsbeschränkungen.

Situation in Niedersachsen

In Niedersachsen leben schätzungsweise 1,3 Millionen Menschen mit einer substanz- oder verhaltenssuchtbezogenen Störung, jede sechste in Niedersachsen lebende Person ist somit direkt betroffen. Darunter fallen sowohl Menschen mit einer gesicherten Diagnose als auch Personen, die sich im Vorfeld einer Abhängigkeit befinden und einen missbräuchlichen Konsum beziehungsweise missbräuchliches Verhalten praktizieren. Hinzu kommen indirekt betroffene Bevölkerungsgruppen, insbesondere Kinder sowie Partner*innen oder Arbeitskolleg*innen. Um dieser Problematik auf der strukturellen Ebene zu begegnen und die Gemeinschaftsaufgabe Suchtprevention nachhaltig zu verstärken, hat die Niedersächsische Landesregierung das aus dem Jahr 2008 stam-

mende Suchtpräventionskonzept überarbeitet und im Mai 2022 eine modernisierte Fassung veröffentlicht.

Ausblick

Das Konzept stellt einen Orientierungsrahmen für die zukünftige Ausgestaltung der Suchtpräventionsarbeit dar und kann insbesondere in den Kommunen von Beratungsstellen, im pädagogischen Umfeld von Kindertagesstätten, Schulen und Hochschulen, von der Polizei, der (Sucht-) Selbsthilfe, der betrieblichen Suchtprävention, in den kommunalen Präventionsgremien, im Gesundheitswesen, in der Freizeit genutzt werden. Als erster Schritt der Umsetzung soll zusammen mit anderen Präventionsverantwortlichen das Engagement des Landes für Kinder, die in suchtbelasteten Elternhäusern/Lebensgemeinschaften aufwachsen, erweitert werden. Ein weiteres Anliegen ist die Ausweitung der Digitalisierung der Suchtberatung, die derzeit über ein Bundesmodellprojekt implementiert wird.

Link zum Niedersächsischen Suchtpräventionskonzeptes 2022:

https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/gesundheit/drogen_sucht/veranstaltung/suchtpraevention-212104.html

Literatur bei den Verfasserinnen

BÄRBEL LÖRCHER-STRASSBURG, MAIKE KORPAK, DR. MONIKA SCHWARZE,
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung,
Referat 103 Arbeitsschutz, technischer Verbraucherschutz, Suchtbekämpfung,
Drogenbeauftragte des Landes, Hannah-Arendt-Platz 2, 30159 Hannover,
E-Mail: sucht103.5@ms.niedersachsen.de

INSA ABELING, ELENA REUSCHEL, HERMANN STÄDTLER

Bewegte, gesunde Schule – Ein Programm für mehr Gesundheit und Bewegung in der Schule

Ist eine bewegte Schule nur eine Schule, in der die Heranwachsenden mehr Sport haben? Das Programm geht weit darüber hinaus und umfasst den gesamten Lern- und Lebensraum einer Schule und deren Organisation. Schule in Bewegung zu bringen heißt, sie zu verändern durch eine kind-, lehrkräfte- und lerngerechte Rhythmisierung des Unterrichts, durch bewegendes und selbsttätiges Lernen, durch bewegte Pausen, durch beteiligende Organisationsstrukturen, durch Öffnung der Schule nach außen und durch vernetztes Denken. Dabei ist das Thema Gesundheit und Bewegung als Querschnittsaufgabe und zugleich als Voraussetzung für gelingende Schulkultur zu sehen. Das Programm hat sich seit 2000 deutlich von der rein sportiven Orientierung gelöst und setzt konsequent bei der Gesundheit der Lehrkräfte an, denn Schulqualität entsteht primär durch die handelnden Akteur*innen.

Das Zahnradmodell als systemischer Ansatz

Im Programm wird das Zahnradmodell als handlungsleitendes Modell eingesetzt. Es besteht aus den drei Handlungsfeldern Lern- und Lebensraum Schule, Lehren und Lernen sowie Steuern und organisieren (siehe Abbildung 1). In dem ersten Handlungsfeld Lern- und Lebensraum Schule geht es darum, wie die Rahmenbedingungen, zum Beispiel Innen- und Außenräume, dazu beitragen können, Bewegung und Interaktion zu fördern. Das Handlungsfeld Lehren und Lernen greift das



Abbildung 1:
Zahnradmodell der
bewegten, gesunden
Schule

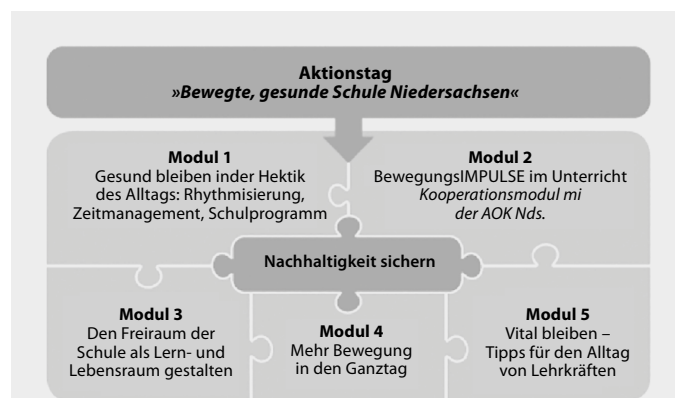
pädagogische Kerngeschäft auf. Es geht darum, wie Lernen durch bewegende und bewegungsbegleitende Aktivitäten für Schüler*innen und pädagogisches Personal motivierender und wirkungsvoller gelingen kann. Das dritte Handlungsfeld Steuern und organisieren soll für eine zielführende Umsetzung der Idee und Nachhaltigkeit sorgen. Die drei Handlungsfelder greifen ineinander und bewegen sich gegenseitig, so dass jede Aktivität eine Wirkung auf das ganze System Schule erzielt. Bei dem Programm wird somit die gesamte Organisation, einschließlich Lehrkräfte, Schüler*innen und Eltern, in den Blick genommen. Das Räderwerk ist ein systemischer, ressourcenorientierter Ansatz, der von den vorhandenen Stärken jedes Einzelnen ausgeht.

Was sind die Ziele?

- » Stärkung der Lehrer*innen, Eltern und anderer Verantwortlicher, die sich für mehr Bewegung und Gesundheit einsetzen wollen
- » Durchführung von Aktionstagen und Aufbaumodulen zur Sicherung der Nachhaltigkeit
- » Implementierung der Idee der bewegten, gesunden Schule zur Schulentwicklung als systemisches Vorgehen
- » Vernetzung unterschiedlicher Institutionen und Interessensvertretungen im Themenfeld Bewegung und Gesundheit

Wie kommen mehr Bewegung und Gesundheit in die Schule?

Ein Aktionstag ist ein grundlegender Baustein für neu einsteigende Schulen. Ziel ist es, Schulleitungen, Lehrkräfte und Eltern für mehr Bewegung im Schulalltag und in der Schulentwicklung zu sensibilisieren. Auch die Fragestellung, wie mehr Bewegung und Gesundheit den Lehrer*innen nützen, wird bearbeitet. Im Anschluss können bis zu fünf thematisch vertiefende Module gewählt werden, welche die Nachhaltigkeit des Programms sichern. Durchgeführt werden die Fortbildungen vom interdisziplinären Expert*innenteam der bewegten, gesunden Schule Niedersachsen.



Neue befristete Fortbildungen im Rahmen von »Startklar in die Zukunft«

» 1. Angebot: Jetzt erst recht – wir planen mit!

Bei der Maßnahme wird in einem gemeinsamen Prozess ein individuelles Freiraumkonzept für die Schule erarbeitet. Die Schüler*innen stehen dabei unter anderem durch ein Beteiligungsmodell im Mittelpunkt.

» 2. Angebot: Bewegung bringt's – Chancen nutzen!

In dem zweiten Angebot geht es darum, die Bewegungschancen und damit die Bewegungshäufigkeit der Heranwachsenden im Schulalltag kurzfristig durch einfache Maßnahmen zu erhöhen. Die Veranstaltung verlangt seitens der Schule wenig Organisationsaufwand bei hohem Nutzen, denn die umsetzbaren Schritte greifen oft schon am nächsten Tag.

Wer wirkt mit?

Das Programm wird vom Niedersächsischen Kultusministerium, der AOK Niedersachsen, der hkk Handelskrankenkasse, dem Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover I Landesunfallkasse Niedersachsen, dem Braunschweigischen Gemeinde-Unfallversicherungsverband, dem Landessportbund Niedersachsen e. V. sowie der Techniker Krankenkasse getragen. Koordiniert wird es von der LVG & AFS.

Literatur bei den Verfasser*innen, Anschrift siehe Impressum

Weitere Informationen und Anmeldeöglichkeiten auf www.bewegteschule.de
Kontakt: kontakt@bewegteschule.de

MARYAM MOHAMMADI, MARCUS WÄCHTER-RAQUET

Empowerment geflüchteter Frauen am Beispiel des Projektes EMPOW

Das Projekt »Vulnerabilität und Empowerment: Partizipative Ansätze der Gesundheitsförderung mit Geflüchteten« (EMPOW) verfolgt das Ziel gesundheitsbezogene Bedarfe und Ressourcen Geflüchteter partizipativ zu bestimmen, um gemeinsam Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu entwickeln und umzusetzen. EMPOW wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft für drei Jahre gefördert (11/2019 – 10/2022) und ist an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München angesiedelt. In Hannover ist die LVG & AFS ein zentraler Partner, in Berlin der Verein GEDA e. V. und in München das Beratungs- und Behandlungszentrum Refugio.

Situation geflüchteter Frauen

An jedem der drei Projektstandorte wurde eine Arbeitsgruppe bestehend aus geflüchteten Menschen aufgebaut, die die praktische Umsetzung des Projektes wesentlich bestimmen. Am Standort Hannover besteht die Arbeitsgruppe aus vier geflüchteten Frauen. Die Arbeitsgruppe trifft sich seit Dezember 2020 wöchentlich online für ungefähr eine Stunde. Im Rahmen der Sitzungen werden gesundheitsbezogene Bedarfe geflüchteter Frauen diskutiert und geplante Aktivitäten inhaltlich vorbesprochen. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe erhalten eine Aufwandsentschädigung für ihr Engagement. Da besonders geflüchtete Frauen in Bezug auf den Aufnahme- und Integrationsprozess vor großen Herausforderungen stehen, ist das Ziel der inhaltlichen Arbeit der Gruppe, geflüchtete Frauen zu ermutigen ihre Meinung zu vertreten und, wenn möglich, andere Frauen zu unterstüt-

zen. Die Erfahrung von Krieg, Gewalt, Flucht und Perspektivlosigkeit, das langfristige Asylverfahren nach ihrer Ankunft in Deutschland, die Verantwortung für die Familie und die Erziehung von Kindern machen sie zu einer besonders vulnerablen Gruppe unter den geflüchteten Menschen. Oftmals nehmen sie sich zurück und vernachlässigen ihre physische und psychische Gesundheit.

WhatsApp-Gruppen als Kommunikationsmöglichkeit

Aufgrund der Corona-Maßnahmen ist seit Projektbeginn die Kontaktaufnahme zu geflüchteten Frauen nur sehr eingeschränkt möglich. Daher wurde, zunächst basierend auf privaten Kontakten, je eine WhatsApp-Gruppe für farsisprachige und eine für arabischsprachige Frauen aufgebaut. Über die beiden Gruppen können ungefähr 100 Frauen erreicht werden. Die WhatsApp-Gruppen dienen der Verbreitung von gesundheitsbezogenen Informationen sowie zur Rückkopplung der Bedarfe geflüchteter Frauen. Insgesamt wurden 19 Videos mit Gesundheitsinformationen, fünf Videos mit Bastelanleitungen für Kinder, zwei Videos zur Verbesserung des deutschen Wortschatzes und 37 Videos mit Bewegungsübungen angefertigt. Mit Ausnahme der Bewegungsübungen sind die Mitglieder der Arbeitsgruppe auch zugleich die Protagonistinnen in den Videos. Die WhatsApp-Gruppen werden von den Frauen auch für Fragen genutzt. Die Fragen werden mittlerweile nicht nur durch die Frauen aus der Arbeitsgruppe, sondern auch von den Mitgliedern der Gruppe beantwortet bzw. diskutiert. Häufig werden Fragen zu Themen wie Aufenthaltsrechts und Aufenthaltsperspektive, Kindergarten und Schule, Erziehung, Gesundheitsprobleme und Kontakt zu medizinischem Personal, das auch die Muttersprache der Frauen spricht, häusliche Gewalt und Angebote für Frauen und Kinder gestellt.

Online-Sprachlernangebote für geflüchtete Frauen

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe konnten einen Rückgang der Deutschkompetenzen bei geflüchteten Frauen feststellen. Als Ursache wurde der Wegfall vieler niedrigschwellig organisierter Sprachkurse im Rahmen der Corona-Pandemie identifiziert. Auf Basis dieser Bedarfslage wurde ein Online-Sprachlernangebot für geflüchtete Frauen durchgeführt. Teilnehmen konnten Frauen, die keine oder nur geringe Deutschkenntnisse haben oder die zwar Deutsch gelernt, aber vieles von dem Gelernten wieder vergessen haben. Darunter sind auch die Frauen, die sich noch im Asylverfahren befinden, keine gute Bleibeperspektive haben oder nur als sogenannte Geduldete gelten. Ziel des Sprachlernangebotes war es, die sprachliche Verständigung im Alltag zu verbessern, um so die Teilhabechancen der Frauen zu erhöhen. Auch wurden gezielt Vokabeln und Sätze eingeübt, die beim Besuch einer Arztpraxis nützlich sein können.

Wie geht es weiter?

Es ist geplant aus der Arbeitsgruppe heraus einen Verein zur Unterstützung geflüchteter Frauen zu gründen. Für die WhatsApp-Gruppen sind weitere Online-Deutschkurse, wöchentliche Gespräche mit Unterstützung eines Psychologen, Gruppendiskussionen und Online-Sprachcafés geplant, damit die Frauen miteinander Deutsch sprechen und ihre Deutschkenntnisse verbessern können.

Literatur bei den Verfasser*innen, Anschrift siehe Impressum



Agiles Lernen im Unternehmen

Die Autor*innen gehen davon aus, dass die Digitalisierung die Arbeitswelt mit zunehmender Geschwindigkeit verändert. Grundlage der These sind Projekte zu agilem Lernen in Industrie- und Dienstleistungsunternehmen, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und vom Europäischen Sozialfonds gefördert wurden. Zielgruppen waren Fachkräfte, Auszubildende, Studierende sowie Führungskräfte und Management. Die Projekterfahrungen sind in drei Bereiche eingeteilt. Der erste Teil beschreibt den Hintergrund des Ansatzes Agiles Lernen, die Anforderungen an das Konzept sowie die Effekte und Grenzen seiner Anwendung. Im zweiten Teil werden Beispiele aus verschiedenen Unternehmen dargestellt. Teil drei analysiert agile Lernprozesse und die Frage der Zukunft des agilen Lernens. (am)

JÖRG LONGMUSS, GABRIELE KORGE, AGNES BAUER, BENJAMIN HÖHNE (HRSG.): Agiles Lernen im Unternehmen, Springer Vieweg Berlin, 2021, 143 Seiten, ISBN 978-3-662-62012-0, 42,79 Euro

Kämpfe um Migrationspolitik seit 2015

Im Sommer 2015 wurde die europäische Flüchtlingspolitik auf den Kopf gestellt und die bisherige Imagination der europäischen Gesellschaft von Grenzen kam ins Wanken. Wie steht es nun um die Kämpfe der Migration? Welche rechten oder konservativen Kräfte haben sich durchgesetzt? Der von der von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsgruppe »Beyond Summer 15« gelingt es in ihrem Sammelband die gegenwärtige Krise der EU-Migrationspolitik zu analysieren, ohne ein Gefühl von Ausweglosigkeit aufkommen zu lassen. Die dargelegten komplexen Kämpfe in Bereichen wie Recht, zivilgesellschaftliche Interventionen und Arbeitsmarkt, machen deutlich, wie weiterhin aktiv um Migration gerungen wird. (nh)

SONJA BUCKEL, LAURA GRAF, JUDITH KOPP, NEVA LÖW, MAXIMILIAN PICHL (HG.): Kämpfe um Migrationspolitik seit 2015. Zur Transformation des europäischen Migrationsregimes. Transcript Verlag, Bielefeld, 2021, 192 Seiten, ISBN 978-3-8376-5753-1, 30,00 Euro

The Health Gap: The Challenge of an Unequal World

»The Health Gap« erschien 2016, zwölf Jahre nach dem Band »Status Syndrome«. Der Autor liefert hier weitere internationale Beispiele und Forschungserkenntnisse dafür, dass soziale Ungleichheit konkrete Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebenserwartung hat. Dabei verdeutlicht Michael Marmot, dass gesundheitliche Ungleichheiten nichts Unvermeidliches sind, sondern durch politische Rahmensetzung – positiv wie negativ – beeinflusst werden. Es wird veranschaulicht, dass rein medizinische Ansätze wie eine verbesserte medizinische Versorgung, Hygiene und Kontrolle von Krankheitsüberträgern, oder Verhaltensänderungen etwa hinsichtlich des Rauchens oder Alkoholkonsums, nur einen Teil der Lösung darstellen können. Die Schaffung von Lebensbedingungen, die das Wohlergehen aller Bevölkerungsgruppen fördern, seien der Schlüssel zur Verringerung sozialer und damit gesundheitlicher Ungerechtigkeiten. Das Buch ist nur auf Englisch erschienen, aber gleichwohl sehr gut verständlich und eindrücklich geschrieben. (stj)

M. G. MARMOT: The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. Bloomsbury Paperbacks, London, 2016, 400 Seiten, ISBN 978-1408857977, 16,40 Euro

Ängste von Kindern und Jugendlichen. Erkennen, Verstehen, Lösen. Das Elternbuch.

Ängste von Kindern und Jugendlichen können das Familienleben beeinflussen und zu starken Belastungen und Einschränkungen aller führen. Dieses praktische Handbuch für Eltern bietet die Möglichkeit sich mit den Ängsten auf einer sehr praktischen Art und Weise zu befassen. Der systemische Ansatz ist Grundlage und hilft den Blick auf die bestehende Problematik zu öffnen. Aufgebaut ist das Buch nach den Schritten erkennen, verstehen und lösen. Zunächst werden verschiedene Arten von Angststörungen benannt und erklärt, wie diese das Kind beeinträchtigen können. Aber auch Ängste die zum natürlichen Entwicklungsprozess des Kindes und der Familie gehören werden benannt. Das Aufzeigen von Gründen und Ursachen sowie der Mehrwert von Angst werden aufgezeigt. Stärken und Ressourcen aller Familienmitglieder sind Teil des dritten Abschnitts. Diese können aufgespürt und anhand von einer Vielzahl an dargestellten Möglichkeiten zu einer positiven Entwicklung aller beitragen. (at)

WILHELM ROTTHAUS: Ängste von Kindern und Jugendlichen. Erkennen, Verstehen, Lösen. Das Elternbuch. Carl-Auer Verlag GmbH, Heidelberg, 2020, 105 Seiten, ISBN 978-3-8497-0337-0, 17,95 Euro

Status Syndrome: How Your Place on the Social Gradient Directly Affects Your Health

Das im Jahr 2004 erstmals veröffentlichte Werk »Status Syndrome: How your place on the social gradient directly affects your health« basiert auf mehr als dreißig Jahren internationaler Forschungen. Michael Marmot vermittelt eindrücklich, wie soziale Umstände maßgeblich die Gesundheit, Erkrankungsrisiken und Lebenserwartung von Menschen bestimmen. Dabei geht es nicht nur um Einkommensfragen oder den individuellen Lebensstil, sondern auch um die psychologische Erfahrung von Ungleichheit – wie viel Kontrolle jemand über das eigene Leben hat und welche Möglichkeiten sich bieten, gesellschaftlich teilzuhaben – die sich tiefgreifend auf Gesundheit auswirkt. Der Autor gibt darüber hinaus pragmatische Handlungsempfehlungen etwa an die Politik. Die Publikation ist bislang lediglich auf Englisch erschienen. Dem Autoren gelingt es aber, auch komplexe Sachverhalte wirklich gut verständlich und lebensnah zu vermitteln. (stj)

M. G. MARMOT: Status Syndrome – How Your Place On The Social Gradient Directly Affects Your Health. Bloomsbury Paperbacks, London, 2015, 320 Seiten, ISBN 978-1408872680, 13,50 Euro

Gut genug genügt. Zehn zeitlose Weisheiten für eine gelassene Erziehung

Gelassenheit, Zuversicht und Selbsterkenntnis. Drei bedeutsame Begriffe, die im Rahmen von Erziehung und der Begleitung von Kindern und Jugendlichen zu Vertrauen und Entspannung beitragen. Dieses Buch versammelt Klassiker der Literatur und Erziehungsberatung und bietet Impulse wie dieses gelingen kann. Unter der Prämisse »Gut genug genügt« bettet die Autorin längere Zitate in Fragestellungen ein und diskutiert diese. Immer enden die Thesen mit der Kernaussage und dem damit verbundenen Erfolg dieses Beitrages. Ein kleines Buch, das Mut macht, leicht zu lesen ist und Spaß macht. Es richtet sich an alle, die sich mit den Themen gelingende Beziehung und Erziehung befassen. (at)

MARIA KURZ-ADAM: Gut genug genügt. Zehn zeitlose Weisheiten für eine gelassene Erziehung. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2021, 109 Seiten, ISBN 978-3-8379-2752-8, 12,00 Euro

Grundbildung in der Arbeitswelt gestalten: Praxisbeispiele, Gelingensbedingungen und Perspektiven

Im Rahmen der Initiative »Nationale Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung« (AlphaDekade) fördert das BMBF seit 2012 bundesweit Projekte zur Verbesserung der Grundbildung in Deutschland. In diesem Sammelband teilen Autor*innen aus Wissenschaft und Praxis ihre Erkenntnisse, Konzepte und Ansätze zum Themenfeld. In 32 Einzelbeiträgen berichten die Verfasser*innen zu Möglichkeiten und Hürden in der Arbeitsorientierten Grundbildung (AoG) und zeigen anhand der praktischen Beiträge adaptierbare Modelle und Strategien. Ein thematisch breit aufgestelltes Werk, für alle Interessierten zum Thema Grundbildung und Alphabetisierung von Erwachsenen im Kontext der Arbeitswelt. (im)

Lernende Region – Netzwerk Klön e. V.: Grundbildung in der Arbeitswelt gestalten: Praxisbeispiele, Gelingensbedingungen und Perspektiven. wbv Publikation 2021, 268 Seiten, ISBN 978-3-7639-6131-3, 49,90 Euro

Schöpferisch Kommunizieren

In einer technisch-ökonomisch dominierten Welt, möchte der Autor mit seinem Buch einen Beitrag zu einer zukunftsfähigen Gesundheits-, Kommunikations- und Informationswissenschaft leisten: Hierfür braucht es ein reflexives Bewusstsein über das menschliche Dasein und darüber, wie wir in Ko-Kreation und Resonanz mit der Umwelt agieren können. Ziel ist es zu zeigen, wie Kommunikation ein schöpferisches Prinzip in der Natur ist und wie sie salutogen wirken kann. In fünf Kapiteln befasst er sich mit grundlegenden Gedanken über Kommunikation und Information, das Zusammenspiel von Information und Energie, der Gestaltbildung, schöpferischen Logiken und einer kooperierende und gesunden Kulturentwicklung, an deren Ende er die Vision einer reflexiven Gesundheitswissenschaft in Aussicht stellt. (js)

THEODOR DIERK PETZOLD: Schöpferisch Kommunizieren. Aufbruch in eine neue Dimension des Denkens. Wie Wirkung aus dem Nichts kommt und Menschlichkeit ansteckend ist. Verlag Gesunde Entwicklung, 2021, 265 Seiten, ISBN 978-3-9813922-9-6, 27,00 Euro

Am Ende der Globalisierung. Über die Refiguration von Räumen

Wie verändern sich Räume durch Globalisierung, soziale Mobilität und gesellschaftlichen Wertewandel? Dieser Frage geht der Sonderforschungsbereich der Technischen Universität Berlin »Refiguration von Räumen« nach, der mit diesem Band erste Ergebnisse veröffentlicht hat. Analysiert werden die Wandlungen von Räumen – sowohl im physischen als auch im abstrakten Sinne – im Spannungsfeld zunehmend dynamischer Mobilität von Menschen beziehungsweise Waren und neuen territorialen Abgrenzungen von Staaten oder staatlichen Bündnissen wie Freihandelszonen. Der Begriff Refiguration basiert auf der Erkenntnis, dass soziale Prozesse sich stets auch in räumlichen (Neu-) Bildungen widerspiegeln. Die damit verbundenen Aushandlungsprozesse, Konflikte und Unsicherheiten werden im Band aus verschiedenen interdisziplinären Perspektiven dargestellt. (ms)

MARTINA LÖW, VOLKAN SAYMAN, JONA SCHWERER, JONA, HANNA WOLF (HRSG.): Am Ende der Globalisierung. Über die Refiguration von Räumen. transcript Verlag, Bielefeld, 2021, 484 Seiten, ISBN 978-3-8376-5402-8, 39,00 Euro (als E-Book 0,00 Euro)

Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens

Wie sich Bürger*innen die Gesundheitsversorgung von morgen vorstellen hat die Robert-Bosch-Stiftung mit ihrer Neustart-Initiative herauszufinden versucht. Die Ergebnisse dieser »Reformwerkstätten«, in denen Bürger*innen und Fachleute aus Wissenschaft und Praxis gemeinsam diskutierten, werden in diesem Buch vorgestellt. Weiterhin gibt es eine Vielzahl an Fachbeiträgen von Expert*innen zu unterschiedlichen Themen des Gesundheitswesens. Entstanden ist ein umfassendes Werk, das von Finanzierung, Patientenorientierung, Digitalisierung bis zur Regionalisierung aktuelle und künftige Themen der Gesundheitspolitik aufgreift. Wer die Gesundheitsversorgung von morgen mitgestalten will, findet hier ausreichend Impulse und Anregungen. (dm)

BERNADETTE KLAPPER UND IRINA CICHON (HRSG.): Neustart! Für Die Zukunft Unseres Gesundheitswesens. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2021, 627, Seiten, ISBN 978-3-95466-652-2, 69,95 Euro

Hinweis

Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie werden einige der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand September 2022) erfolgen daher vorbehaltlich. Bitte informieren Sie sich auf unserer Website, ob die Veranstaltungen wie geplant stattfinden: www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen

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

Social Media für die Öffentlichkeitsarbeit

12. Oktober 2022, online

Social Media Plattformen werden für die Öffentlichkeitsarbeit immer wichtiger, doch nicht jede und jeder weiß, was auf Instagram, Facebook und Co. eigentlich passiert und wie man dort zielgerichtet kommuniziert. Eine grundlegende Auseinandersetzung mit den digitalen Möglichkeiten der sozialen Netzwerke ist jedoch sinnvoll, denn sie bieten vielfältige Chancen. Neben Inputphasen wird gemeinsam an Social Media tauglichen Zielgruppendefinitionen gearbeitet und daran, wie man gelungene Beiträge für die sozialen Netzwerke erstellt.

Gesundheit und Erwerbslosigkeit verzahnt gedacht

13. Oktober 2022, hybrid

Um einen Beitrag in der Debatte zu leisten, wie Gesundheitsförderung für und mit erwerbslosen Menschen gelingen kann, wird im Rahmen des Projekts »Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt« in Niedersachsen und Bremen eine hybride Tagung veranstaltet. Gemeinsam widmen wir uns den Fragen, wie Beteiligung und Mitbestimmung der Dialoggruppe(n) im Kontext von Arbeits- und Gesundheitsförderung gelingen kann, welche Chancen und Herausforderungen im bisherigen Projektverlauf sichtbar geworden sind und welche gesundheitsförderlichen Strukturen im Setting der Arbeitsförderung und Kommune bisher nachhaltig verzahnt werden konnten.

Niedersachsen-Forum Alter und Zukunft 2022

Leben im Alter – selbstbestimmt und gut vernetzt

19. Oktober 2022, Peine

In Niedersachsen wird Wert daraufgelegt, älteren Menschen ein gutes Leben in Selbstbestimmung zu ermöglichen. Oft stellt sich jedoch die Frage, wie die soziale Teilhabe älterer Menschen langfristig gefördert und gesichert werden kann. Für eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gilt es, innovative Angebote zu entwickeln, die für alle älteren Menschen erreichbar sind. Altersgerechte Quartiere und Kommunen zeichnen sich dadurch aus, dass sie soziale Unterstützung, bürgerschaftliches Engagement und ein umfassendes Angebot professioneller Dienste fördern und vernetzen. Wie dies gelingen kann, wird in Kooperation mit dem Landkreis Peine im Rahmen des Niedersachsen-Forums Alter und Zukunft erörtert.

Klimakrise im Gesundheitswesen – Ärztliche Versorgung nachhaltig gestalten

26. Oktober 2022, online

Die fortschreitende Klimakatastrophe hat schon heute auch hierzulande gravierende Auswirkungen. Extreme Wetterlagen und Umweltveränderungen werden Gesundheitsprobleme verstärken, zur Entstehung neuartiger Erkrankungen beitragen und das Gesundheitssystem stark fordern. Es ist entscheidend, heute den noch bestehenden Handlungsspielraum zu nutzen und aktiven Klimaschutz zu betreiben. Dabei sind auch Versorgungseinrichtungen wie Arztpraxen gefragt. Welche weiteren Schritte auf dem Weg zu mehr ökologischer Nachhaltigkeit können im Versorgungsbereich unternommen werden? Wie kann ein nachhaltiger Einsatz von Digitalisierung in Arztpraxen aussehen? Welche Chancen erwachsen hieraus für den Energie- und Ressourcenschutz? Diesen und weiteren Fragen möchten wir mit Ihnen gemeinsam nachgehen.

Traum sensible Begleitung von Frauen nach Kaiserschnitt

26. Oktober 2022, online

Die Kaiserschnitt rate liegt in Niedersachsen derzeit mit 28 Prozent zwar leicht unter dem bundesdeutschen Durchschnitt von 30 Prozent, hat sich aber in den letzten 30 Jahren fast verdoppelt und ist weit entfernt von der von der WHO empfohlenen Rate von 9-15 Prozent. Der Vortrag gibt einen umfassenden Überblick über die körperlichen und seelischen Auswirkungen dieses operativen Eingriffs auf Mutter und Kind und wirft auch einen Blick auf die gesellschaftliche Wahrnehmung.

Fachtag Armut und psychische Gesundheit

02. November 2022, online

Die Covid-19-Pandemie hat psychische Belastungen in der gesamten Bevölkerung verstärkt. Dem gegenüber steht eine schwierige Versorgungslage mit langen Wartezeiten auf Therapieplätze. Das ist vor allem für sozial benachteiligte und arme Menschen ein Problem: Sie sind spezifischen Stressfaktoren ausgesetzt, die psychische Erkrankungen befördern. Zugleich ist der Zugang zu Unterstützung häufig nicht auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet. Vor diesem Hintergrund soll der Fachtag dazu dienen psychische Belastungen zu entstigmatisieren, die Bedürfnisse sozial benachteiligter Menschen mit psychischen Erkrankungen sichtbar zu machen und Ideen für Ansätze zu sammeln, die bedarfsgerechte Unterstützung und Prävention sicherstellen können.

XXXII. Niedersächsische Suchtkonferenz

02. November 2022, Hannover

»Wir führen die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften ein.« Mit diesem Satz kündigt die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag eine fundamentale Neuregelung des Umgangs mit Hanf als Genussdroge an. Wie kann wirksame Prävention und Intervention unter den neuen Rahmenbedingungen gelingen? Die XXXII. Niedersächsische Suchtkonferenz wird die Pläne der Bundesregierung unter die Lupe nehmen und ihre Konsequenzen für Niedersachsen aus Sicht von Forschung und Praxis diskutieren.

Mundgesundheit von Senior*innen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf

05. November 2022, Hannover

In Niedersachsen leben knapp eine halbe Million pflegebedürftige Menschen. Vielen von ihnen ist es nur eingeschränkt oder überhaupt nicht möglich, sich ohne Unterstützung um ihre Mundhygiene zu kümmern, Prävention in der Zahnarztpraxis wahrzunehmen oder bei Beschwerden therapeutische Hilfe aufzusuchen. Die Förderung und der Erhalt der Mundgesundheit von Senior*innen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf erfordert interdisziplinäres Verständnis. Wie dieses Verständnis sowie die Zusammenarbeit gefördert werden und gelingen können, ist Thema der Fachtagung.

Gesundheit konkret!:

Gekonnt moderieren – herausfordernde Situationen meistern!

10. November 2022, Bremen

Die Moderation von analogen oder digitalen Veranstaltungen kann aus unterschiedlichsten Gründen herausfordernd sein: z. B. konkurrierende Interessenslagen, ungünstige Rahmenbedingungen, schwierige Persönlichkeiten oder auch Rollenkonflikte des*der Moderator*in. In diesem Workshop erlernen Sie nützliche Techniken im Umgang mit den beschriebenen Situationen und erhalten die Gelegenheit diese umzusetzen.

Good Practice-Galerie: Projekte zum guten und gesunden Ankommen Geflüchteter in Kommunen

11. November 2022, online

Wie können Kommunen und andere Akteure im Bereich der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention dazu beitragen, Geflüchteten bedarfsgerechte Unterstützungsangebote zu machen? Mit dieser Veranstaltung sollen gute Ansätze und Projekte einer unterstützenden und gesundheitsförderlichen Arbeitsweise für und mit Menschen mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrung sichtbar gemacht, der den (Erfahrungs-)Austausch darüber befördert sowie Impulse für die eigene Arbeit gegeben werden.

Netzwerk Kita und Gesundheit Niedersachsen: Von der Ohnmacht zur Handlungskompetenz – Selbstwirksamkeit erleben

17. November 2022, Hannover

Kinder mit auffälligem Verhalten, die unsozial, schnell aggressiv werden und provozieren, gibt es vermutlich in jeder Kindertageseinrichtung. In solchen Situationen stehen pädagogische Fachkräfte dem herausfordernden Verhalten von Kindern oft unsicher und ohnmächtig gegenüber. Manch einen bringt es auch an persönliche Grenzen. Aber wie kann man diesen Situationen passend begegnen? Welche Handlungsmöglichkeiten haben die Einrichtungen und pädagogische Fachkräfte? Was können Beschäftigte und Führungskräfte für sich selbst tun? Die Veranstaltung zeigt anhand von Beispielen aus der Praxis Wege auf, wie diesen Herausforderungen begegnet werden kann.

Niedersächsischer Gesundheitspreis

05. Dezember 2022, online

Bei der Preisverleihung werden die besten Praxisansätze aus Niedersachsen in den Preiskategorien »Zurück zum gesunden Alltag: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stärken, Gender und Gesundheit: Angebote in der Gesundheitsversorgung und -förderung gendersensibel gestalten und eHealth – Digitale Technologien für mehr Gesundheit« ausgezeichnet. Der Preis wird von dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, dem Niedersächsischen Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, der Apothekerkammer Niedersachsen und der AOK Niedersachsen ausgelobt.

VORSCHAU

FRÜH ÜBT SICH –

... Im guten Kontakt sein mit sich und den anderen

22. Februar 2023

FORTBILDUNGSPROGRAMME



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

Heute gewappnet gegen Hitze von morgen – Klimaschutz und Klimaanpassung in der Pflege

06. Oktober 2022, online

Multikulturelle Teams erfolgreich führen

10. Oktober 2022, online

Fachkräftequote ade: Weichen stellen für die neue Personalbemessung in der stationären Pflege

11. Oktober 2022, Hannover

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

13. Oktober 2022, Hannover



Eltern-Programm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern in der Kita. Die Weiterbildung, u.a. zu den Themen Resilienz, kindliche Entwicklung und Zusammenarbeit mit Eltern, richtet sich an pädagogische Fachkräfte.

Schatzsuche – Basis Weiterbildungsdurchgang in Niedersachsen in sechs Modulen

05. September 2022 bis 04. November 2022

Weiterbildungsdurchgang in Bremen in sechs Modulen

10. Oktober 2022 bis 02. Dezember 2022

Schatzsuche – Schule in Sicht

Weiterbildungsdurchgang in Niedersachsen in zwei Modulen

07. bis 08. September 2022

Weitere Infos unter: www.schatzsuche-kita.de

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

HINWEISE

Aufgrund der anhaltenden Covid-19 Pandemie werden einige der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand September 2022) erfolgen daher vorbehaltlich.

Bitte informieren sie sich auf den jeweiligen Webseiten der Veranstaltungen, ob diese wie geplant stattfinden.

TERMINE NIEDERSACHSEN

- » **03.–07.10.2022: Grundlagen für die Mitarbeit in Aidshilfen I und II**, Göttingen, Kontakt: Akademie Waldschlösschen, Tel.: +49 5592 92 77 0, E-Mail: info@waldschloesschen.org, Internet: www.waldschloesschen.org/de
- » **05.10.2022: Fortbildung Konsultation Kindertagesstätten – »Lernen unter einem Dach.« Wie gelingt ein gemeinsames Lernen von Kindern im Alter von 4 bis 10 Jahren? Einblicke in eine gelungene Kooperation zwischen Kita und Grundschule**, Cloppenburg, Kontakt: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Dagmar Toenjes, Tel.: 0511 89701-332, Internet: www.fobionline.jh.niedersachsen.de
- » **07.10.2022: 4. Niedersächsisches Vernetzungstreffen zur hospizlich-palliativen Sozialarbeit**, Hannover und online, Kontakt: Hochschule Hannover, Prof. Dr. Verena Begemann, Tel.: 0511 9296 3149, E-Mail: verena.begemann@hs-hannover.de, Internet: f5.hs-hannover.de/aktuelles/veranstaltungen
- » **21.–23.10.2022: Workshop How to be an ally? Strategien und Handlungsmöglichkeiten zur Unterstützung von rassismusbetroffenen Menschen im Alltag**, Göttingen, Kontakt: Akademie Waldschlösschen, Tel.: +49 5592 92 77 0, E-Mail: info@waldschloesschen.org, Internet: www.waldschloesschen.org/de
- » **26.10.2022: Einsamkeit im Alter – eine Herausforderung für die Pflege?** Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik, Tel.: 0511 1241-496, E-Mail: zfg@evlka.de, Internet: www.zfg-hannover.de

TERMINE BUNDESWEIT

- » **05.10.2022: Workshop Are you ready? Das Instrument Standortanalyse – Qualifizierung zur webbasierten Anwendung**, Online, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., Tel.: 040 288 03 64-14, E-Mail: daniel.franz@hag-gesundheit.de, Internet: www.hag-gesundheit.de
- » **05.10.2022: Fachtag Gesundheit soll StadtFinden – Gesundheitsförderung im urbanen Raum**, Mainz, Kontakt: Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V., Tel.: 06131 2069-0, E-Mail: info@lzg-rlp.de, Internet: www.lzg-rlp.de
- » **06.10.2022: Fachtag Familienzentren 2022 – Mitarbeitendengesundheit in Familienzentren stärken**, Friedberg (Hessen), Kontakt: Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., Tel.: +49 69 713 76 78-0, E-Mail: marion.guempel@hage.de, Internet: www.hage.de
- » **26.–28.10.2022: DHS Fachkonferenz SUCHT 2022 »Die Sucht- und Drogenpolitik der Gegenwart und Zukunft«**, Essen, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Tel.: 02381 9015-0, E-Mail: info@dhs.de, Internet: https://www.dhs-fachkonferenz.de
- » **09.11.2022: How participation strengthens health research! Current developments in Participatory Health Research in Germany, Austria and Switzerland**, Berlin, Kontakt: EPH Conference Foundation, E-Mail: office@ephconference.eu, Internet: www.ephconference.eu

- » **09.–12.11.2022: 15th European Public Health Conference – Strengthening health systems: improving population health and being prepared for the unexpecte**, Berlin, Kontakt: EPH Conference Foundation, E-Mail: office@ephconference.eu, Internet: www.ephconference.eu

TERMINE INTERNATIONAL

- » **06.10.2022: 7. ÖPGK-Konferenz: Gut orientiert durchs Gesundheitssystem? Navigation braucht Gesundheitskompetenz!**, hybrid aus Vorarlberg, Kontakt: Koordinationsstelle der ÖPGK, Gesundheit Österreich GmbH, E-Mail: oepgk@goeg.at, Internet: www.oepgk.at
- » **01.–03.11.2022: 8th Public Health Conference**, Bangkok (Thailand) und online, Kontakt: Tomorrow People Organization – Serbia, E-Mail: contact@tomorrowpeople.org, Internet: www.publichealth-conference.org
- » **14.–17.12.2022: 12th World Congress for NeuroRehabilitation**, Wien (Österreich) und online, Kontakt: World Federation for Neurorehabilitation (WFNR) United Kingdom, E-Mail: traceymole@wfnr.co.uk, Internet: www.wfnr-congress.org