

97 impulse

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



Ist Bildung die beste Medizin?

Wechselwirkungen zwischen Bildung und Gesundheit

EDITORIAL » »Bildung und Gesundheit« war nicht nur der Tagungstitel einer Veranstaltung unseres Vereins im September 2017, sondern und ist jetzt auch Themenschwerpunkt dieser Ausgabe. Gehen da etwa die Bildungsgänge gerade mit uns durch? Gibt es in einem Möchtegernland der Dichter*innen und Denker*innen überhaupt noch Neues dazu zu berichten? Wir finden, dass beide gesellschaftlichen Subsysteme »Bildung und Gesundheit« bislang zu wenig zusammengedacht werden. Wir zeigen in diesem Heft einerseits, welchen großen Einfluss ein hoher Bildungsstand auf die Gesundheit hat, warnen aber zugleich vor zu einfachen Gleichungen und Denkmustern. Deshalb werfen wir einen Blick in unterschiedliche Lebenslagen sowie in relevante Bildungssettings. Zudem wird analysiert, wie wenig Deutschland im europäischen Vergleich in den Bildungssektor investiert: Maximal unteres Mittelfeld lautet das Fazit, sowohl bei den Ausgaben als auch bei den Ergebnissen. Außerdem setzen wir uns kritisch mit dem aufgeblähten Modekonzept Health Literacy auseinander, das viele zu alten Aufklärungsmustern verführt. Mit dieser Ausgabe führen wir eine neue Rubrik ein: Quergedacht, um für kritisch diskutierte Themen pointierten Meinungen Raum zu geben, aktuell zur allgemeinen Impfpflicht. Nicht nur im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes haben sich unsere Handlungsmöglichkeiten beträchtlich erweitert, es ist uns auch in 2017 gelungen, andere neue Projektpartner*innen wie die Robert Bosch Stiftung oder den Bundesvereinigung der Lebenshilfe e. V. zu gewinnen. Mit der gestiegenen Anzahl von Projekten in den letzten zwei Jahren haben wir viele Routinen verändert, aber Vernetzung und innovative Projektentwicklung bleibt unser Kerngeschäft.

Zum Ausklang dieses Jahres möchten wir uns bei allen Mitgliedern und Kooperationspartner*innen der LVG & AFS herzlich für die gelebte Zusammenarbeit sowie die vielfältigen Formen des Austausches und der Unterstützung bedanken. Diese Ausgabe unserer Zeitschrift erscheint aufgrund der gestiegenen Resonanz zum ersten Mal mit 10.000 Druckexemplaren. Auch allen Autor*innen der Impulse-Ausgaben 2017 gilt unser besonderer Dank! Impulse lebt von Ihren Beiträgen!

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Sexualität, Liebe & Gesundheit« (Redaktionsschluss 12.01.2018) und »Gesundheit sogenannter vulnerabler Gruppen« (Redaktionsschluss 07.05.2018). Wie immer sind Sie eingeladen, sich daran mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen und winterlichen Grüßen!
Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Der Bildungsgrad und sein Einfluss auf die Gesundheit	02
Bildung als Ressource der Gesundheit	03
Was ist uns Bildung wert?	04
Ungebildet, aber gesund?	05
Verflechtungen von Gesundheit, Bildung und Geschlecht	07
Da kann man ein gesundes Frühstück machen	08
Bildung und Gesundheitsförderung in der Kita	09
Bildung und Gesundheit in der Schule: Stress lass nach!?	10
Gesundheit als Querschnittsaufgabe der Hochschulen	11
Was Marie und Elias als Kinder nicht lernen	12
Wen erreichen wir mit klassischer Gesundheitsbildung?	13
Gesundheitskompetenz – ein Glitzerding	14
Niedersächsischer Gesundheitspreis 2017	16
Bundesweite unabhängige Beschwerdestelle der Lebenshilfe	17
Elektronischer Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen	17
Mehr Orientierung im Gesundheitsdschungel	18
Präventionsforum 2017	19
Präventionsketten Niedersachsen	20
Plattdeutsch als Türöffner in der Gesundheitsförderung	20
Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit	21
Quergedacht: Impfpflicht in der Kita	22
Bücher, Medien	24
Termine LVG & AFS	29
Impressum	31
Termine	32



KLAUS HURRELMANN

Der Bildungsgrad und sein Einfluss auf die Gesundheit

Bei Kindern und Jugendlichen ist es deutlich zu spüren: Es ist nicht mehr in erster Linie der wirtschaftliche Status des Elternhauses, der über ihren Gesundheitsstand entscheidet. Immer wichtiger wurde in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten der Bildungsstatus der Eltern. Komplexe Gesellschaften mit vielfältigen Anforderungen und Verhaltensoptionen setzen ein Mindestmaß an Wissen und Selbststeuerung voraus. Bildung vermittelt diese Fähigkeiten.

Bildungsgrad der Mutter als Maßstab für Kindergesundheit

Der Bildungsgrad von Müttern hat einen hohen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung von Heranwachsenden. Haben Mütter keine oder nur eine geringe Schulbildung, sind auch ihr Wissen und ihre Selbststeuerung gering. Entsprechend häufiger treten Frühgeburten und niedriges Geburtsgewicht aufgrund falscher Ernährung und Lebensführung auf. Auch Tabak- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft sind eng hiermit assoziiert. Kinder von Müttern mit einem mittleren oder hohen Bildungsabschluss wachsen nicht nur gesünder auf, sondern sind auch eher in der Lage, ihre altersgemäßen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Sie starten besser in die Schule und erzielen höhere Schulleistungen und Abschlüsse. Sie erwirtschaften später ein höheres Einkommen, sind vor Arbeitslosigkeit deutlich besser geschützt, erreichen einen höheren sozialen Status und mehr gesellschaftliches Ansehen, nehmen stärkeren Einfluss auf die Gestaltung ihrer sozialen Belange und partizipieren politisch stärker. Sie sind auch kompetenter im Umgang mit Freizeit- und Medienangeboten.

Per Saldo addieren sich alle diese Einflüsse und führen dazu, dass der Gesundheitsstatus deutlich besser als bei den weniger gut Gebildeten ist. Den Schlüssel zur Erklärung dieser Zusammenhänge liefert das Gesundheitsverhalten. Bei Kindern

und Jugendlichen ist das besonders anschaulich zu erkennen: Gesundheitsschädigendes Verhalten wie unkontrolliertes Trinken von Alkohol, falsche oder unzureichende Ernährung oder mangelnde Bewegung tritt statistisch häufiger bei denen mit einem niedrigen Bildungsstatus der Eltern auf. Die sportliche Aktivität der Kinder und Jugendlichen aus bildungsfernen Elternhäusern ist deutlich niedriger; oft ist dies auch mit einer Fehlernährung verbunden. Eine der Folgen ist Übergewicht, was wiederum die Entwicklung von chronischen Krankheiten und Gesundheitsstörungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall oder Diabetes mellitus beschleunigt.

Bildungs- und Gesundheitssoveränität

Wie ist das alles zu erklären? Ganz offensichtlich wirkt die Ressource »Bildung« auf die Fähigkeit zur souveränen Selbststeuerung. Das besondere Potenzial scheint in der Kompetenz zu liegen, Wissen in Handlung zu übersetzen. Durch die Aneignung von Wissen und die gezielte Förderung von intellektuellen, sozialen und emotionalen Fähigkeiten wird die gesundheitliche Entwicklung schon im Kindes- und Jugendalter unterstützt. Menschen mit einem relativ hohen Bildungsgrad sind besser in der Lage, ihren gesamten Lebenslauf so zu planen und zu gestalten, dass er im Einklang mit ihren körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen steht.

Das Bildungsniveau beeinflusst die Inanspruchnahme von Informationen zu Gesundheitsthemen. In der internationalen Forschung wird in diesem Zusammenhang von »Health Literacy« gesprochen, also einer Art »gesundheitlicher Literalität« eines Menschen. Ein hoher Bildungsgrad steigert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu erfassen, Gesundheitswissen zu erwerben und auf dieser Basis das Gesundheitsverhalten zu steuern. Menschen mit einem hohen Bildungsgrad eignen sich eine höhere »Gesundheitskompetenz« an. Sie sind dadurch eher in der Lage, die richtigen Entscheidungen zu treffen und ihr Verhalten gesundheitsförderlich zu gestalten, wenn es um die Bewältigung und Behandlung von Gesundheitsstörungen und Krankheiten geht. Dazu gehört auch die Fertigkeit, sich gezielte Unterstützung von Laien im sozialen Umfeld und Fachleuten bei der gesundheitlichen Versorgung zu holen. Im Falle der Betroffenheit von chronischen Krankheiten fällt auf, dass weniger Gebildete die Anleitungen der Patient*innenschulung, also zum »Selbstmanagement« im Umgang mit der Krankheit, schlechter beherrschen und deshalb ihre Belastung mit der Krankheit weiter ansteigt.

Bildung als individuelle Gesundheitsressource

Bildung, so lassen sich diese Erkenntnisse zusammenfassen, ist eine zentrale Investition in das Leistungs- und Arbeitsvermögen eines Menschen. Bildung dient der Persönlichkeitsentwicklung und dem Erlernen von Körperpflege, psychischer Entspannung und sozialer Fertigkeiten. Die Ausprägung und Stärkung dieser Kompetenzen wirkt sich auf die individuelle Lebenszufriedenheit und auf diesem Weg auch auf die gesundheitliche Lebensqualität aus. Je höher die Bildung, desto eher besteht die Fähigkeit,

» den Körper, mit den sich aus den Phasen des Lebenslaufs ergebenden charakteristischen unvermeidlichen Veränderungen, zu akzeptieren und ihn zugleich so zu beeinflussen, dass gute Voraussetzungen für eine fortbestehende Gesundheitsdynamik entstehen;

- » die Psyche in ihren Grundstrukturen anzunehmen, die im Lebenslauf typischen unvermeidbaren Umformungen genau zu registrieren und eine solche Neueinstellung von persönlichen Dispositionen einzuleiten, dass eine Sicherung der Gesundheitsdynamik möglich wird;
- » die soziale Umwelt auf die gesellschaftliche, kulturelle und ökonomische Lebenslage einzustellen und die Lebensführung auf die hiermit einhergehenden Alltagsbedingungen auszurichten, zugleich aber Möglichkeiten der Gestaltung dieser Bedingungen auszuschöpfen, um gute Voraussetzungen für eine Gesundheitsdynamik zu schaffen und
- » sich die räumlichen, technischen und ökologischen Bedingungen der physischen Umwelt so »anzueignen«, dass Körper und Psyche auf die sich daraus ergebenden Anforderungen aktiv eingestellt und auf diese Weise gute Voraussetzungen für die Gesundheitsdynamik gesichert werden.

In hoch entwickelten Gesellschaften fallen alle diese Anforderungen erheblich komplexer aus als in traditionellen Industriegesellschaften. Auch die Anforderungen in diffizilen Übergangsphasen im Lebenslauf sind heute sehr hoch. Offenbar ist das alles besser zu bewältigen, wenn die Kompetenz zur flexiblen Anpassung und Weiterentwicklung des vorhandenen Verhaltensrepertoires gegeben ist. Bildung fördert diese Fähigkeiten.

Bildung als gesellschaftliche Aufgabe

Um die Menschen zu unterstützen, die einen geringen Bildungsgrad haben und aus diesem Grund auch nur einen niedrigen Gesundheitszustand erreichen, ist eine gezielte Kombination von Familien-, Sozial-, Bildungs- und Gesundheitspolitik notwendig. Der Ausgangspunkt für diese Interventionen sollte das Aufbrechen der starken Abhängigkeit des Bildungserfolges von der sozialen Herkunft sein. Diese Abhängigkeit bietet das Einfallstor für die verhältnismäßig niedrige Gesundheit der Kinder und Jugendlichen gering gebildeter Eltern. Ziel ist die Unterstützung der eigenen Kräfte von Heranwachsenden für die gelingende Bewältigung der Entwicklungsaufgaben – und in der Folge davon der Verbesserung ihres Gesundheitsverhaltens. Es geht darum, die Motivation der jungen Leute zu stärken, ihr Verhalten selbstwirksam zu steuern. Gesundheitsbildung und -erziehung können dazu beitragen, aber sie sollten unbedingt in gesundheitsfördernde Lebenswelten und Settings eingebunden und durch strukturell verankerte Anreize und Belohnungen für ein gesundheitsgerechtes Verhalten unterstützt werden. Denn allein das Wissen über Bedingungen von Gesundheit und Krankheit sowie die Verfügbarkeit wichtiger Fähigkeiten der Selbsthilfe und der Heranziehung von Unterstützung reichen nicht aus. Die Fähigkeit zur Umsetzung dieses Wissens in das eigene Verhalten muss flankierend hinzukommen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. KLAUS HURRELMANN, Hertie School of Governance GmbH,
Friedrichstraße 180, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 2 59 21 93 22,
E-Mail: hurrelmann@hertie-school.org



JULIA WALDHAUER, CLAUDIA SCHMIDTKE,
THOMAS LAMPERT

Bildung als Ressource der Gesundheit

Bildung ist eine wichtige individuelle und gesellschaftliche Ressource und prägt die Lebensbedingungen und Teilhabemöglichkeiten der Menschen. Die formale Bildung, das heißt der allgemeinbildende Schulabschluss und die berufliche Qualifikation, entscheidet über die soziale Integration und gesellschaftliche Anerkennung, die Stellung auf dem Arbeitsmarkt und das damit verbundene Einkommen. Die Bildungschancen stehen nach wie vor in deutlichem Zusammenhang mit der sozialen Herkunft, etwa dem Bildungsgrad und der beruflichen Stellung der Eltern. Ein Mangel an Bildungsressourcen führt oftmals zu einer weniger guten Gesundheit und die Ungleichheit der Bildungschancen kommt in ungleichen Gesundheitschancen zum Ausdruck.

Krankheits- und Sterberisiken

Personen mit weniger Bildung sind in stärkerem Maße gesundheitlichen Belastungen und Risiken, etwa am Arbeitsplatz und im Wohnumfeld, ausgesetzt und insgesamt häufiger von Krankheiten und Gesundheitsproblemen betroffen. Zu den Krankheiten, die bei Personen mit weniger Bildung verstärkt auftreten, zählen Diabetes mellitus, Herzinfarkt, Schlaganfall, chronische Bronchitis und chronische Rückenschmerzen. Gleiches gilt für psychische Erkrankungen und Störungen, darunter Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen. Diese und weitere Erkrankungen haben in den niedrigeren Bildungsgruppen häufiger negative Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung und gesundheitsbezogene Lebensqualität und führen zu einer geringeren Lebenserwartung.

Gesundheitsverhalten

Personen der unteren Bildungsgruppen verhalten sich häufiger gesundheitsriskant. Dies lässt sich beispielhaft am Tabakkonsum verdeutlichen. Personen mit weniger Bildung rauchen häufiger und auch häufiger stark. Diese Unterschiede haben in den letzten Jahren weiter zugenommen, da der aktuelle Rückgang beim Tabakkonsum vor allem in den mittleren und höheren Bildungsgruppen stattfindet. Wesentliche Unterschiede lassen sich auch in der Ernährung feststellen. Eine niedrige Bildung geht oftmals mit einer höheren täglichen Kalorienzufuhr, einer weniger ausgewogenen Ernährungsweise und einem häufigeren Verzehr von fett- und zuckerhaltigen Lebensmitteln einher. Auch für eine gesundheitsförderliche Lebensweise, wie sportlicher Freizeitaktivität, sind Unterschiede zu Ungunsten von Personen mit weniger Bildung zu beobach-

ten. In der Konsequenz treten stark verhaltensbezogene Risikofaktoren wie Übergewicht, Bluthochdruck oder erhöhte Cholesterinwerte in dieser Gruppe häufiger auf.

Gesundheitsbezogene Versorgung

Neben dem Einfluss der formalen Bildung auf die Lebensbedingungen und Lebensweisen sind auch spezielles Wissen und Handlungskompetenzen für gesundheitsförderliches Verhalten und den Umgang mit Belastungen von Bedeutung. Dies gilt etwa für die Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Gesundheits-Check-Ups. Auch Schwangerenvorsorge sowie zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen finden häufiger in den höher gebildeten Gruppen statt. Im Sinne von Health Literacy wird diskutiert, dass für die Inanspruchnahme nicht nur Kenntnisse von bestimmten Angeboten und Leistungen bedeutsam sind, sondern auch nicht gleichermaßen vorhandene Fähigkeiten, Informationen zu verstehen und zu bewerten. Daneben sind Unterschiede in den Coping-Strategien zu berücksichtigen, zum Beispiel im Hinblick auf die Wahrnehmung von Krankheitssymptomen und die frühzeitige Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. So wird berichtet, dass Personen mit weniger Bildung seltener die typischen Symptome für Schlaganfall und Herzinfarkt (er)kennen.

Kindes- und Jugendalter

Der Einfluss von Bildung auf die Gesundheit zeichnet sich bereits im Kindes- und Jugendalter ab und setzt sich häufig im weiteren Lebensverlauf fort. Rauchen während der Schwangerschaft und die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen sind Beispiele für die Bedeutung der elterlichen (insbesondere der mütterlichen) Bildung. Einstellungen und Präferenzen bilden sich bereits früh im Leben unter dem Einfluss der elterlichen Erziehung, der sozialen Umwelt und der Bildungsinstitutionen heraus. Sie prägen das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand häufig bis ins hohe Alter. Unter den Heranwachsenden werden beispielsweise deutliche Unterschiede bezüglich der besuchten Schulform sichtbar: Jugendliche an Gymnasien rauchen seltener und sind seltener übergewichtig. Die Unterschiede betreffen ebenso die Nutzung elektronischer Medien und die sportliche Aktivität. Weiterhin treten Verhaltensauffälligkeiten, psychische Probleme, Mobbing- und Gewalterfahrungen an Gymnasien seltener auf. Der Besuch der Schulform ist deutlich von der sozialen Herkunft der Heranwachsenden geprägt. Wenn Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Elternhäusern ein Gymnasium besuchen, dann haben sie keine schlechteren Gesundheitschancen als Gleichaltrige aus sozial bessergestellten Familien.

Potenziale für Gesundheitsförderung und Prävention

Die enge Verbindung von Bildungs- und Gesundheitschancen verweist auch auf Potenziale der Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei sollte der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit wechselseitig verstanden werden. Eine höhere Bildung hat eine protektive Wirkung auf die Gesundheit und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Gleichzeitig ist eine gute körperliche und psychische Gesundheit ein Prädiktor für den Erfolg im Bildungssystem. Die Auseinandersetzung der Gesundheitsberichterstattung mit dem Thema Bildung birgt Chancen im Umgang mit gesundheitlichen Ungleichheiten, darunter Möglichkeiten, Zielgruppen zu definieren und dadurch diverse Altersgruppen in verschiedenen Hand-

lungsfeldern zu erreichen. Das Präventionsgesetz bietet darüber hinaus wesentliche Anknüpfungspunkte, um Bildungseinrichtungen als Settings der Gesundheitsförderung und Prävention zu gestalten. Mit der Verankerung von Gesundheitsaspekten in Lehr- und Bildungsplänen ist das Ziel verbunden, Gesundheit in Einrichtungen mit großer Reichweite zu thematisieren.

Literatur bei den Verfasser*innen

JULIA WALDHAUER, CLAUDIA SCHMIDTKE, DR. THOMAS LAMPERT, Robert Koch-Institut, Fachgebiet Soziale Determinanten der Gesundheit, General-Pape-Straße 62–66, 12101 Berlin, E-Mail: waldhauerj@rki.de

DANIEL D. SCHNITZLEIN

Was ist uns Bildung wert? Ausgaben für und Erträge von Bildung

»Wenn Sie denken Bildung ist teuer, warten Sie ab, bis Sie feststellen was Unwissenheit im 21. Jahrhundert kostet.« Barack Obama hat 2013 mit diesem Satz in einer seiner Reden ein bekanntes Zitat aufgegriffen, das oft dem früheren Präsidenten der Harvard University Derek Bok zugeschrieben wird, vermutlich aber bereits viel älter ist. Aber was kostet Bildung eigentlich beziehungsweise was ist uns als Gesellschaft Bildung wert? Welche Kosten entstehen und welche Erträge gehen verloren, wenn wir nicht in Bildung investieren?

Beginnen wir mit der Kostenseite. Ein gutes Maß für die Kosten von Bildung ist die Summe der jährlichen Bildungsausgaben aller relevanten Akteur*innen – der öffentlichen Hand sowie von Familien, Unternehmen und Individuen. Der jährlich erscheinende Bericht »Bildung auf einen Blick« der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) liefert hierfür eine sehr gute Datengrundlage. Die folgenden Zahlen stammen aus dem aktuellen Bericht des Jahres 2017 und beziehen sich auf das Jahr 2014.

OECD Staaten investieren im Schnitt etwa 6 Prozent ihrer jährlichen Wirtschaftsleistung in Bildung

Betrachtet man die Primär- bis Tertiärbildung (Bildungsbereich von der Grundschule bis zur Hochschule) in Deutschland, beträgt die Summe der Ausgaben aller Akteur*innen etwa 4,3 Prozent der jährlichen nationalen Wirtschaftsleistung. Im internationalen Vergleich liegt die Bundesrepublik damit etwas unterhalb des Durchschnitts der OECD Länder von 5,2 Prozent. In absoluten Zahlen betragen die jährlichen Pro-Kopf Ausgaben im Primär- bis zum Tertiärbildungsbereich in Deutschland durchschnittlich 12.063 US-Dollar (USD) und liegen damit etwas höher als der OECD Schnitt von 10.759 USD. Rechnet man die Ausgaben im Bereich der frühkindlichen Bildung hinzu, zum Beispiel die Kosten im Bereich der Kindertagesstätten und Kindergärten, steigen die Ausgaben auf 5,2 Prozent der jährlichen Wirtschaftsleistung für Deutschland und 6 Prozent im OECD Durchschnitt an. Wer trägt diese Ausgaben? Fasst man hier wieder den Primär- bis Tertiärbildungsbereich zusammen, entfallen in Deutschland etwa 83 Prozent der Ausgaben auf die öffentliche Hand und 17 Prozent auf private Akteur*innen, zum Beispiel Familien, Einzelpersonen und Unternehmen.



Investitionen in Bildung haben individuelle und gesellschaftliche Erträge

Warum sind wir als Individuum bereit, diese Ausgaben für Bildung zu tragen? Bildungsentscheidungen können als Investitionsentscheidungen betrachtet werden. Jede Person besitzt ein gewisses Maß an Fähigkeiten, das Humankapital durch zusätzliche Bildung(-sinvestitionen) zu erweitern. Fähigkeiten, die über einen längeren Zeitraum nicht genutzt werden, werden verlernt und das Individuum verliert an Humankapital. Es wird nun angenommen, dass individuelle Bildungsentscheidungen im Rahmen einer Abwägung von Kosten und Erträgen erfolgen. Warum wird aber ein substantieller Anteil der Kosten von der öffentlichen Hand und damit von der Gesellschaft getragen? Neben normativen und politischen Überlegungen, zum Beispiel dem Ziel der Steigerung von Chancengleichheit, die zur Förderung von Bildungssystemen durch die öffentliche Hand führen können, können auch auf dieser Ebene öffentliche Ausgaben für Bildung als Investitionen in den Humankapitalbestand des jeweiligen Landes interpretiert werden. Den Kosten dieser Investitionen stehen ebenfalls Erträge auf Ebene der Gesellschaft gegenüber.

Welche Erträge kann Bildung haben? Bildungserträge beziehungsweise Bildungsrenditen können auf individueller und gesamtgesellschaftlicher Ebene entstehen. Auf der individuellen Ebene ist der am intensivsten analysierte Zusammenhang der Effekt von Bildung auf Einkommen. Die von der OECD bereit gestellten Indikatoren zeigen, dass in allen untersuchten Ländern Personen mit höherer Bildung auch höhere Einkommen haben. Neben diesem rein deskriptiven Befund ist in der Literatur auch ein kausaler Effekt von Bildung auf das Einkommen belegt. Je nach Studiendesign und Land liegt die (Einkommens-)Rendite für ein zusätzliches Bildungsjahr bei 3 bis 15 Prozent.

Im Bereich der nicht-monetären individuellen Renditen ist ein wichtiges, aktuelles Forschungsgebiet die Auswirkung von Bildung auf die individuelle Gesundheit. Betrachtet man wieder rein deskriptive Zusammenhänge zeigt sich, dass in allen von der OECD untersuchten Ländern Personen mit höherer Bildung angeben, gesünder zu sein. Eine Vielzahl von Studien versuchen, neben diesem positiven deskriptiven Zusammenhang einen ursächlichen Effekt von Bildung auf die individuelle Gesundheit zu identifizieren. Die Ergebnisse sind davon abhängig, welche Gesundheitsdimension man betrachtet. Zu-

sammenfassend lässt sich sagen, dass Bildung einen protektiven kausalen Effekt auf viele Dimensionen physischer Gesundheit hat, die Ergebnisse im Bereich psychischer Gesundheit aber nicht eindeutig sind.

Auf Ebene der Gesellschaft führen zum Beispiel höhere Einkommen zu höheren Steuereinnahmen. Allerdings ist auf der Makroebene auch die Vermeidung von Kosten ein wichtiges Argument für Bildungsinvestitionen. So führt beispielsweise eine bessere Gesundheit der Individuen zu geringeren zukünftigen Kosten bei den Sozialversicherungen. Außerdem zeigt sich aus Wirkungsanalysen von Bildungsinterventionen, dass insbesondere bei Kindern aus sozial schwachen Schichten eine höhere Bildung auch mit einer Reduktion von kriminellem Verhalten im späteren Lebensverlauf einhergehen kann. Auch auf diesem Weg werden durch Bildungsausgaben spätere Kosten für die Gesellschaft vermieden.

Abschließend ist ein weiteres wichtiges Argument für öffentliche Investitionen in Bildung, dass das Humankapital einer Gesellschaft ein wichtiger Faktor für (zukünftiges) Wirtschaftswachstum ist. Aktuelle Ergebnisse zeigen dabei, dass hier insbesondere die Qualität der Bildung relevant ist. Es ist zu erwarten, dass dieser Zusammenhang in der Wissensgesellschaft des 21. Jahrhunderts weiter an Bedeutung gewinnen wird.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. DANIEL D. SCHNITZLEIN, Leibniz Universität Hannover,
Institut für Arbeitsökonomik, Königsworther Platz 1, 30167 Hannover,
Internet: www.aeok.uni-hannover.de

DIANA SAHRAI, UWE H. BITTLINGMAYER

Ungebildet, aber gesund?

Zur Tragweite des Zusammenhangs von Gesundheit und Bildung

Sozialepidemiologische Studien zeigen immer wieder den statistischen Zusammenhang zwischen dem Bildungsstatus und der Gesundheit. Der Zusammenhang wird sowohl für Mortalitäts- und Morbiditätsdaten aufgezeigt als auch für die Inanspruchnahme von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Besonders stark wird die Verbindung im Kontext des Health Literacy-Konzeptes angesehen. Bildung ist gewissermaßen im Literacy-Begriff immer schon mitgemeint. In der Forschung wird sie durch formale Bildung und Qualifikation sowie Lese-, Schreib- und teilweise Mathematikkompetenzen gemessen. Entsprechend wird bei der Forderung nach mehr Gesundheit fast automatisch auf mehr Bildung rekurriert, nicht selten als wichtigste Bedingung für mehr Gesundheit.

Zum (Selbst-)Zweck von Bildung und Gesundheit

Bildung und Gesundheit stellen gleichzeitig jede für sich ein Menschenrecht dar, die in allen Menschenrechtsdokumenten explizit verankert sind. Während Gesundheit jedoch als Selbstzweck angesehen werden kann, ist Bildung eher ein Mittel zum Zweck, zumindest in der Variante, in der es in sozial-epidemiologischen Daten – durch formale Bildung und das Verfügen über bestimmte Kulturtechniken wie Lesen und Schreiben – operationalisiert wird. Bildung ist also in dieser Variante ein Mittel, um bestimmte Ziele zu erreichen, wie etwa einen bestimmten sozialen Status oder das Erreichen be-



stimmter Fähigkeiten und Kompetenzen, um einen bestimmten Beruf ausüben zu können. Der Zusammenhang zu Gesundheit ist allerdings nicht unmittelbar und direkt gegeben. So gibt es unseres Wissens keine Studie die ernsthaft behaupten würde, dass die Fähigkeit, einen Text schreiben zu können, unmittelbar Einfluss hätte auf das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Warum der Umweg über Bildung zu mehr Gesundheit?

Um die Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen zu erhalten und zu fördern, ist es aus unserer Sicht zumindest fraglich, ob es den Umweg über Bildung braucht. Das bedeutet, dass alle Menschen, die zum Beispiel aufgrund geringer formaler Qualifikationen oder geringer Lese- und Schreibkompetenzen, Menschen mit Migrationshintergrund, die die jeweilige Landes- und Amtssprache nicht oder wenig beherrschen, Menschen, die aufgrund zugeschriebener sogenannter geistiger Behinderungen oder Lernschwierigkeiten der Schriftsprache nur bedingt mächtig sind, genauso das Recht und aus unserer Sicht auch das Potenzial haben, das Höchstmaß an Gesundheit zu erreichen – wie andere soziale Gruppen, denen mehr Bildung zugesprochen wird. Die Frage bleibt allerdings offen, wie der immer wieder empirisch gezeigte Zusammenhang zwischen Bildung und gesundheitlichen Ungleichheiten zustande kommt. An dieser Stelle lohnt es sich, zu fragen, was an Bildung denn genau gesundheitliche Ungleichheiten verursacht oder die Gesundheit positiv beziehungsweise negativ beeinflusst. Es muss also nach den »causes of the causes« (Marmot) gesucht und geforscht werden.

Über einzelne Zusammenhänge ist aus der Forschung einiges bekannt: So verfügen Menschen mit hoher formaler Bildung über mehr materielle Ressourcen, mehr gesellschaftliche Anerkennung, weniger Belastungen in der Arbeit und bessere Arbeitsbedingungen, meist über mehr Selbstbestimmung, Gestaltungsspielräume und mehr Gratifikation in den Berufen, die sie ausüben sowie weniger Stressempfinden. Wenn also diese Faktoren, die für die Gesundheit förderlich sind, mit Bildung zwar zusammenhängen, aber Bildung keine Bedingung für sie ist, dann wäre zumindest zu überlegen, ob

diese Einflussfaktoren nicht auch denjenigen gesellschaftlich ermöglicht werden können, die über geringere Bildung verfügen.

Nicht alles ist statistisch messbar

Menschen mit hoher Bildung weisen aber statistisch gesehen ebenfalls ein besseres Gesundheitsverhalten und gesündere Lebensstile auf. Über diese statistisch signifikanten Zusammenhänge ist allerdings bislang wenig bekannt. Anzumerken ist, dass dieser Zusammenhang zwar statistisch signifikant ist, das heißt aber nicht, dass Menschen mit geringer Bildung ausschließlich ungesunde alltägliche Praktiken und Lebensstile aufweisen. So zeigen die statistischen Analysen lediglich, dass sie im Vergleich zu den Gruppen mit hoher formaler Bildung teilweise ungesündere Lebensstile und Verhaltensformen aufweisen. An dieser Stelle kommen die eher quantitativ orientierten sozialepidemiologischen Studien an ihre Grenzen: Sie zeigen statistische Zusammenhänge auf; ein alleiniger Fokus darauf verschleiert jedoch die durchaus vorhandenen gesundheitsbezogenen Ressourcen und Alltagspraktiken verschiedener Bevölkerungsgruppen.

Gesundheit anders erforschen

Wir plädieren deshalb für einen ergänzenden ethnographischen Zugang in der Gesundheitsforschung. Ein solches Vorgehen würde es Anlehnung an ethnologische und sozialanthropologische Forschungszugänge ermöglichen, die gesundheitlichen Kompetenzen und Ressourcen von sozialen Gruppen – konform zu einer salutogenetisch orientierten Perspektive – ethnographisch zu erforschen. Die genauere Kenntnis über diese alltäglichen gesundheitsbezogenen Praktiken führen nicht nur zu einem besseren Verständnis der Gesundheit marginalisierter Gruppen, sondern können ebenfalls dazu genutzt werden, Programme und Maßnahmen im Gesundheitsbereich besser auf die Bedürfnisse und Kompetenzen dieser Gruppen auszurichten. Diese haben, wie aus der Forschung bekannt, bislang noch immer einen starken Mittelschichtbias.

Die vorausgegangenen Ausführungen sollen auf keinen Fall ein Aufruf gegen Bildung oder den Erwerb formaler Bildungsgrade sein. Das Recht auf Bildung für alle sollte weiterhin im Fokus von Forschung, Politik und Praxis stehen und gefördert werden. Es ist allerdings notwendig, dass auch Menschen, die aus welchen Gründen auch immer über geringe Bildung verfügen, trotzdem ihr Recht auf Gesundheit und konkret ihr Recht auf Zugang zu Gesundheitsinformationen, Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung gleichberechtigt wahrnehmen können – ohne erst einen höheren Bildungsstatus oder Bildungsniveau erreichen zu müssen. Die Formulierung der UN-Behindertenrechtskonvention und die seither zunehmend dominant geführte Diskussion um und Forderung nach Inklusion, unterstützt diesen Zugang und macht seine Dringlichkeit aus einer menschenrechtlichen Perspektive deutlich.

Literatur bei den Verfasser*innen

PROF. DR. DIANA SAHRAI, Leiterin Professur für Soziales Lernen unter erschwerten Bedingungen, Pädagogische Hochschule, FHNW, Basel, E-Mail: diana.sahrai@fhnw.ch

PROF. DR. UWE H. BITTLINGMAYER, Professor für allgemeine Soziologie mit Schwerpunkt Bildungssoziologie, Pädagogische Hochschule Freiburg, E-Mail: uwe.bittlingmayer@ph-freiburg.de



NADINE GLADE

Verflechtungen von Gesundheit, Bildung und Geschlecht

In den Gesundheitswissenschaften wird seit langem mit der ganzheitlichen Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation gearbeitet. Gesundheit versteht sie als umfassendes, körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Um dieses Wohlbefinden gesamtgesellschaftlich herzustellen, müssen gesundheitsfördernde Lebenswelten vorherrschen, welche sich insbesondere durch den Abbau sozialer Ungleichheiten auszeichnen. Interessanterweise stehen soziale Ungleichheiten aufgrund des Geschlechts hier nicht im Fokus. Dabei belegen die Ergebnisse der Frauen- und Männergesundheitsforschung, dass Geschlechterstereotype und sexistische Strukturen weder für die Gesundheit von Mädchen und Frauen noch von Jungen und Männern förderlich sind. Dies zeigt sich bei Männern in einer im Durchschnitt um fünf Jahre geringeren Lebenserwartung. Frauen verleben hingegen weniger Lebensjahre in Gesundheit und bewerten ihren Gesundheitszustand durchschnittlich schlechter als Männer.

Geschlechtsspezifisches Gesundheitsverhalten

Frauen schätzen ihre Gesundheit bereits in der Pubertät schlechter ein. Dieser Prozess setzt sich bis ins Alter fort. Studien zufolge hängt dies damit zusammen, dass Mädchen ab diesem Alter anfangen, sich intensiv mit ihrem Körperbild und ihrem Diätverhalten auseinanderzusetzen. »Dünnsein« wird zu einem zentralen Lebensthema, was sich unter anderem in einem zunehmenden Anteil von Mädchen zeigt, die an Essstörungen leiden. Denn Frau ist vor allem dann schön, wenn sie schlank und jung ist. Folglich setzt sich der Trend der Körperoptimierung im gesamten Leben von Frauen fort: Schönheitsoperationen haben im vergangenen Jahrzehnt rasant zugenommen, aber auch die Ernährungs-, Wellness-, Kosmetik- und Fitnessindustrie leben sehr gut von der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Gleichzeitig stützt dieses »Körperbewusstsein« das Gesundheitshandeln: Frauen gehen häufiger zu Ärzt*innen, nehmen Vorsorge eher wahr und leben insgesamt gesünder. Bei Jungen und Männern sind Geschlechterstereotype im Hinblick auf ihr Gesundheitshandeln ebenfalls sehr wirkmächtig. So ist es vielfach beschrieben, dass der durchschnittlich ungesündere und risikoreichere Lebenswandel von Männern in einem Zusammenhang mit der Orientierung an

tradierten Männlichkeitsidealen steht. Ein höherer Fleisch-, Alkohol- und Nikotinverzehr sowie die geringere Teilnahme an Präventionsangeboten und der seltenere Gang zu Ärzt*innen scheinen weiterhin als männlich zu gelten.

Einfluss von Bildungsinstitutionen

Es setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass dieses geschlechterdifferenzierte Verhalten von Frauen und Männern kein biologisches Schicksal ist, sondern je nach Kontext und Zeit variiert. Durch verschiedene gesellschaftliche Instanzen, wie zum Beispiel Familie, Peers und Medien wird vermittelt, welches Verhalten geschlechtskonform und somit erstrebenswert ist. Bildungseinrichtungen tragen im besonderen Maße dazu bei, Geschlechterstereotype zu verfestigen oder aufzubrechen. Eine zentrale Rolle spielen dabei die eigenen Geschlechterkonzeptionen von Erzieher*innen, Pädagog*innen, Lehrer*innen, Hochschullehrer*innen und Ausbilder*innen, da sie diese bewusst oder unbewusst vermitteln. Bereits in Kindergarten und Grundschule werden Kinder aufgrund ihres Geschlechts unterschiedlich behandelt. Dies lässt sich für alle Schulformen und an Hochschulen zeigen. So wird auffälliges Verhalten bei Jungen eher akzeptiert – aus geschlechtertheoretischer Sicht steht dahinter, dass von Jungen angenommen wird, dass sie einfach wilder und lauter sind. Mädchen gelten hingegen als ruhig und angepasst. Dementsprechend wird bei ihnen dieses Verhalten positiv bestärkt. Zudem werden Kinder und Jugendliche in Bildungsinstitutionen überwiegend darin gefördert, geschlechterstereotype Interessen – sei es bei Sportarten, Unterrichtsfächern, Berufswünschen oder Lebensentwürfen – zu verfolgen.

Aktuelle Studienlage

Es ist bisher nicht ausreichend untersucht, inwieweit diese geschlechtsspezifischen Anrufungen einen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben. Es gibt Hinweise darauf, dass das enge Geschlechterkorsett für Jugendliche, die sich geschlechtlich nicht eindeutig zuordnen können, zum Beispiel Inter*personen, mit Gesundheitsrisiken verbunden ist. Sie sind stärker von Diskriminierungen betroffen und weisen häufiger psychische Erkrankungen auf. Ferner kommt eine Studie der Universität Lübeck zu dem Ergebnis, dass Studentinnen in einem höheren Maße als Studenten ihre Gesundheit am Ende ihres Studiums schlechter bewerten als zu Beginn. Offen bleibt, ob sich dies auch an anderen Hochschulen zeigt und welche Ursachen dies hat. Denkbar ist, dass sie im Rahmen ihres Studiums Diskriminierung aufgrund ihres Geschlechts erlebt haben, zum Beispiel Abwertung ihres Wissens und ihrer Fähigkeiten und/oder Sexismus oder sexualisierte Gewalt durch Hochschullehrer*innen oder Mitstudierende.

Fazit

Frauen und Männer weisen ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten auf. Dieses steht im Zusammenhang mit geschlechtsspezifischen gesellschaftlichen Zuschreibungen, die Menschen unter anderem in Bildungskontexten vermittelt bekommen. Insofern müssen strukturelle Rahmenbedingungen dazu beitragen, geschlechtergerechte Organisationskulturen in Bildungsinstitutionen zu verankern. Ferner müssen Pädagog*innen befähigt werden, ihre eigenen Geschlechterstereotype und geschlechtsbezogenen Erwartungshaltungen kritisch zu hinterfragen und gegebenenfalls zu ändern. Diese

Reflexionsprozesse könnten zum Beispiel durch die Integration von Genderwissen in Aus-, Fort- und Weiterbildungen aller pädagogischen Berufe angestoßen werden. Solche Veränderungen zahlen sich langfristig aus: Studien zeigen, dass Menschen in Skandinavien geschlechtergerechter und zugleich zufriedener und länger leben. Machen wir es ihnen nach!

Literatur bei der Verfasserin

NADINE GLADE, M. A., Nievenheimer Straße 53, 40221 Düsseldorf,
E-Mail: nadine.glade@gmx.de

SABINE ANDRESEN

»Da kann man ein gesundes Frühstück machen.« Bildung und Gesundheit als Herausforderung für Familien in Armutslagen

Mütter, Väter und Kinder aus Familien in Armutslagen müssen viel Kraft für die Organisation ihres Alltags aufbringen. Das hat meist auch Folgen für die Bildung und Gesundheit aller Familienmitglieder, aber insbesondere für die der Kinder. Die Unterstützungsangebote für Familien in einer prekären, also materiell sehr eingeschränkten, beengten und unsicheren Lebenslage sind oft nicht passgenau und zugänglich.

Vorstellungen von Familien in prekären Lebenslagen

In der Studie »Kinder – Armut – Familie« wurde auf der Basis von qualitativen Elterninterviews und Familiendiskussionen in drei Städten in Deutschland den Erfahrungen, Vorstellungen und Selbsteinschätzungen von Menschen nachgegangen, deren Alltag von Armut geprägt ist. Im Mittelpunkt der Analyse standen Fragen nach den Herausforderungen bei der Erziehung und Bildung der Kinder, der Bewältigung des Alltags, den elterlichen Vorstellungen und Leitlinien für die Gestaltung von Familie, ihrem Wissen über die Bedürfnisse ihrer Kinder, und wie sie diesen gerecht zu werden versuchen sowie schließlich nach den Ideen für ein gelingendes, »gutes« Familienleben. Insgesamt zielte die Studie darauf, die Expertise aller Familienmitglieder sichtbar zu machen, um Strategien zur Bekämpfung von Armutsfolgen zu entwickeln. Dem geht die These voraus, dass die Logiken von Menschen in prekären Lebenslagen im Unterstützungssystem häufig nicht berücksichtigt werden oder auf Vorurteilen basieren. Anspruch war auch, Familien in prekären Lebenslagen nicht auf das Prekäre zu reduzieren. Vielmehr ging es darum, die Komplexität ihres Alltags, ihrer Sichtweisen und Strategien in den Blick zu nehmen. In diesem Zusammenhang sind folgende Balancierungsleistungen von Eltern relevant: Einerseits die Anforderungen, die der Familienalltag und besonders die Versorgung von Kindern an sie stellen; andererseits aber auch die außerfamiliären Anforderungen an erwachsene Familienmitglieder, etwa bei der Arbeit oder bei der Arbeitssuche.

Bildung und Bildungsinstitutionen: Zentrale Zukunftsperspektive oder Ort der Resignation?

Als ein Indikator für Zukunftsoptimismus lässt sich die familiäre Investition in die Bildung der Kinder benennen. Auch die Bereitschaft der Eltern, auf etwas zu verzichten, um den Kindern schöne Erlebnisse (wie einen Ausflug am Wochenende

oder ein paar Tage Urlaub mit der Familie) zu ermöglichen, spricht für eine Zukunftsperspektive der Familie. Die Frage nach Plänen ist relevant, weil sie Rückschlüsse auf das Maß an wahrgenommener Handlungsfähigkeit beziehungsweise Resignation zulässt. An ihnen werden aber auch konkrete Handlungsstrategien von Menschen deutlich. Bereits aus anderen Studien ist der Befund bekannt, dass insbesondere der schulische Druck bei der Herstellung von Familie und der Organisation des Alltags eine Herausforderung darstellt. So werden schulische Erwartungen und der Mangel an Reputation von Eltern in prekären Lebenslagen problematisiert. Diese Thematik wird meistens den Müttern zugeschrieben. Eine Mutter dieser Studie bezeichnete »das ganze Schulleben. Heutzutage« als schwierig. Sie erzählt davon, dass sie und ihr Sohn bereits mehrere Schulwechsel hinter sich und zahlreiche Probleme mit Schulen gehabt haben. Sie schließt mit einem resignativ wirkenden »traurig, aber wahr«.

Anforderungen an Bildungsinstitutionen spielen in der Darstellung des Alltags eine wichtige Rolle – auch bei den Diskussionen über ein »gutes Leben« als Familie. Im Rahmen der Studie wurden die Erwachsenen und Kinder gebeten, aus einem Set von Memorykarten diejenigen auszuwählen, die für Aspekte des guten Lebens stehen. In den begleitenden Gesprächen zeigen die Familien eine Orientierung an gesellschaftlich als »normal« geltenden Möglichkeiten und Realitäten. Sie verweisen auf gesellschaftlich geteilte Ideen einer durchschnittlichen Versorgung. Insgesamt ließen sich daraus materielle und ideelle Dimensionen rekonstruieren: Erstere verweisen auf konkrete Mangelerfahrungen, letztere auf Lebens- oder Erziehungsstile, auf Werte und Gefühle. Insgesamt zehn Dimensionen des guten Lebens spielten in allen Familiendiskussionen eine Rolle, darunter:

- » Existenzielle Versorgung, das heißt ein Dach über dem Kopf, Essen, Kleidung, Gesundheit
- » Über Geld verfügen
- » Spiel und Erholung, Freizeit und Ferien
- » Bildung und Schule
- » Über Zeit verfügen und Ruhepausen
- » Naturerleben
- » Geborgenheit sowie Schutz und Sicherheit
- » Bildung und Gesundheit als grundlegende Bedürfnisse.

Für die Perspektive auf Gesundheit war die Analyse aufschlussreich, wie Kinder und Erwachsene grundlegende Fragen menschlicher Existenz thematisieren. Wichtig sind ihnen angemessene Wohnverhältnisse, Ernährung und die Möglichkeiten zu kochen, Gesundheit und der Zugang zu medizinischer Versorgung bei gesundheitlichen Problemen. In unterschiedlichem Maße wurde in den Diskussionen deutlich, welche Aspekte der (gesundheitlichen) Versorgung im familiären Alltag prekär sind, zum Beispiel jeden Tag eine warme Mahlzeit zubereiten zu können oder zahnärztliche Versorgung gewährt zu bekommen. Insbesondere die Kinder sprechen über die Notwendigkeit eines »Daches über dem Kopf« und genügend zu essen und zu trinken zu haben.

Für Kinder und Eltern kulminiert das Prekäre ihrer Bildungsmöglichkeiten und gesundheitlichen Versorgung in der Frage der Ernährung. Hier fallen also das Bedürfnis nach Bildung und Gesundheit zusammen. So wählten die Kinder für diese Thematik unter anderem Memorykarten mit einer Bäckerei, einem Toaster oder einer Milchflasche. Ein Mädchen im Grundschulalter erzählt zu einer Karte mit einem Bauernhof zunächst,



dass sie noch nie einen gesehen habe und sich einen Ausflug dorthin wünsche. Im Anschluss greift sie die Vorstellung auf – vielleicht um die Erwachsenen zu überzeugen – dass alle Kinder solche Möglichkeiten haben sollten. Sie assoziiert die Bauernhof-Karte mit »gesunder Ernährung« und wählt klug ein strategisches Argument. Der Beitrag schließt deshalb mit der Stimme dieses Kindes: »Da kriegt man Milch und Eier. Und das schmeckt dann gut. Da kann man ein gesundes Frühstück dann machen.«

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. SABINE ANDRESEN, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung, Theodor-W.-Adorno-Platz 6, 60323 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 798-364 32, E-Mail: s.andresen@em.uni-frankfurt.de

KLAUS FRÖHLICH-GILDHOFF, MAIKE RÖNNAU-BÖSE

Bildung und Gesundheitsförderung in der Kita

Kindertageseinrichtungen (Kitas) verstehen sich – auch durch den gewandelten politisch-gesellschaftlichen Auftrag – als Bildungs-Institutionen. Sie sind in den vergangenen zwanzig Jahren mehr und mehr zu wichtigen Sozialisationsinstanzen für kleine Kinder geworden. Bereits 32,7 Prozent der unter Dreijährigen besuchten zum Stichtag 01.03.2016 eine Kita, bei den Sechsjährigen beträgt die Betreuungsquote 93,6 Prozent. Nahezu alle Kinder – und damit auch ihre Familien! – können potentiell durch gezielte Angebote in einem relativ frühen Alter eben auch zur Gesundheitsförderung erreicht werden. Zudem können Kitas auch Zugang zu Bevölkerungsgruppen bieten, die sonst nur zu einem geringen Prozentsatz durch Angebote der (Eltern-)Bildung oder der Gesundheitsförderung ansprechbar sind. Gesundheitsförderung in der Kita ist mittlerweile Gegenstand zahlreicher gesellschaftlicher Programme geworden (vergleiche »Nationales Gesundheitsziel« »Gesund Aufwachsen«) und hat zugleich einen Niederschlag in den Bildungs- und Orientierungsplänen der Bundesländer gefunden (zum Beispiel »Orientierungsplan« des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg).

Verschiedene Studienergebnisse weisen auf einen direkten Gesundheitseffekt hin: Ein regelmäßiger Kita-Besuch verringert das Risiko von Entwicklungsverzögerungen, reduziert gesundheitliche Risikofaktoren sowie Risikoverhaltensweisen

und geht mit geringerer Prävalenz motorischer, kognitiver und psychosozialer Einschränkungen einher. Zudem zeigen internationale Langzeitstudien einen positiven Zusammenhang vom Besuch qualitativ guter Kitas und potentiell erhöhtem formalen Bildungserfolg. Kitas können auch kompensatorisch auf soziale Benachteiligungen und Einschränkungen wirken – wie zum Beispiel dem Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status, Rollenzuweisungen in der Gruppe und erhöhtem Risiko für auffälliges Verhalten. Eine Sensibilität der Institution dafür und entsprechende Qualifikation der Fachkräfte ist Voraussetzung.

Gesunde Entwicklung unterstützen

Grundsätzlich ist es zur Unterstützung und Begleitung der seelischen und körperlichen Entwicklung wichtig, auf das einzelne Kind (und seine Familie) sowie seine spezifischen Bedürfnisse einzugehen. Das beinhaltet eine systematische und reflektierte Beobachtung der Kinder und passgenaue Antworten auf die kindlichen Lebensäußerungen und Bedürfnisse. Eine besondere Bedeutung hat hier die »Waage« zwischen Bindungs- und Explorationsbedürfnis: Kinder benötigen die Erfahrung stabiler, wertschätzender, haltgebender und fördernder Beziehungen. Sie müssen Sicherheit in der Interaktion und in den Abläufen der Einrichtung erfahren können, damit sie sich für die Gruppe sowie für die vorliegenden Anregungen und Angebote öffnen und aktiv die Welt aneignen können. Besonders wichtig ist es, dass diese Anregungen und Begegnungsangebote in der individuellen »Zone der nächsten Entwicklung« erfolgen und Über- wie Unterforderung vermieden werden. In diesem Sinne haben die pädagogischen Fachkräfte die Aufgabe von »Potentialentfaltungskoaches«: Es geht für sie darum, die Stärken eines Kindes zu erkennen, diese zu stärken und zugleich in allen Kompetenzbereichen Entwicklungs-Unterstützung anzubieten. Eine besondere Bedeutung hat hier die Gestaltung des pädagogischen Alltags: In jeder Situation, besonders in den »Schlüsselsituationen« wie Ankommen, Essen, Wickeln, Freispiel, kann das Kind in seinen Entwicklungsbedürfnissen »angesprochen« werden. Hier benötigt es Sicherheit, Assistenz, manchmal auch Trost und Ermutigung.

Projektitis versus Organisationsentwicklung

In den letzten Jahren sind Kitas mit einer Vielzahl von Programmen zu vielen Entwicklungsbereichen wie Sprache, mathematisch-naturwissenschaftliche Bildung, Fremdsprache oder Gewaltprävention »überschwemmt« und zum Teil überfordert worden, da sie losgelöst von der pädagogischen Konzeption implementiert wurden; eine regelrechte »Projektitis« ist die Folge gewesen. Diese Programme sind mitunter in isolierten Situationen positiv evaluiert. Damit sie im Alltag ihre Wirkung entfalten können, muss allerdings eine Verbindung dazu hergestellt werden. Organisationsentwicklungen im Setting Kita, die alle Beteiligten (Fachkräfte, Eltern, Kinder und das weitere Umfeld) einbeziehen, erweisen sich als nachhaltiger und wirkungsvoller als isolierte, thematische Programme. Dies gilt auch für Interventionen im Rahmen der Gesundheitsförderung, die Gesundheit, Bildung und Entwicklung ganzheitlich verstehen. In den Bereichen Bewegung und Ernährung sind in vielen Kitas Programme umgesetzt, Qualitätssiegel verliehen worden, und es haben konzeptionelle Schwerpunktsetzungen wie die »Bewegungskita« stattgefunden. Weniger ausgeprägt ist die systematische Förderung der see-

lischen Gesundheit, bei der nicht nur die Kinder, sondern auch Eltern und Fachkräfte im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung einbezogen werden. Eine erfolgreiche Strategie zur Förderung der seelischen Gesundheit im Sinne des Setting-Ansatzes, operationalisiert über das Resilienzkonzept, wurde vom Zentrum für Kinder- und Jugendforschung in Freiburg, mehrfach umgesetzt und positiv evaluiert.

Strategien zur Gesundheitsförderung in der Kita müssen am Stand der Institution und der Teams sowie den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien ansetzen und die vorhandenen Stärken wie Bedingungen vor Ort berücksichtigen. Dazu benötigen die Fachkräfte Unterstützung, Qualifizierung und (Prozess-)Begleitung. Es muss ein ausreichender Rahmen – Betreuungsrelation, Vor- und Nachbereitungszeit, verfügbare finanzielle Ressourcen – zur Verfügung stehen. Systematische und wirkungsvolle Gesundheitsförderung kann nicht »nebenher« oder als weitere Zusatzaufgabe erfolgen. Eine Möglichkeit kann auch das Präventionsgesetz bieten: Hier liegen Chancen zu programmabhängigen Fördermöglichkeiten und Strategien; die grassierende »Projektitis« sollte nicht weiter angeschoben werden.

Literatur bei den Verfasser*innen

PROF. DR. KLAUS FRÖHLICH-GILDHOFF, PROF. DR. MAIKE RÖNNAU-BÖSE,
Evangelische Hochschule Freiburg, Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg,
E-Mail: froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de, roennau-boese@eh-freiburg.de

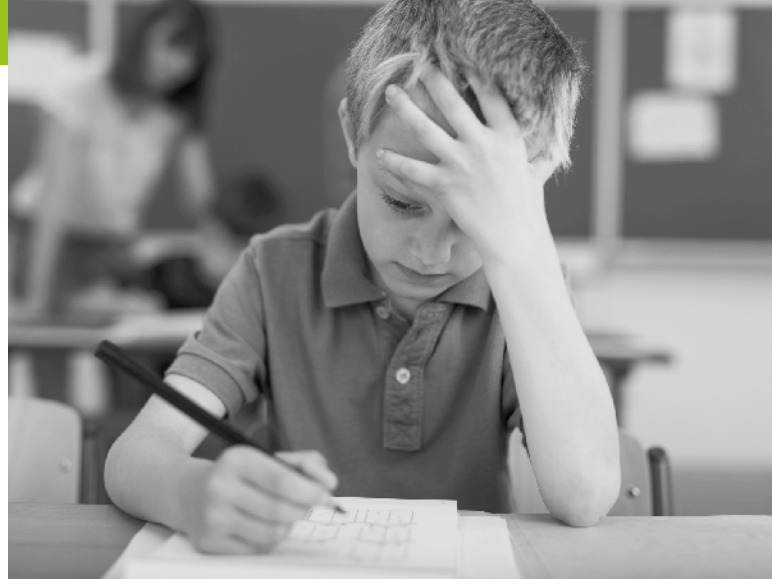
HOLGER DOMSCH, ANTJE GRAF

Bildung und Gesundheit in der Schule: Stress lass nach!?

Einmal im Jahr ist es soweit – mit Süßigkeiten und kleinen Präsenten gefüllte Schultüten machen den Übergang in den »Ernst des Lebens« schmackhaft. Die Erstklässler*innen werden eingeschult. Viele Kinder erfahren im Laufe der nächsten Jahre, dass Schule nicht immer so süß ist, wie es anfangs scheint. Sie werden konfrontiert mit einem Mehr an Anforderungen, Regeln, sozialen Vergleichen, innerem und äußerem Leistungsdruck, Konflikten, einem Verlust an selbstbestimmter Zeit und vielem mehr.

Stresserleben in der Schule

In einer aktuellen Studie der DAK (Präventionsradar) geben etwa 95 Prozent der Schüler*innen der weiterführenden Schule an, Stress zu erleben. Die meisten dieser Jugendlichen tun dies jedoch nur selten (53 Prozent). Immerhin 34 Prozent geben an, oft Stress zu erleben; 9 Prozent sogar sehr oft. In Übereinstimmung mit anderen Studien zeigt sich, dass die oberen Jahrgangsstufen von einem deutlich höheren Stresserleben berichten als jüngere Schüler*innen. Jüngere Schulkinder geben am häufigsten äußere Faktoren wie Zeit- und Leistungsdruck oder auch Streitereien als Stressquellen an und beschreiben Stress vornehmlich anhand körperlicher Reaktionen wie beispielsweise Kopf- oder Bauchschmerzen. Mit zunehmenden Alter werden zudem auch innere Faktoren wie Nervosität und Überforderung benannt und Stress wird vermehrt auch anhand psychischer Reaktionen wie Unruhe, Erschöpfung oder auch Aggressivität beschrieben. Eine bedeutende Stressquelle im Kontext Schule stellen Konflikte mit Gleichaltrigen dar. Besonders wenn diese langanhaltend sind und in



Form ungleicher Kräfteverhältnisse wie beim Mobbing auftreten, kann dies einen deutlichen Einfluss auf die Gesundheit haben. Im Leistungsbereich werden häufiger Zukunftsängste, Überforderung durch Hausaufgaben, Schulleistungssorgen sowie Prüfungsängste als Stressquellen berichtet. Dabei scheint gerade die Antizipation drohenden Versagens belastend zu sein. Passend dazu sind auch Versetzungsgefährdete höher belastet als Schüler*innen, bei denen die Klassenwiederholung bereits entschieden ist. Vergleicht man die Schulformen untereinander, so ergibt sich die höchste Stressbelastung in Gymnasien. Unabhängig von der Schulform sticht eine Gruppe heraus: Jugendliche, die eine klinisch auffällige, psychische Belastung aufweisen wie beispielsweise ADHS, Angst- oder Essstörungen, geben besonders hohe schulbezogene Stresswerte an und scheinen gleichzeitig weniger angemessene Bewältigungsideen zum Stressabbau zu haben.

Elternstress = Schüler*innenstress?

Vor einiger Zeit klagten Eltern gegen die Zwei in Religion auf dem Zeugnis ihres Kindes. Es bedarf nicht solcher Zeitungsnachrichten um zu verdeutlichen, wie bedeutsam die Schulleistung vieler Kinder für ihre Eltern ist. Dahinter steckt oft die Sorge um eine gute berufliche Zukunft und finanzielle Absicherung des Kindes. Es ist daher nicht verwunderlich, dass ein großer Stressfaktor von Schüler*innen mit schlechten Leistungen die Konflikte mit ihren Eltern darstellen. Diese scheinen oftmals belastender zu sein als die Belastung durch die schulischen Anforderungen an sich. Hinter den elterlichen Sorgen stecken unter anderem auch gesellschaftliche Veränderungen, die im Folgenden näher beleuchtet werden.

Gesellschaftliche Veränderungen

Mit der zunehmenden Verschiebung der Schulempfehlungen in Richtung Gymnasialreife büßen Abschlüsse außerhalb des (Fach-)Abiturs Anerkennung ein. Das (Fach-)Abitur wird zunehmend als Voraussetzung für ökonomischen Erfolg und spätere berufliche Flexibilität angesehen. In Zeiten voranschreitender Automatisierungs- und Digitalisierungsprozesse und dem damit einhergehenden Wegfall zahlreicher »einfacher« Arbeitsplätze wird Bildung immer mehr als Humanressource hochgehalten. Bildung gilt als Voraussetzung für Flexibilität und soll Selbstverwirklichung ermöglichen. Die Individualisierungstendenzen, die den Einzelnen und seine Kompetenzen stärker betonen, schaffen mehr Freiräume, aber auch mehr Druck: Der Anspruch, seine eigenen Kompetenzen zu entfalten und den eigenen Weg zu finden, geht einher mit der Abkehr von traditionellen Normen. Lebenswege sind somit tendenziell

weniger vorgezeichnet, die Verantwortung für die eigenen Entscheidungen steigt, was Unsicherheit, soziale Vergleiche, Selbstzweifel und Überforderungsgefühle schüren kann. Für gesellschaftliche Veränderungen auf Ebene der Familienstrukturen sei die Tendenz zur geringeren Kinderzahl genannt. Bei nur einem Kind steigen häufig die Leistungserwartungen der Eltern. Bei mehreren Kindern scheinen sich die Kapazitäten zur spezifischen Förderung ebenso wie die Leistungserwartungen zu verteilen.

G8 versus G9 – schulpolitische Einflüsse

Die Schulzeitverkürzung von G9 auf G8 an Gymnasien in verschiedenen Bundesländern löste immer wieder eine Diskussion über damit einhergehende ansteigende Belastungen von Jugendlichen aus. Aber hat die Verkürzung der Schulzeit tatsächlich Auswirkungen auf das subjektive Stressempfinden? Tatsächlich können Studien dies bislang nicht bestätigen. Es zeigte sich kein eindeutiger Unterschied in der subjektiven Stressbelastung beziehungsweise gesundheitlichen Belastung zwischen Schüler*innen der verkürzten und der regulären Schulzeit. Vielmehr scheinen organisatorische Strukturen sowie Schul- und Klassenklima vor Ort einen wesentlichen Einfluss zu haben.

Ausblick

Kinder und Jugendliche haben heute ein hohes Risiko, sich durch Schule und damit einhergehende Leistungserwartungen gestresst zu fühlen. Die Ursachen dafür sind vielschichtig und nicht immer leicht zu verändern. Was aber kann konkret getan werden, um dem Stressempfinden entgegenzuwirken? Wie kann Schule sich dieser Herausforderung stellen? Es gibt mittlerweile vielfältige Ansätze und auch strukturierte Programme, die Kindern und Jugendlichen gezielte Kompetenzen zur Stressbewältigung vermitteln. Sich bewusst zu entspannen und zu bewegen, Prüfungsangst zu begegnen, Lernstoff effizient einzuteilen, das alles könnte irgendwann genauso selbstverständlich im schulischen Fokus liegen wie Deutsch oder Mathematik.

Literatur bei den Verfasser*innen

PROF. DR. HOLGER DOMSCH, Fachhochschule Münster, Fachbereich Sozialwesen, Hüfferstraße 27, 48149 Münster, E-Mail: holger.domsch@fh-muenster.de

ANTJE GRAF, Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendpsychotherapeutin in eigener Praxis, Beelertstiege 1, 48143 Münster

BIRGIT SUSANNE LEHNER, THOMAS HARTMANN

Gesundheit(sförderung) als Querschnittsaufgabe der Hochschulen

Im Juni 2017 unterzeichneten unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums 16 Institutionen eine Erklärung zur Gründung der »Allianz für Gesundheitskompetenz«. Offizielles Ziel ist, das Gesundheitswissen in Deutschland zu stärken. Diese Allianz wird allerdings überwiegend von denjenigen Verbänden gebildet, in deren Zuständigkeit die Diagnose, Behandlung und Versorgung von Krankheiten fällt. Gremien wie die Kultusministerkonferenz und gesundheitspädagogische Akteur*innen aus dem Bildungsbereich waren nicht beteiligt. Dies ist nur ein Beispiel für die fehlende Zusammenarbeit des Bildungs- und Gesundheitssektors. Es bleibt offen, mit wel-



cher bundesweiten Strategie das sehr dynamische Gesundheitswissen qualitätsgesichert generiert, aufbereitet und zur Verfügung gestellt werden soll. Im Folgenden wird Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe von Hochschulen mit Blick auf die Studierenden in ihren Bildungs-, Lehr- und Forschungsprozessen sowie auf die Beschäftigten und ihre Arbeitsbedingungen an Hochschulen vorgestellt. Zwei Fragestellung sind dabei von besonderer Bedeutung: Wie ist es in Bezug auf das Thema Gesundheit in der akademischen Aus-, Fort- und Weiterbildung bestellt? Was leistet die Institution Hochschule für die Gesunderhaltung und Gesundheitskompetenz ihrer Mitglieder?

Gesundheit in verschiedenen Fachdisziplinen

Hochschulen haben einen vielschichtigen Auftrag in Bezug auf Bildung und Gesundheit. Hier soll Wissen zur Gesundheit nicht nur erlernt, sondern mit Hilfe der Forschung neues Wissen gewonnen und didaktisch aufbereitet werden. Die Analyse gesundheitsbezogener Fragestellungen und die Vermittlung gesundheitswissenschaftlicher Expertise erfolgen in diversen Studienfächern:

- » professionsorientierte Studiengänge (zum Beispiel Medizin, Lehramt),
- » interdisziplinäre Studiengänge mit offener Professionsorientierung oder offenem Berufszugang (zum Beispiel Gesundheitswissenschaften) sowie
- » Studiengänge, die auf der Akademisierung von Gesundheitsfachberufen beruhen (zum Beispiel Pflege, Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Hebammenkunde).

Die Anzahl gesundheitsbezogener Studiengänge mit offener Professionsorientierung ist stetig gestiegen und liegt mittlerweile bei bundesweit über 400 Angeboten. Zugleich findet in Modellversuchen eine Akademisierung etablierter Gesundheitsfachberufe statt. Trotz dieser Entwicklungen fehlt weiterhin ein institutioneller akademischer Rahmen für die Verknüpfung von Bildung und Gesundheit. Die Medizinischen Fakultäten der Universitäten bleiben in der Regel exklusiv bestimmten Facharztausbildungen vorbehalten. Darüber hinaus sind bevölkerungsbezogene Disziplinen wie Sozialmedizin oder Umwelthygiene weitgehend marginalisiert. Vieles an Fort- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich verbleibt zudem außerhalb des tertiären Bildungssystems und ist dadurch nur schwer zu erfassen.

Hochschule als gesunde Organisation

Neben der Etablierung und Weiterentwicklung von Studienangeboten werden auch Erwartungen an Hochschulen gestellt,

sich vorbildhaft zu einer gesunden Organisation für alle Statusgruppen zu entwickeln. Das Präventions- und Arbeitsschutzgesetz sowie weitere landesspezifische Gesetzgebungen untermauern diesen Auftrag nachdrücklich. 426 Hochschulen in Deutschland sind Lebenswelt für fast 700.000 Beschäftigte und rund 2,8 Millionen Studierende. Nicht zuletzt tragen Hochschulen als bildungspolitische Einrichtungen wesentlich zur Qualifizierung von zukünftigen Fachkräften und Entscheidungsträger*innen in vielfältigen Professionen bei. Das »gelebte« Vorbild einer gesunden Hochschule hat das Potenzial, erfahrene und vermittelte gesundheitsbezogene Inhalte in alle Professionsfelder einzubringen, in denen Absolvent*innen ihre späteren beruflichen Rollen ausfüllen. Der 1995 gegründete Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) entwickelte zehn Gütekriterien für gesundheitsfördernde Hochschulen, die alle dort arbeitenden, lernenden, lehrenden und forschenden Statusgruppen berücksichtigen. Darin finden sich sowohl konzeptionelle (zum Beispiel Leitbilder) als auch infrastrukturelle (zum Beispiel Vorhandensein einer Steuerungsgruppe) und prozessbezogene Aspekte (zum Beispiel Informationsmanagement, Gesundheitsberichtserstattung). Die Umsetzung dieser Prozesse erfordert eine koordinierte Zusammenarbeit und Beteiligung vieler interner und externer Akteur*innen. Entscheidend ist das Engagement der Hochschulleitung, Gesundheit in Zusammenarbeit mit den Gremien als Leitziel zu etablieren und dafür entsprechende Ressourcen und Fachpersonal einzusetzen. Gesundheitsförderung kann nur dann nachhaltig wirksam sein, wenn sie als Querschnittsaufgabe verstanden und an der Schnittstelle zu der Personal- und Organisationsentwicklung mitgedacht wird. Strategien der Personalentwicklung und des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) finden zunehmend Eingang in Hochschulen. BGM kann an den Schnittstellen als Steuerungselement fungieren. Ergebnisse einer systematischen Analyse zeigen, dass mittlerweile zwei Drittel der hundert größten Hochschulen personelle Ressourcen für BGM vorhalten.

Ausblick

Zu erwarten ist, dass sich eine systematische Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe für alle Statusgruppen im Rahmen eines hochschulischen Gesundheitsmanagements in den nächsten Jahren weiter etablieren wird. Im Präventionsgesetz §20a SGB V wird die Lebenswelt der Studierenden explizit mit aufgeführt. So stellt das Präventionsgesetz neben der individuellen und betrieblichen Förderung nun auch die Weichen für einen ganzheitlichen, integrationsfähigen Ansatz für eine gesunde Lebenswelt Hochschule. Unter dieser Perspektive können gesundheits- und leistungsförderliche Arbeits-, Lehr-, Lern- und Forschungsbedingungen erwachsen und miteinander in Wechselwirkung treten. Auf dieser Basis ist eine Verknüpfung von Bildung und Gesundheit möglich, die nicht nur die Gesundheitskompetenz der Hochschulmitglieder stärkt, sondern auch gesamtgesellschaftlich wirksam wird.

Literatur bei den Verfasser*innen

DR. BIRGIT SUSANNE LEHNER, Pädagogische Hochschule Freiburg,
Fachrichtung Public Health & Health Education, Kunzenweg 21, 79117 Freiburg,
Tel.: (07 61) 682 313, E-Mail: birgitsusanne.lehner@ph-freiburg.de
PROF. DR. THOMAS HARTMANN, Hochschule Magdeburg-Stendal,
Breitscheidstraße 2, 39114 Magdeburg,
E-Mail: thomas.hartmann@hs-magdeburg.de



THOMAS ALTGELD

Was Marie und Elias als Kinder nicht lernen, lernen sie als Erwachsene dann nimmer mehr? Das Bildungssystem als Wachstumsmarkt für Präventionsaktivitäten

Marie und Elias waren die beliebtesten Vornamen für Neugeborene in Deutschland 2016. Wenn Marie und Elias irgendwann im Berufsleben stehen werden, also etwa nach dem Jahr 2036, ist die Chance sehr groß, dass sie in der Kita, der Grundschule, der weiterführenden Schule, insbesondere, wenn dieses ein Gymnasium war, oder der Hochschule, das ein oder andere Präventionsangebot wahrnehmen konnten. Denn die genannten Bildungssettings sind nach wie vor der Hauptinterventionsort für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme aller Art. Nicht nur für gesetzliche Sozialversicherungsträger, auch für Sportvereine, Kriminal- und Suchtprävention gilt, je früher mögliche Adressatengruppen erreicht werden können, desto höher die Erwartungen an langfristige Erfolge und desto wahrscheinlicher die Vermeidung der Etablierung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen. Viele der im Erwachsenenalter vorherrschenden Erkrankungen haben ihren Ursprung bereits im Kindes- und Jugendalter. Auch deshalb ist die Idee einer ganzen Generation, etwas fürs Leben mitzugeben, natürlich bestechend. Die allgemeine Schulpflicht in Deutschland macht es zumindest theoretisch möglich, zwischen dem 6. und 15. Lebensjahr ganze Jahrgänge vollständig zu erreichen, was in höheren Lebensaltern aufgrund der Heterogenität von Lebenslagen nie wieder der Fall ist.

Ein weites Feld – Fast 89.000 Bildungssettings in Deutschland

Das potenzielle Handlungsfeld ist zunächst riesig: Zum 01.03. 2017 gab es in Deutschland insgesamt 55.266 Kindertageseinrichtungen, davon 5.243 allein in Niedersachsen. Zum Schuljahr 2015/2016 existierten 33.547 allgemeinbildende Schulen, davon 15.421 Grundschulen. Dagegen erscheint die Zahl der Hochschulen überschaubar, nämlich 428 insgesamt zum Wintersemester 2016/2017. Da Bildung in die Zuständigkeit der Länder fällt, sind für alle drei Bildungssettings die Rahmenbedingungen von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich ausgestaltet. Der Bildungs- und Erziehungsauftrag für Kitas

und Schulen ist jeweils in den einschlägigen Kita- und Schulgesetzen geregelt. Gesundheitsbezogene Bildungs- und Erziehungsziele werden dabei teilweise explizit (zum Beispiel in Bezug auf Bewegung) oder implizit (zum Beispiel soziale Kompetenzen, Kommunikations- und Lernfähigkeiten) benannt und spielen in den gesetzlichen Grundlagen eine mehr oder weniger große Rolle. Die Umsetzung erfolgt vor Ort und ist beispielsweise im Kitabereich durch die Vielzahl an Trägern entsprechend heterogen.

Der Beschluss der Kultusministerkonferenz zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Suchtprävention im Schulbereich von 2012 sieht für diese Aktivitäten eine Öffnung der Schulen für Kooperationen vor. Der Beschluss enthält eine lange Liste von Institutionen, mit denen Schulen zusammenarbeiten sollen beziehungsweise die gerne mit Schulen zusammenarbeiten wollen. Diese Liste umfasst unter anderem Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Landesvereinigungen für Gesundheit, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Erziehungsberatungsstellen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Unfallkassen, Krankenkassen und -versicherungen, Suchtberatungsinstitutionen und viele mehr. Konkret könnten Schulen also mit bis zu 50 Einrichtungen kooperieren.

Ausgabensteigerungen in dem Sektor durch das Präventionsgesetz

Mit dem Präventionsgesetz sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) für den Bereich der nicht-betrieblichen Lebenswelten sprunghaft angestiegen und die Bildungsettings haben sich zu dem zentralen Handlungsfeld entwickelt, in dem neben den Betrieben der Wettbewerb der GKV im Feld der Primärprävention und Gesundheit stattfindet. Das lässt sich auch an den gestiegenen Ausgaben ablesen. Diese steigerten sich nicht-betrieblichen Lebenswelten von 37 Millionen im Jahr 2015 auf 125 Millionen im Jahr 2016, das heißt um 240 Prozent bereits im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes. Die Krankenkassen haben nämlich junge Familien im Wettbewerb als zentrale Zielgruppe identifiziert und fokussieren ihre Aktivitäten auf die Settings, in denen sie am besten erreicht werden können: Kindertagesstätten und Schulen. Mehr als zwei Drittel der Aktivitäten der GKV finden dort statt. Das bedeutet auch, dass je nach Bundesland über die oben genannten Akteur*innen nun auch noch bis zu 40 gesetzliche Krankenkassen als potenzielle Kooperationspartner für Schulen in Frage kommen. Konkurrierende Parallelaktivitäten sind dabei quasi systemimmanent und vom Gesetzgeber gewollt. Die Programme müssen konform zum Leitfadens Prävention des GKV Spitzenverbandes sein, der den grundlegenden Rahmen für Kassenaktivitäten absteckt. Dennoch sind die Aktivitäten sehr heterogen, was die behandelten Präventionsthemen, die Art und Tiefe der Intervention sowie deren Langfristigkeit anbelangt. Gerade deshalb stellen sich viele Fragen nach der Wirksamkeit und der Nachhaltigkeit dieser Ausgaben.

Auch die anderen aus öffentlichen Mitteln erfolgten Investitionen sowie die Ausgaben anderer Sozialversicherungszweige oder privater Akteur*innen zur Stärkung der Gesundheit von Marie und Elias, um beim Beispiel zu bleiben, erfolgen meist punktuell und nicht abgestimmt. Fast alle Präventionsakteur*innen in Bildungssettings investieren zurzeit massiv in Medien, Material und Personal. Sie konkurrieren damit um die Aufmerksamkeit und Zeit von Erzieher*innen, Lehrkräften sowie der Eltern, Kinder und Jugendlichen. Das macht die Bildungs-

settings eher präventionsmüde als aufgeschlossen für Neues. Deshalb wäre ein abgestimmtes Vorgehen auf allen Ebenen dringend notwendig, auch um erfolgreiche, jetzt schon flächendeckend arbeitende Programme wie die Gruppenprophylaxe nicht zu gefährden. Nur wenn der Wildwuchs aufhört und Synergieeffekte angestrebt werden, ist mehr Geld im System auch eine sinnvolle Investition in die Zukunft.

Literatur beim Verfasser, Adresse siehe Impressum

BEATE BLÄTTNER

Wen erreichen wir mit »klassischer« Gesundheitsbildung – und wen nicht?

Es sind Frauen zwischen 35 und 64 ...

In allen Programmbereichen von Volkshochschulen überwo-gen im Jahr 2015 bundesweit Frauen unter den Teilnehmenden; der Frauenanteil war mit 85,7 Prozent in der Gesundheitsbildung am höchsten, während im Programmbereich Grundbildung-Schulabschlüsse das Geschlechterverhältnis mit 51 Prozent Frauen am ehesten geschlechterausgewogen war. An diesem hohen Frauenanteil in der Gesundheitsbildung hat sich seit Jahrzehnten nichts geändert. Zwar waren 2015 48 Prozent aller Angebote speziell für die Zielgruppe Männer der Gesundheitsbildung zuzuordnen; aber auch 55 Prozent aller speziell für Frauen ausgerichteten Kurse widmeten sich Gesundheitsthemen. Das Verhältnis der zielgruppenspezifischen Angebote der Gesundheitsbildung zwischen Männern und Frauen betrug etwa 1:3. Für andere Träger*innen liegen weniger differenzierte Analysen vor, ein grundsätzlich anderes Ergebnis ist aber sehr unwahrscheinlich. In der Gesundheitsbildung sind alle Altersgruppen über 35 Jahren stärker vertreten als im Durchschnitt aller Kursangebote; jüngere Erwachsene besuchen eher Sprachkurse oder holen Schulabschlüsse nach. Die am stärksten vertretenen Altersgruppen in der Gesundheitsbildung sind zugleich die, die auch insgesamt an Volkshochschulen am stärksten vertreten sind: die Altersgruppen zwischen 35 und 64. Unter den Angeboten für spezielle Zielgruppen finden sich, neben den oben genannten Angeboten für Männer und Frauen, in der Gesundheitsbildung vor allem Kurse für Ältere und fast gleich viele für Kinder bis 12 Jahre. Auch Kurse speziell für Jugendliche werden angeboten, aber das Verhältnis dieser zu denen für Ältere ist 1:8.

... mit hoher Bildungsaffinität, ...

Sozioökonomische Indikatoren über die Teilnehmenden werden in der Erwachsenenbildung nicht erfasst. Jedoch ist aus dem »Adult Education Survey« insbesondere die »enge Verknüpfung zwischen vorhandenem Bildungsabschluss und Weiterbildungsteilnahme, die dazu führt, dass Bildungsun-gleichheiten auch in der Weiterbildung kumulativ verstärkt werden«, bekannt. Der Survey erfasst die Weiterbildungsteilnahme der 18- bis 64-Jährigen: An nicht-berufsbezogener Weiterbildung, zu der die Gesundheitsbildung einen wesentlichen Beitrag leistet, nahmen im Jahr 2014 8 Prozent der Befragten mit niedrigem Schulabschluss (Hauptschulabschluss oder darunter), 11 Prozent derjenigen mit mittlerem Bildungsniveau und 18 Prozent der Befragten mit höherem Schulabschluss (Fachabitur oder höherer Bildungsabschluss) teil. Ähnlich ist dies beim Indikator Berufsabschluss: Zwar nehmen

15 Prozent der Befragten ohne Berufsabschluss an nicht-berufsbezogener Weiterbildung teil und nur 9 Prozent derjenigen, die eine Lehre oder Berufsfachschule abgeschlossen haben, aber 11 Prozent derjenigen, die Meister*in waren, und 18 Prozent derjenigen, die eine Hochschule abgeschlossen haben. Für den internationalen Vergleich wird die »International Standard Classification of Education« (ISCE) zugrunde gelegt, die Bildungslevels unabhängig davon abbildet, in welchem Bildungssektor (Schule, berufliche Bildung, Hochschule) diese erreicht wurden. In Deutschland haben 9 Prozent der Befragten mit einem niedrigen, 12 Prozent mit einem mittleren und 15 Prozent mit einem hohen ISCE-Level an nicht-berufsbezogener Weiterbildung teilgenommen. Ein internationaler Vergleich ist schwierig, aber die Trends in anderen europäischen Ländern sind ähnlich. Der Survey differenziert zwar nicht nach Themen der Weiterbildung, aber es gibt keinen Hinweis darauf, dass diese Chancenungleichheit in der Inanspruchnahme von Erwachsenenbildung nicht auch für Gesundheitsbildung gilt.

... denn das Angebot folgt der Nachfrage.

Keines dieser Ergebnisse ist überraschend. Die Trends sind seit Jahren kaum verändert, denn: »Den Inhalt der Erwachsenenbildung bestimmen die Bildungsbedürfnisse der Erwachsenen« (§ 1 (2) Satz 1 NEBG). Die Gesundheitsbildung gehört nach dem Erwachsenenbildungsgesetz zum Beispiel in Niedersachsen nicht zu den »Bildungsmaßnahmen, die den besonderen gesellschaftlichen Erfordernissen entsprechen« (§ 8 (3) NEBG) und besonders gefördert werden. Für Gesundheitsbildung gilt deswegen wie allgemein für Bildung: Diejenigen, die kommen, sind nie die Falschen.

So sehr sich Träger*innen auch engagieren, mit speziellen Angeboten verstärkt bildungsgewohnte Zielgruppen zu erreichen, ändert dies für die Mehrheit der Angebote nicht Grundsätzliches: Erwachsenenbildung kann nur die erreichen, die sich weiterbilden wollen und zwar zu den Themen, für die sie sich interessieren. Damit werden gesellschaftliche Trends gespiegelt und nicht verändert. Deutschland hat ein hochselektives Bildungssystem, in dem die sozio-ökonomische Herkunft über die Bildungschancen wesentlich mitentscheidet. Dies ist durch die vergleichsweise gering geförderte Erwachsenenbildung nicht grundsätzlich auszugleichen.

Aus diesen unter Public Health-Gesichtspunkten enttäuschenden Einsichten lässt sich für die nicht-»klassische« Gesundheitsbildung lernen: Ob als Kurse oder digitale Angebote, in der Erwachsenenbildung oder im Gesundheitswesen – in welcher Form und bei welchen Träger*innen sie auch immer angeboten wird, sie wirkt selektiv. Dies ist nur sehr bedingt eine Frage der Kosten des Angebotes, sondern des Grades, in dem Bildungsangebote in der früheren Bildungsbiographie als erfolgreich erlebt werden konnten. Damit wird gesundheitliche Chancenungleichheit in dem Ausmaß reproduziert, in dem eine Gesellschaft Bildungschancen nach sozialen Kriterien selektiert. Wer gesundheitlicher Chancengleichheit entgegenzutreten will, muss die Selektion im formalen Bildungserfolg verändern oder auf andere Strategien setzen – und nicht auf klassische Gesundheitsbildung.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. BEATE BLÄTTNER, Public Health Zentrum Fulda, Hochschule Fulda,
E-Mail: beate.blaettner@pg.hs-fulda.de



ROLF ROSENBRÖCK

Gesundheitskompetenz – ein Glitzerding

Große Teile der Präventionsszene in Theorie und Praxis sind derzeit mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes 2015 beschäftigt. Da geht es um Fragen, wie Krankenkassen davon überzeugt werden können, dass regional koordinierte Programme wichtiger sind als die Marketing-Interessen einzelner Kassen(arten), wie Lebenswelten nicht nur als Einflugschneisen und Ablageorte für klassische »Gesundheitsbotschaften« dienen, sondern sich durch direkte Entscheidungen der Nutzer*innen zu gesundheitsförderlichen Strukturen entwickeln können, wie der herkömmlich erfolgsarme Präventionsansatz »knowledge – attitude – practice« (Information/Wissen ändert die Einstellung, veränderte Einstellung führt zu gesundheitsgerechtem Verhalten) endlich durch die schon in der Ottawa-Charta angelegte Orientierung auf Selbstbestimmung als Voraussetzung für mehr Gesundheit und auch für Verhaltensänderungen abgelöst werden kann.

Gleichzeitig erlebt das Konzept der »Gesundheitskompetenz« einen Hype in Deutschland. Das Konzept stammt aus den USA, heißt dort »health literacy« und bezeichnet die Fähigkeit, Informationen, die für die eigene Gesundheit relevant sind, zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen. Es erinnert mit seiner kognitiven Terminologie zunächst einmal fatal an »knowledge – attitude – practice« und wirkt damit auf den allerersten Blick wie ein Frontalangriff auf moderne, auch dem Präventionsgesetz zugrunde liegende gesundheitswissenschaftliche Konzepte. Es gibt international vereinheitlichte Erhebungen mit erwartbaren Ergebnissen: große Defizite mit klaren Schichtgradienten. Unter Führung des Bundesministeriums für Gesundheit haben die Elefanten des Korporatismus im Sommer 2017 eine »Allianz für Gesundheitskompetenz« gebildet, ein »Nationaler Aktionsplan« ist in Arbeit, die Anzahl der Publikationen und Konferenzen schwillt an.

Was ist gut am Konzept, was nicht?

Nicht gut ist sicher der gigantisch aufgeblähte Name »Gesundheitskompetenz«. Den Begriff beim Wort genommen, ist er mehr als die Aufnahme und Verarbeitung von Gesundheitsinformationen, mehr als die angemessene Nutzung von Kran-

kenversorgung und Pflege, ist eher eine Lebenskunst, die es ihren Träger*innen ermöglicht, mit den Zumutungen, Herausforderungen und Chancen des Lebens so achtsam und erfolgreich umzugehen, dass die Balance zwischen Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbelastungen immer wieder hergestellt wird, ohne in die Fallen des »healthismus« zu laufen. Insofern kann Gesundheitskompetenz als Ziel aller Gesundheitsförderung und Prävention sowie auch als Voraussetzung sinnvoller Nutzung des Versorgungssystems bezeichnet werden. Gesundheitskompetenz in diesem Sinne ist sozial, ökonomisch, bildungsmäßig und auch individuell höchst voraussetzungsvoll und auf der sozialen Stufenleiter auch höchst ungleich verteilt (sonst bräuchte es keine Gesundheitsförderung). Die gesundheitskompetente Bevölkerung wäre ein sinnvolles, freilich ziemlich abstraktes Fernziel einer umfassenden health-in-all-policies-Strategie, die die Maximierung der Verwirklichungschancen bei gleichzeitigem Abbau sozialer Ungleichheit im Auge hat. So etwas Großes aber ist mit diesem Wort nicht gemeint.

Historisches Verständnis von »Gesundheitskompetenz«

Historisch – das heißt vor seiner begrifflichen Aufblähung – stammt Health Literacy aus Bemühungen von Nicht-Regierungs-Organisationen (in den USA, nicht lese- und schreibfähigen Migrant*innen ohne jede Erfahrung den Weg zur Krankenversorgung – sprich zur community clinic, zum Arzt, zum Medikament, zum Krankenhausbett, zu einer erfolgreichen Therapie) zu ebnen. In diesem Sinne ist es ein nützliches Konzept, das auch bei uns auf ein nach wie vor großes und dringend intensiver zu beackendes Feld verweist. Gut ist, dass die einschlägigen Aktivist*innen und Akademiker*innen zumindest im deutschsprachigen Raum auf diesem Feld die Defizite nicht nur bei den Nutzer*innen sehen, sondern auch von den Organisationen und Institutionen Veränderungen fordern, die ihre Nutzung auch für Menschen mit anderem sprachlichen und kulturellem Hintergrund, mit Behinderung und/oder geringer formaler Bildung nutzbar macht. Für Bemühungen um interkulturelle Öffnung des Versorgungssystems in diesem angemessenen weiten Verständnis (physisch, ökonomisch, sprachlich, sozial und kulturell barrierefrei) ist das Konzept »health literacy« nützlich und für die Selbsthilfe, die Berücksichtigung der Patient*innenpräferenzen beim »shared decision making« wie auch für sozial sensible Patient*innen-education direkt anschlussfähig beziehungsweise bestätigend. Das ist gut.

Gesundheitsförderung als Voraussetzung für »Gesundheitskompetenz«

Wie Antonovskys Kohärenzsinn und andere Gesundheitskonzepte bezeichnet health literacy einen Zielzustand und enthält kaum Hinweise darauf, wie dieses Ziel zu erreichen ist. Bei näherem Hinsehen ist natürlich auch diese, gegenüber dem im Wort »Gesundheitskompetenz« mitschwingenden Größenwahn auf realistische Ziele und Arbeitsfelder reduzierte Version in der Umsetzung keine rein kognitive Veranstaltung und deshalb ohne Gesundheitsförderung nicht zu haben: Das fängt beim »Finden« von Gesundheitsinformationen an. Denn dem Finden geht das Suchen voraus, und zum Suchen braucht es Motivation, die ihrerseits nicht nur vom Problemdruck, sondern wesentlich auch vom Selbstwertgefühl, von der eigenen Zukunftsorientierung, von der Selbstwirk-

samkeitserfahrung und von der Eingebundenheit in dafür hilfreiche soziale Netze abhängt, also von jenen Ressourcen, auf deren Entwicklung und Stärkung Gesundheitsförderung (und wohlverstandene Prävention in Lebenswelten) zielt. Je weiter unten auf der sozialen Stufenleiter, desto intensiver.

Nicht gut ist, dass dies von jenen Akteur*innen, die Gesundheitsförderung immer schon auf einfache, standardisierbare Interventionen reduzieren wollen und (deshalb) mit Partizipation wenig anfangen können, in der Praxis gern »übersehen« wird, zukünftig möglicherweise verstärkt unter Berufung auf ein solch verkürztes Verständnis von health literacy.

Noch stärker gilt dies für Prävention und Gesundheitsförderung: Veränderungen des Lebensstils stehen eben in aller Regel nicht am Ende einer Sequenz von Finden, Verstehen, Bewerten und »Umsetzen« von Gesundheitsinformationen. Dies aber suggeriert das Konzept, und auch dem derzeit verwendeten Erhebungsinstrument liegt diese Denke zugrunde. Dazu passt auch die höchst unklare Verwendung des Begriffs der »Motivation« im Konzept. Um also »health literacy« für gesundheitswissenschaftlich fundierte Prävention und Gesundheitsförderung anschlussfähig zu machen, ist da noch einige Arbeit am Konzept und den Erhebungsinstrumenten zu leisten. Bis dahin lässt sich – stark verkürzt – sagen: Voraussetzung für den Erwerb von Gesundheitskompetenz ist erfolgreiche Gesundheitsförderung – und nicht etwa umgekehrt.

Das Konzept erweist sich damit auf den zweiten Blick nicht als Frontalangriff auf gesundheitswissenschaftlich fundierte Strategien der Beförderung von Nutzer*innen-Kompetenz sowie von Prävention und Gesundheitsförderung. Vielmehr kann es die Bemühungen um Nutzer*innen-Qualifizierung und interkulturelle Öffnung in der Krankenversorgung gut unterstützen, und diese Chance sollte auch genutzt werden. Im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung freilich sollten die Proponent*innen dieses Konzepts theoretisch und auch in den darauf basierenden Erhebungsinstrumenten noch etwas zulegen, um der weit über die Kognition hinausgehenden Komplexität des Geschehens gerechter zu werden und die aktuellen Bemühungen der Umsetzung des Präventionsgesetzes (Prävention in Lebenswelten) unterstützen zu können.

Politisch wird es in den durch »health literacy« angestoßenen Debatten und Entwicklungen darauf ankommen, die große Differenz zwischen »health literacy« und »Gesundheitskompetenz« sichtbar zu halten, um das große Ziel einer »gesundheitskompetenten Bevölkerung« nicht zu kleiner und wohlfeiler Münze werden zu lassen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. ROLF ROSENBROCK, von 1988-2015 Leiter der Forschungsgruppe »Public Health« im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), seit 2015 ehrenamtlicher Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband, Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin, E-Mail: rolf.rosenbrock@paritaet.org



ELENA REUSCHEL, PATRIZIA ROTHOFER

Niedersächsischer Gesundheitspreis 2017

Innovative Ansätze in der Gesundheitsversorgung und -förderung

Bereits zum siebten Mal haben das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die AOK Niedersachsen und die Apothekerkammer Niedersachsen den mit insgesamt 15.000 Euro dotierten Niedersächsischen Gesundheitspreis ausgeschrieben. Schirmherrin des Preises ist Dr. Carola Reimann, Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Aus der Vielzahl der Bewerbungen hat eine Fachjury die Preisträger*innen in den jeweiligen Kategorien ausgewählt und innovative Ansätze zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung prämiert.

Preisträger*innen in der Kategorie

»Durchs Netz gefallen und regional aufgefangen«

Das Projekt »Straßenambulanz – ein ambulantes medizinisches Angebot für Wohnungslose, von Wohnungslosigkeit Bedrohte und für Menschen, die von Armut betroffen sind« des Caritasverbandes Hannover e. V. wurde in dieser Preiskategorie mit dem diesjährigen Niedersächsischen Gesundheitspreis prämiert. Häufig ist die medizinische Regelversorgung zum Beispiel für Wohnungslose, Nicht-Versicherte oder Langzeitarbeitslose nur schwer oder nicht zugänglich. Mit der »Straßenambulanz« werden Personen aufgesucht, die den Weg in niedergelassene Arztpraxen aus unterschiedlichen Gründen scheuen. Neben persönlichen Hemmschwellen, Ängsten vor Diagnosen oder einer weiterführenden Behandlung, kann eine fehlende Krankenversicherung ausschlaggebender Grund sein. Im Rahmen des Projektes werden sowohl soziale Brennpunkte als auch Notunterkünfte von einem interdisziplinären Team aus Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Pfleger*innen und Fahrer*innen aufgesucht. Die Teams sind elfmal in der Woche an acht Standorten in Hannover im Ein-

satz. Sie bieten eine niedrigschwellige gesundheitliche Erstversorgung in einem Kleinbus sowie in den Räumlichkeiten der Notunterkünfte oder der Caritas an.

Preisträger*innen in der Kategorie

»Hilfen bündeln am Lebensende«

In dieser Preiskategorie konnte das Projekt »Palliative und hospizliche Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in stationären Einrichtungen« von der Diakonie Himmelsthür e. V. aus Hildesheim die Fachjury überzeugen. Die Projekteinrichtung »Haus Oberlin« bietet einen würdevollen Raum für schwerstkranke, geistig gehandicapte Menschen, denen menschlicher wie fachlicher Beistand geboten wird. Es ist ein Ort, an dem sie ihre verbleibende Lebenszeit in Geborgenheit verbringen können und die Unterstützung, medizinische Versorgung sowie seelsorgerische Begleitung erhalten, die sie sich wünschen. Dazu wird mit Hausärzt*innen, Hospizvereinen und der »Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung« zusammengearbeitet. Die Angehörigen werden ebenfalls adäquat begleitet und beim Abschiednehmen und in ihrer Trauer unterstützt. Auch bauliche Maßnahmen wurden in der Einrichtung vorgenommen, die den speziellen Bedürfnissen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen besonders gerecht werden.

Preisträger*innen in der Kategorie

»Mobile Anwendungen – mHealth in der gesundheitlichen Versorgung«

Mit dem Projekt »Innovative IT-Lösungen für die Notfallversorgung« wusste die Interdisziplinäre Notaufnahme (INA) der Universitätsmedizin Göttingen zu überzeugen. In der Notfallversorgung spielen »Interdisziplinäre Notaufnahmen« eine zentrale Rolle. Fallzahl-Anstieg, hoher Zeit- und Kostendruck sowie die Nutzung unterschiedlicher Informationssysteme und Medizintechniken stellen dabei höchste Anforderungen an die Qualifikation der Notfallpflege- und Rettungsdienstkräfte. Innovative IT-Lösungen zur Unterstützung im konkreten Notfall und für die berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildung dieser Zielgruppen wurden im Rahmen eines Forschungsprojektes des Bundesministeriums für Bildung und Forschung entwickelt. Ziel ist es, in den Prozessabläufen der INA für die nichtakademischen Berufsgruppen in der Notfallmedizin, Notfallpflege und Rettungsdienst, intelligente Assistenzsysteme zur bedarfsorientierten Unterstützung in der Notfallversorgung webbasiert auf mobilen Endgeräten für ihre berufliche Tätigkeit im gesamten Verlauf der präklinischen und klinischen Notfallversorgung zur Verfügung zu stellen. Somit wird die kontinuierliche berufliche Fort- und Weiterbildung in situ, das heißt im konkreten Notfall, orts- und zeitungebunden ermöglicht.

Weitere Informationen zu den prämierten Projekten sowie allgemein zum Gesundheitspreis finden Sie unter www.gesundheitspreis-niedersachsen.de.

Anschrift siehe Impressum



Bundesweite unabhängige
Beschwerdestelle für die Lebenshilfe

ASTRID THULKE

Bundesweite unabhängige Beschwerdestelle der Lebenshilfe – Bubl

Menschen mit Behinderung, insbesondere mit kognitiven Einschränkungen, fällt es oft schwer, Mängel, Missstände, unangemessenes Verhalten anderer oder Gewalterfahrungen zu kommunizieren. Es bedarf deshalb niedrigschwelliger Strukturen und Wege, um allen Menschen die uneingeschränkte Möglichkeit zur Mitteilung und zur Mitgestaltung des sozialen Miteinanders in Lebenswelten zu geben. Eine gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu ermöglichen, ist Ziel der neuen bundesweiten unabhängigen Beschwerdestelle für die Lebenshilfe (Bubl).

Die Beschwerdestelle ist ein Kooperationsprojekt der Bundesvereinigung der Lebenshilfe e. V. und der LVG & AFS. Durch sie wird ein unabhängiges Beschwerdewesen für alle bundesweiten Einrichtungen der Lebenshilfe ergänzt. Als Qualitätsinstrument trägt sie dazu bei, die Rechte und die Selbstwirksamkeit von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Behindertenhilfe zu stärken.

Die Beschwerdestelle nimmt Beschwerden von Menschen insbesondere mit geistiger Behinderung, von ihren Angehörigen, Freunden und Bekannten sowie von den Mitarbeitenden der Lebenshilfe entgegen, führt eine Erstberatung durch und leitet in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Stellen der Lebenshilfe Schritte zur Aufklärung der Beschwerden ein. Die Beschwerdestelle hat am 05.12.2017 ihre Arbeit in der LVG & AFS aufgenommen.

Mehr Informationen erhalten Sie unter www.bubl.de sowie telefonisch unter 08000 118 018.

RAINER RIEDEL

Elektronischer Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen – Erste Ergebnisse der Studie BLIKK-Medien

Innovative Informations- und Kommunikationstechnologien haben unsere Gesellschaft in den vergangenen Jahren entscheidend verändert. Heute ist ein Leben ohne die Nutzung elektronischer Medien in einer vernetzten beruflichen sowie privaten Welt nicht mehr vorstellbar. Diese rasante Entwicklung führt dazu, dass bereits Kinder vom ersten Lebenstag an von elektronischen Medien umgeben sind. Bis zum Schuleintritt hatte die Mehrheit der Kinder bereits Kontakt mit dem größten Teil der heute verfügbaren elektronischen Medien wie zum Beispiel Smartphones oder Tablets. Aufgrund dieser Erkenntnisse wurde im vergangenen Jahr die Studie »BLIKK-Medien: Bewältigung, Lernverhalten, Intelligenz, Kompetenz und Kommunikation – Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien« ins Leben gerufen. Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt steht unter der Projektleitung von Prof. Dr. Rainer Riedel von der Rheinischen Fachhochschule Köln sowie Dr. Uwe Büsching von der Stiftung Kind und Jugend des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte. Kooperationspartner*innen des Projektes sind die Universität Duisburg-Essen, Fachgebiet Allgemeine Psychologie, die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie, der Deutsche Kinderschutzbund Bundesverband e. V. sowie die Deutsche Sportjugend im Deutschen Olympischen Sportbund e. V.

Vorgehen der Studie

Innerhalb dieses – als Querschnittsstudie angelegten – Projektes wurden im Zeitraum von Juni 2016 bis Januar 2017 Daten von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Früherkennungs-Untersuchungen (U3 bis J1) in 79 Kinder- und Jugendarztpraxen deutschlandweit erhoben. Die Rekrutierung der mitwirkenden kinder- und jugendärztlichen Praxen erfolgte auf Basis der Freiwilligkeit. Parallel zu den Früherkennungsuntersuchungen wurden Daten zum Medienverhalten, zum psychosozialen Verhaltensmuster der Kinder und Jugendlichen als auch zum Lebensumfeld erfasst. Die Eltern der in diese Studie einbezogenen Kinder (U3-U11) wurden befragt, bei der Früherkennungsuntersuchung der Jugendlichen (J1) wurden diese selbst befragt. Insgesamt wurden 5.636 Proband*innen deutschlandweit in die BLIKK-Studie einbezogen.

Erste Ergebnisse

- » In der Altersgruppe der ein bis zwölf Monate alten Säuglinge (U3-U6, n=1.828) zeigten sich signifikant häufiger Fütterungs- und Einschlafstörungen bei Säuglingen, sofern die Mutter parallel zur Säuglingsbetreuung elektronische Medien nutzte.
- » Bei Kindern in der Altersspanne zwischen dem ersten bis zum sechsten Lebensjahr (U7-U9, n=2.060) finden sich vermehrt Konzentrationsstörungen, Sprachentwicklungsstörungen sowie motorische Hyperaktivität bei denjenigen, die mehr als 30 Minuten elektronische Medien nutzen. Darüber hinaus wurde evaluiert, dass sich 65,44 Prozent der Zwei- bis Fünfjährigen weniger als zwei Stunden ohne elektronische Medien selbst beschäftigen können.



- » Bei Schulkindern im Alter von sieben bis vierzehn Jahren (U10-J1, n=1.685) konnten bei der Nutzungsdauer von elektronischen Medien von mehr als 60 Minuten am Tag ein Zusammenhang zu motorischer Hyperaktivität und Konzentrationsstörungen beobachtet werden.
- » Elternangaben zum Thema Medienberatung: 41 Prozent der Eltern (U3-U11) gaben an, sich bis zum Zeitpunkt der Evaluation nicht zu dem Thema »Nutzung von elektronischen Medien« informiert zu haben.

Welche Herausforderungen gibt es?

Bei der BLIKK-Studie handelt es sich um eine Momentaufnahme, basierend auf der Einschätzung der Eltern beziehungsweise der Selbsteinschätzung der Jugendlichen zur Nutzung digitaler Medien. Auf Basis dieser Querschnittsstudie lässt sich keine abschließende Ursache-Wirkungsbeziehung aus den Ergebnissen ableiten. In diesem Zusammenhang verweist Professor Riedel auf die folgende Empfehlung des Institutes: »Unter Berücksichtigung dieser Querschnittsergebnisse wird empfohlen, eine Langzeitstudie durchzuführen, um eine mögliche Kausalität zwischen Entwicklungsauffälligkeiten und der Nutzungsdauer elektronischer Medien zu prüfen. Bis dahin ist es sinnvoll, die bestehenden Richtwerte für die Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des schweizerischen Beratungs-Portals no-ZOFF.ch zu nutzen.«

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. MED. DIPL.-KFM. (FH) RAINER RIEDEL, Rheinische Fachhochschule Köln gGmbH, Institut für Medizinökonomie & Medizinische Versorgungsforschung, Schaevenstraße 1 a/1 b, 50676 Köln, E-Mail: medinstitut@rfh-koeln.de

KAI KOLPATZIK

Mehr Orientierung im Gesundheitsdschungel

Mehr als die Hälfte der Deutschen fühlt sich mit der Informationsflut im Gesundheitswesen überfordert. Neben Akteur*innen aus Gesundheitswesen und Wissenschaft sind auch Politik und Bildungssystem gefordert, die Gesundheitskompetenz der Deutschen zu verbessern. Gesundheitskompetenz, international bekannt unter dem Begriff »Health Literacy«, umfasst die Motivation und Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, sie zu bewerten und

für sich zu nutzen. Eine gute Gesundheitskompetenz ist also die notwendige Voraussetzung dafür, sich bei Gesundheitsproblemen die nötige Unterstützung zu sichern und sich in unserem komplexen Gesundheitssystem zurechtzufinden.

Aktuelle Studienlage

Fast sechs von zehn Bundesbürger*innen haben genau damit Schwierigkeiten. Sie weisen eine problematische oder sogar unzureichende Gesundheitskompetenz aus. Damit schneidet Deutschland im europäischen Vergleich unterdurchschnittlich ab. Viele Deutsche wissen nicht, wo und wie sie sich über gesundheitliche Hilfsangebote informieren können oder haben Schwierigkeiten, diese zu verstehen und einzuordnen.

Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz

Von der AOK, der Universität Bielefeld und der Berliner Hertie School of Governance wurde der »Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz« ins Leben gerufen – gefördert von der Robert Bosch-Stiftung und dem AOK-Bundesverband. 16 Expert*innen aus Politik, Wissenschaft und Praxis haben sich in diesem Projekt zusammengefunden, um gemeinsam konkrete Handlungsempfehlungen zu entwickeln, wie sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung innerhalb der nächsten zehn Jahre signifikant verbessern lässt. Adressiert werden vor allem die Bereiche Prävention, chronische Erkrankungen und das Gesundheitssystem selbst. Um diese Arbeit nachhaltig mit Leben zu füllen, hat die AOK die Aufbaufinanzierung einer Nationalen Koordinierungsstelle übernommen. Hier sollen bereits vorhandene Gesundheitskompetenz-Projekte bundesweit identifiziert und vernetzt, Daten und Materialien gesammelt sowie bereits vorhandenes Wissen leicht verständlich aufbereitet werden. Zugleich soll die Koordinierungsstelle Wissenslücken aufspüren und weitere Forschung zum Thema anregen und koordinieren.

Informationsangebote für Versicherte

Neben wissenschaftlicher und politischer Grundlagenarbeit verfolgt die AOK das klare Ziel, die Gesundheitskompetenz der Versicherten zu verbessern: Ob es um Nutzen und Risiken von medizinischen Behandlungen, Früherkennungsuntersuchungen oder auch Nahrungsergänzungsmitteln geht – in bislang 20 Faktenboxen wird der aktuelle Stand der medizinischen Forschung für Laien verständlich vermittelt, um Wissen zu verschiedenen Gesundheitsthemen schnell und einfach zugänglich zu machen (Link siehe unten). Für die Erweiterung des Adressatenkreises (unter anderem für funktionale Analphabet*innen) erfolgt auch eine Umsetzung ins Bewegtbildformat. Apps, Entscheidungshilfen oder verschiedene Online-Navigatoren, zum Beispiel zur Qualität von Ärzt*innen, Krankenhäusern und Pflegeanbietern, runden das qualitätsgesicherte Informationsangebot ab.

Erhöhung der Gesundheitskompetenz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Doch ein solches Angebot allein reicht nicht aus – die Verbesserung der Gesundheitskompetenz muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet werden. Hier sind auch Politik und Bildungssystem gefordert. Gemäß der Forderung der Weltgesundheitsorganisation nach einem Health in all Policies (HiAP)-Ansatz sollte das Thema ressortübergreifend in allen Politikbereichen verankert werden. Und auch im Gesundheitswesen selbst müssen die Strukturen überdacht werden.

Gesundheitliche Einrichtungen und Institutionen müssen sich künftig zu gesundheitskompetenzfreundlichen Organisationen weiterentwickeln. Dazu gehört unter anderem die gezielte Qualifizierung und Weiterbildung von Ärzt*innen, Therapeut*innen und Pflegekräften, damit sie ihren Patient*innen beziehungsweise Nutzer*innen des Gesundheitssystems verständlicher gegenüber treten können. Denn unabhängig vom individuellen Bildungsgrad – mit medizinischem »Fach-Chinesisch« können die wenigsten Bürger*innen etwas anfangen. Mindestens genauso wichtig: Nur mit dem nötigen Qualifikationsgrad können die Leistungserbringer*innen überhaupt richtig einordnen, auf welchem Kompetenz-Niveau sich ihre Patient*innen und Gesprächspartner*innen befinden, wo sie also abgeholt und mit welchen Informationsangeboten sie versorgt werden müssen.

Literatur beim Verfasser

DR. MED. KAI KOLPATZIK, MPH, EMPH, AOK-Bundesverband, Rosentahler Straße 31, 10178 Berlin, Internet: www.aok.de/faktenboxen, E-Mail: Kai.Kolpatzik@bv.aok.de

THOMAS HARTMANN

Präventionsforum 2017

Das Präventionsgesetz schreibt verschiedene Instrumente zur Entwicklung einer bundesweiten Präventionsstrategie fest. Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) ist das zentrale Beratungsgremium. Ständige stimmberechtigte bzw. beratende Mitglieder der NPK sind beispielsweise die Sozialversicherungen, Bund, Länder sowie das Präventionsforum. Anfang 2016 wurde von der NPK eine erste Bundesrahmenempfehlung zu Zielbereichen und lebenslagenbezogenen Handlungsfeldern verabschiedet.

Welche Rolle hat der Gesetzgeber dem Präventionsforum zugedacht?

Das Präventionsforum (§ 20e Abs. 2 SGB V) soll beratendes Gremium der Nationalen Präventionskonferenz sein und die Zivilgesellschaft einbinden. Das gewählte Format des Forums ist bisher eine jährlich stattfindende Veranstaltung, die sich einerseits aus den stimmberechtigten und beratenden Mitgliedern der Nationalen Präventionskonferenz zusammensetzt. Andererseits werden je nach Themenstellung Vertreter*innen der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbänden hinzugebeten. Organisiert und getragen wird die Veranstaltung durch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPg). Die Ergebnisse werden in einer Tagungsdokumentation veröffentlicht.

Welche Aussagen und interessanten Ansätze sind vom Präventionsforum 2017 zu berichten?

Das Präventionsforum 2017 hatte den Schwerpunkt »Kommunale Gesundheitsförderung« in Bezug auf den Lebensweltansatz. Nach Beiträgen von Gernot Kiefer (GKV-SV), Jörg Freese (Deutscher Landkreistag) und Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin) folgte eine offene Diskussionsrunde zum Thema. Zum Lebensweltansatz gab es im Anschluss vier Workshops, die sich den Faktoren gelingender kommunaler Gesundheitsförderung auf Kreis- und Quartiersebene sowie

den Altersgruppen »Gesund aufwachsen« und »Gesund im Alter« widmeten. Ein Thema wurde im Verlauf des Präventionsforums immer wieder hervorgehoben: Die Schwierigkeit, wie die Kommunen und gesetzlichen Krankenkassen zusammenkommen können, um den Auftrag des Gesetzgebers zu erfüllen. Dabei wurde deutlich, dass der Begriff »Kommune« weiterhin unbestimmt bleibt und Unsicherheiten bestehen, welche Art von Ansätzen und Projekten durch die Kassen finanziert werden können. Eine »Ortsbestimmung« wäre wichtig, um zu abgestuften, kassenübergreifenden Aktionsräumen für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland zu kommen. Es wurde deutlich, dass viele Kommunen in der Gesundheitsförderung noch am Anfang stehen. Es mangelt oftmals an notwendigen Beschlüssen und Strukturen für den systematischen Aufbau einer erfolgreichen Gesundheitsförderung in Kommunen. Außerdem wurde die Relevanz von Bestandsaufnahmen herausgearbeitet und die Einrichtung von Steuergruppen besprochen. Offensichtlich ist, dass Städte und Landkreise durchaus die Chancen des Präventionsgesetzes ergriffen haben. Sie versprechen sich im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung einen deutlichen Mehrwert für die Bevölkerung. Ein weiterer Aspekt ist die Vermeidung von Folgekosten wie zum Beispiel in der Kinder- und Jugendhilfe.

Kann das gewählte Format des Präventionsforums das selbstgesetzte Ziel erfüllen, einen inhaltlichen Beitrag »für die Weiterentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen zu identifizieren«?

Nach dem Besuch von zwei Präventionsforen hat sich das Format dazu als ungeeignet erwiesen. Hierfür lässt sich eine Reihe von strukturellen und inhaltlichen Gründen aufzählen:

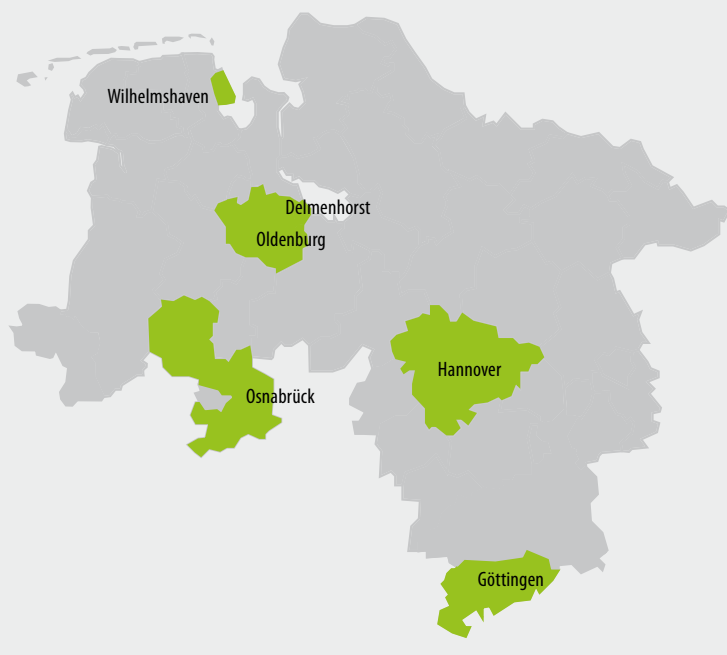
- 1) Die teilnehmenden Organisationen am Präventionsforum 2016 und wohl auch 2017 sind zu etwa 75 Prozent aus den Mitgliedsorganisationen der NPK. Zugespißt formuliert berät sich die NPK über das Präventionsforum noch einmal selbst.
- 2) Es gibt keine Transparenz darüber, welche in der NPK bereits vertretene Akteur*innen (Fachöffentlichkeit, Organisationen beziehungsweise zivilgesellschaftlichen Gruppen) nach welchen Kriterien von der BVPg eingeladen werden. Partizipation ist Wesensmerkmal der Gesundheitsförderung und sollte für das Präventionsforum eingefordert werden.
- 3) Es findet keine Beteiligung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) an den Präventionsforen statt. Der Gesetzgeber hat der Bundesoberbehörde im Präventionsgesetz in Bezug auf den Lebensweltansatz eine klare Rolle mit definierten Aufgaben zugewiesen. Die staatliche Fachbehörde für Gesundheitsförderung war auf beiden Präventionsforen jedoch nicht präsent.
- 4) Es gibt keine Informationen zu den Ergebnissen der NPK oder zum Diskussionsstand der Präventionsberichterstattung, des Präventionsberichtes 2019 und der Präventionsstrategie.

Zielstellung des Präventionsforums ist die Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen. Deren konkrete Inhalte standen auf beiden Präventionsforen nicht zur Diskussion. Alles in allem ist es aus Sicht des Autors dringend geboten, kleinere, lebensweltorientierte Beteiligungsformate wie Fachkonferenzen auf Bundes- und Landesebene durchzuführen.

Literatur bei dem Verfasser

PROF. DR. THOMAS HARTMANN, Hochschule Magdeburg-Stendal, Breitscheidstraße 2, 39114 Magdeburg, E-Mail: thomas.hartmann@hs-magdeburg.de

Kommunales



CHRISTINA KRUSE

»Präventionsketten Niedersachsen« Neuigkeiten aus dem Programm

Seit knapp einem Jahr beteiligen sich die ersten acht von insgesamt bis zu 38 Kommunen am Programm »Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!«. Die bei der LVG & AFS angesiedelte Landeskoordinierungsstelle begleitet sie für je drei Jahre bei der Entwicklung einer integrierten kommunalen Strategie für bessere Teilhabechancen aller Kinder zwischen null und zehn Jahren und unterstützt die lokalen Koordinationskräfte.

Strategien entwickeln und Strukturen aufbauen

In den letzten Monaten war die Arbeit der Koordinator*innen in den Landkreisen Göttingen, Oldenburg und Osnabrück sowie der Region Hannover mit den Städten Barsinghausen, Garbsen und Seelze vor allem geprägt von wichtigen Vorarbeiten: Relevante Akteur*innen mussten identifiziert und für das Vorhaben begeistert, Steuerungsgruppen zusammen gerufen sowie konkrete Themen für das Vorhaben definiert werden. Fragen, die dabei auftraten, waren:

- » Welche Verwaltungsfachbereiche sollen involviert sein? Wie kann Politik regelmäßig in die Prozesse eingebunden werden?
- » Welche Aufgaben hat die Steuerungsgruppe und wie sehen Organisationsstruktur und Entscheidungswege aus?
- » Wie gelingt eine umfassende Bestandsanalyse darüber, wie Kinder aufwachsen und welche Angebote es für sie und ihre Eltern gibt?

Erfahrungsgemäß lohnt es sich, diese Fragestellungen zu Beginn einer Präventionskette gründlich zu bearbeiten. Sie sind Wegweiser für die inhaltliche Arbeit der kommenden Jahre, ebnen weitere Handlungsstrategien und sichern nachhaltige Strukturen. Die Städte Delmenhorst und Wilhelmshaven, die auch schon vor der Programmbeteiligung am Aufbau von Prä-

ventionsketten arbeiteten, konnten bereits auf etablierte Gremien und Netzwerkstrukturen aufbauen. Sie befassten sich seit Anfang des Jahres insbesondere mit der inhaltlichen Weiterentwicklung ihrer Präventionskette und widmeten sich folgenden Fragestellungen:

- » Wie werden die einzelnen Entwicklungsphasen der Kinder durch Angebote begleitet? Wo bestehen Lücken?
- » Wie können die Zugänge armer Familien zu Angeboten und Unterstützungsleistungen verbessert werden?

Daraus wird deutlich: Auch für »geübte« Kommunen lohnt sich die Beteiligung am Programm, denn Präventionsketten verstehen sich als immerwährender Prozess der Qualitätsentwicklung lokaler Angebote und Strukturen.

Professionelle Begleitung der Koordinator*innen vor Ort

Jeder der Programmkommunen steht ein*e Fachreferent*in der Landeskoordinierungsstelle zur Verfügung, die bei Prozess- und Strukturgestaltung sowie fachlich zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten berät. Darüber hinaus stellt die Landeskoordinierungsstelle – je nach Bedarf der Kommunen – ein umfassendes Fortbildungsangebot für die Koordinator*innen zusammen. In den vergangenen Monaten lernten die Fachkräfte in mehreren ein- bis zweitägigen Workshops das Programm näher kennen, vertieften ihre Kenntnisse zu den Themen Kinderarmut und Gesundheitsförderung, beschäftigten sich mit der Wirkungslogik ihrer spezifischen kommunalen Strategie und übten das Arbeiten in Netzwerken ein.

Neue Kommunen gehen 2018 an den Start – ab 2019 können auch Sie dabei sein!

Für den dreijährigen Förderzyklus ab 2018 haben weitere Kommunen ihr Interesse an einer Programmbeteiligung bekundet: Voraussichtlich sieben Landkreise und Städte werden im Frühjahr die Präventionsketten-Arbeit aufnehmen. Ab März 2018 können sich wieder Kommunen für die Beteiligung am Programm »Präventionsketten Niedersachsen« bewerben. Nach Programmzuschlag werden sie von 2019 bis 2021 durch die Landeskoordinierungsstelle begleitet und erhalten anteilig Finanzmittel für eine Koordinationskraft. Die jährliche Präventionsketten-Fachveranstaltung in Hannover wird dazu weitere Informationen geben und den Fachdiskurs fördern. Merken Sie sich dafür jetzt schon den 07. März 2018 vor.

www.praeventionsketten-nds.de
Anschrift siehe Impressum

HELLA EINEMANN-GRÄBERT

Plattdeutsch als Türöffner in der Gesundheitsförderung

Menschen in besonderen Lebenslagen, mit gesundheitlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen, sollten die Möglichkeit bekommen, in ihrer vertrauten Sprache zu sprechen. Auch in Pflegeeinrichtungen spielt die kultur- und sprachensible Betreuung eine wichtige Rolle. Eine Vielzahl von pflegebedürftigen Menschen hat in ihrer Kindheit Plattdeutsch gesprochen. Ihre Erst- beziehungsweise Muttersprache stellt hier einen Türöffner und eine Brücke dar und vereinfacht oftmals notwendige Handlungen in der Betreuung und Pflege.



Sprachunterricht der anderen Art

Die Berufsbildende Schule (BBS) Wildeshausen bietet den Schüler*innen im Fachbereich Pflege ein zusätzliches Lernangebot an. Sie hat bereits vor sieben Jahren die ersten Erfahrungen in diesem Bereich gesammelt und Befragungen in Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Ein wichtiges Ergebnis daraus ist der Wunsch der Pflegebedürftigen, weiterhin Plattdeutsch sprechen zu können. In der BBS wurde daraufhin ein entsprechendes Curriculum erarbeitet: Pflegeschüler*innen werden seit 2010 zusätzlich zu den regulären Fächern verpflichtend in Niederdeutsch unterrichtet. Mit der daraus resultierenden zusätzlichen Sprachkompetenz können Pflegeschüler*innen häufig schneller eine intensive Beziehung zu den kranken und/oder pflegebedürftigen Menschen aufbauen. Darüber hinaus kann bei dementiell erkrankten Menschen die innere Unruhe und Anspannung mit Hilfe ihrer Erstsprache herabgesetzt werden. Pflegebedürftigen wird durch die plattdeutsche Ansprache geholfen, Krisen und Trauer besser zu bewältigen und Trost zu finden. Wie Alltagserfahrungen zeigen, kann in schwierigen pflegerischen Situationen schneller und einfacher Zugang gefunden werden. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass ein Verwirrheitszustand bei verängstigten Patient*innen im postoperativen Zustand durch eine gute Begleitung in der Erstsprache minimiert werden kann. Die Bedeutung von seelisch-körperlichen und psychosozialen Faktoren wird im Gesundheits- und Genesungsbereich zunehmend gewürdigt. Dabei spielt die Kommunikation eine entscheidende Rolle und kann zu Genesung und Wohlbefinden der Patient*innen beitragen. Wenn hier die Herzessprache (Erstsprache) erklingt, liegen die Vorteile auf der Hand.

Praktische Unterstützung durch Wortschatzbroschüre

Die Schüler*innen der BBS nutzen als Hilfestellung eine Wortschatzbroschüre, die aufgrund ihrer Beliebtheit bereits in der dritten Auflage mit insgesamt 15.000 Exemplaren erschienen ist. Das Wörterbuch mit Hoch- und Niederdeutsch kann Interessierte aus dem Gesundheitswesen, die Plattdeutsch nicht ausreichend beherrschen, dabei unterstützen, wichtige Alltagsdialoge und Fachausdrücke schnell zu erlernen. Ein weiteres Heft mit ausschließlich hochdeutschem Vokabular kann durch eine andere Muttersprache ergänzt und wie ein Vokabelheft verwendet werden. Diese Broschüre kann auch für deutsche Pflegekräfte hilfreich sein, die Menschen aus anderen Herkunftsländern betreuen.

Beide handlichen Broschüren können kostenlos über plattdeutsch-pflege@bbswildeshausen.de bezogen oder online heruntergeladen werden. Auch für Informationen zum Plattdeutsch-Curriculum der BBS steht die Autorin gerne zur Verfügung.

Literatur bei der Verfasserin

HELLA EINEMANN-GRÄBERT, Berufsbildende Schule Wildeshausen, Feldstraße 12, 27793 Wildeshausen, Internet: www.bbswildeshausen.de, E-Mail: hella.einemann-graebert@bbswildeshausen.de

SANDRA EXNER, JANINE STERNER

Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen

Nichts beeinflusst die Gesundheit so sehr wie die soziale Lage eines Menschen. Vulnerable Gruppen, wie beispielsweise ältere Menschen, Alleinerziehende, Erwerbslose oder Menschen mit Migrationshintergrund, tragen ein höheres Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen. Um die (Fach-)Öffentlichkeit für das Thema »Soziale Lage und Gesundheit« zu sensibilisieren, Gesundheitsförderung bei und mit vulnerablen Gruppen zu unterstützen und die gesundheitlichen Chancengleichheit zu fördern, wurden 2003 auf Initiative der BZgA in allen Bundesländern sogenannte »Regionale Knoten« gegründet. 2012 in Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) umbenannt, sind sie Qualifizierungs-, Beratungs- und Vernetzungsstelle zur sozial-lagenbezogenen Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes wurden die durch die BZgA mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen geförderten Koordinierungsstellen und deren Aufgaben in diesem Jahr erweitert.

Die KGC Niedersachsen ist in der LVG & AFS angesiedelt. Zu ihren Aufgaben gehören unter anderem:

- » Beratung zur Planung, Umsetzung und Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung für und mit vulnerablen Gruppen
- » Beratung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes (inklusive Richtlinien und Fördermöglichkeiten)
- » Qualifizierungsangebote und Fachtagungen
- » Vernetzung von Akteur*innen und Koordinierung von Arbeitskreisen

Die Angebote der Koordinierungsstelle richten sich an alle Akteur*innen und Multiplikator*innen in Niedersachsen, die Maßnahmen und Projekte zu Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere mit und für vulnerable Gruppen in Lebenswelten, planen und umsetzen möchten.

Sie möchten Ihre Aktivitäten im Bereich Soziale Lage und Gesundheit ausweiten? Nehmen Sie gern Kontakt mit uns auf.

Weitere Informationen und die Ansprechpartner*innen finden Sie unter: <http://tinyurl.com/kgc-nds>



JOSEPH KUHN, MARIA-SABINE LUDWIG, CHRISTINE BRENNINKMEYER, UTA NENNSTIEL-RATZEL

Impfpflicht: Kein Kita-Besuch ohne Masern-Impfung?

Impfungen gehören zu den Themen, bei denen ein langer Atem nötig ist. Bei der ersten Masernimpfung lagen die Impfquoten im Einschulungsalter Mitte der 1970er Jahre noch unter 20 Prozent, inzwischen liegen sie bei 96,8 Prozent und bei der zweiten Masernimpfung immerhin bei 92,8 Prozent. Impfaufklärung und Impfkampagnen sind nicht erfolglos, aber sie brauchen nachhaltige Bemühungen und Zeit – und je höher die Impfquoten sind, desto schwieriger wird es, sie noch etwas mehr zu verbessern.

Masern-Impfquoten variieren

Defizitär ist vor allem der Impfstatus bei älteren Jugendlichen, bei den nach 1970 geborenen Erwachsenen, bei einigen Flüchtlingsgruppen und Migrant*innen aus einigen Herkunftsländern, beim medizinischen Personal sowie bei Kleinkindern. Die Ständige Impfkommission (STIKO), die beim Robert Koch-Institut (RKI) angesiedelt ist, empfiehlt, dass Kinder im Alter von 11 bis 14 Monaten zum ersten Mal und im Alter von 15 bis 23 Monaten zum zweiten Mal gegen Masern geimpft werden sollen. Beim Geburtsjahrgang 2013 waren nach 15 Monaten 87,3 Prozent der Kinder und nach 24 Monaten 95,6 Prozent der Kinder einmal gegen Masern geimpft; 73,7 Prozent waren nach 24 Monaten zweimal gegen Masern geimpft. Dabei gibt es regional erhebliche Unterschiede. In Sachsen sind aufgrund einer dort anderen Impfempfehlung der Sächsischen Impfkommision nur wenige Kleinkinder nach 24 Monaten zweimal gegen Masern geimpft. In Süddeutschland gibt es im Zusammenhang mit den Impfeinstellungen bei Ärzt*innen und Eltern aus alternativmedizinisch geprägten Milieus sowie ei-

ner hohen Heilpraktiker*innendichte niedrigere Impfquoten. Die im Nationalen Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland formulierten Ziele für die rechtzeitige Impfung der Kinder gemäß STIKO-Empfehlung werden im gesetzten Zeitrahmen vermutlich nicht vollständig erreicht.

Impf- oder Beratungspflicht

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob man weiterhin auf die kontinuierliche, aber langsame Verbesserung der Impfquoten durch Impfkampagnen und Impfaufklärung setzen soll, oder ob zusätzliche Maßnahmen notwendig sind, wie die Einführung einer Impfpflicht. Vorbild ist die erfolgreiche Ausrottung der Pocken: Bayern hatte 1807 als erstes Land eine Impfpflicht eingeführt, die sich international durchgesetzt hat. 1967 machte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Pockenimpfpflicht weltweit verbindlich, sie bestand bis in die 1970er Jahre. Die Diskussion um eine neue Impfpflicht in Deutschland kommt seit Jahren regelmäßig im Zusammenhang mit den ebenso regelmäßigen Masernausbrüchen auf, insbesondere, wenn es Todesfälle durch Masern gibt. Ungeimpfte Kleinkinder sind beim Besuch einer Kindertageseinrichtung (Kita) einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Dauerhaft in die bundespolitische Debatte kam das Thema 2013 durch den damaligen Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP). In einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung am 21.07.2013 sprach er sich dafür aus, den Impfstatus der Kinder schon bei der Aufnahme in die Kita abzufragen. Er verwies darauf, dass man nicht daran vorbeikomme, über eine Impfpflicht zu sprechen, wenn andere Maßnahmen nicht helfen. Eine Masernimpfpflicht für Kinder gab es in Deutschland schon einmal: ab 1970 in der früheren DDR. 2015 wurde im Zuge des Präventionsgesetzes das Infektionsschutzgesetz geändert und unter anderem § 34 Abs. 10 a mit einer Impfberatungspflicht eingefügt. Die Vorschrift wurde im Sommer 2017 verschärft: Seitdem muss die Kita an das zuständige Gesundheitsamt melden, wenn die Impfberatung durch die Erziehungsberechtigten nicht nachgewiesen wird. Dabei kann die Verletzung der Beratungspflicht als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld für die Eltern von bis zu 2.500 Euro geahndet werden.

Internationale Perspektive:

In einigen Ländern Kita nur mit Impfnachweis

Eine weitere Stufe könnte die Verweigerung der Kita-Aufnahme für Kinder ohne Impfung sein. Dies wäre noch keine allgemeine Impfpflicht, aber gegenüber der Beratungspflicht eine deutlich schärfere Sanktionierung der Impfablenkung. Italien hat eine solche einrichtungsbezogene Impfpflicht im Sommer 2017 beschlossen, unter anderem für Impfungen gegen Kinderlähmung, Keuchhusten, Tetanus, Masern, Mumps, Röteln und Windpocken. Frankreich hat ebenfalls 2017 weitere Impfungen in eine schon vorher bestehende allgemeine Impfpflicht für Kinder aufgenommen. In beiden Ländern ist mit Tetanus eine Impfung eingeschlossen, bei der es nicht um eine von Mensch zu Mensch übertragbare Infektion, also eine Ansteckungsgefahr für Dritte, geht. Auch andere europäische

Impfkalender

(Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene
nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission
Empfohlenes Impfalter (Stand Juli 2016)

Impfstoff/ Antigenkombinationen	Alter in vollendeten Monaten						Alter i. v. Jahren		
	Geburt	2	3	4	11-14	15-23 ^{a)}	5-6 ^{a)}	9-17 ^{a)}	ab 18
DTaP		1.	2.	3.	4.			A	A
DT/Td ^{b)}									
aP		1.	c)	c)	2.	3.	2.		
Hib		1.	c)	c)	2.	3.			
IPV		1.				1.			
HB	d)								A
MMR									G
Influenza									
Pneumokokken									

Um die Zahl der Injektionen möglichst gering zu halten, sollten vorzugsweise verwendet werden. Impfstoffe mit unterschiedlichen Antigenkombinationen v. IPV sind bereits verfügbar. Bei Verwendung von Kombinationsimpfstoffen s. Hersteller zu den Impfabständen zu beachten.

^{a)} Impfung: Möglichst nicht früher als 5 Jahre nach der vorherigen Anwendung = Regelimpfung
^{b)} Impfung: Möglichst nicht früher als 5 Jahre nach der vorherigen Anwendung = Regelimpfung
^{c)} Impfung: Möglichst nicht früher als 5 Jahre nach der vorherigen Anwendung = Regelimpfung
^{d)} Impfung: Möglichst nicht früher als 5 Jahre nach der vorherigen Anwendung = Regelimpfung

Länder wie Belgien, Kroatien, Lettland und Tschechien haben Regelungen zur Impfpflicht in unterschiedlicher Form. Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags haben die verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Impfpflicht im Seuchenfall sowie einer Impfpflicht für Kinder geprüft. Bei der Impfpflicht für Kinder wurde dabei insbesondere die Vereinbarkeit mit dem Elternrecht nach Art. 6 Abs. 2 GG betrachtet. Im Fazit sah man mit Blick auf den Schutz Dritter grundsätzlich eine Impfpflicht als rechtfertigbar an, allerdings müsse sie für jede Erkrankung einzeln abgewogen werden und sei vermutlich nur bei Krankheiten vertretbar, für die eine »hohe Gefahr eines fatalen Verlaufs für das Leben oder die Gesundheit der Kinder sowie eine nicht untergeordnete Ansteckungswahrscheinlichkeit« besteht. Während eine »no vaccination no school«-Strategie, wie sie aus den USA bekannt ist, in Deutschland aufgrund der gesetzlichen Schulpflicht auch unterhalb der verfassungsrechtlichen Ebene einen Normenkonflikt nach sich ziehen würde, bestünde diese Hürde bei der Kita-Aufnahme nicht. Eine solche partielle Impfpflicht wäre ein starkes Signal, dass Impfen »normal« ist. Geschützt wären die Kita-Kinder, nicht Kinder, die privat oder durch Tagespflege betreut werden. Die Kita-Betreuungsquote der Unter-3-Jährigen lag 2016 bei 33 Prozent. Diese Maßnahme alleine könnte daher die angestrebte rechtzeitige Impfung der Kinder bis zum zweiten Lebensjahr nicht sicherstellen.

Ist die Forderung nach einer Masern-Impfpflicht ausreichend rational begründet?

Dem Verweis auf das »Vorbild Pocken« könnte man entgegenhalten, dass Kinderlähmung in Deutschland auch ohne Impfpflicht eliminiert werden konnte – allerdings reicht hier eine im Vergleich zu Masern etwas niedrigere Durchimpfungsrate für die Herdenimmunität. Zudem hatten die Pocken eine hohe Letalität: Über 10 Prozent der Erkrankten starben daran. Die gesundheitlichen Folgen sind bei den Masern oder den Windpocken – ohne diese verharmlosen zu wollen – deutlich weniger gravierend. Die oben genannten hohen Impfquoten im

Einschulungsalter belegen des Weiteren, dass der Anteil der echten Impfgegner*innen gering ist und langfristig die Impfaufklärung bei den Eltern keineswegs erfolglos ist. Eine Impfpflicht würde dagegen absehbar die ideologischen Auseinandersetzungen um das Impfen verschärfen und ihre Durchsetzung würde Ressourcen bei den Gesundheitsämtern binden. Sowohl der frühere STIKO-Vorsitzende Dr. Leidl als auch der aktuelle STIKO-Vorsitzende Prof. Mertens und der RKI-Präsident Dr. Wieler haben sich daher in den Medien gegen eine Impfpflicht ausgesprochen, während sich der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte wiederholt positiv zu einer Impfpflicht geäußert hat. Häufig wird die Impfpflicht als »letztes Mittel« bezeichnet. Demzufolge wäre zu klären, welche Mittel vorgängig und noch nicht ausgeschöpft sind. Dazu gehört zum Beispiel eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, mit dessen Hilfe in den Kitas und Schulen eine intensivere Impfaufklärung erfolgen kann. Ebenso wären Fortbildungsmaßnahmen für relevante Berufsgruppen wie Hebammen oder Erzieher*innen auszubauen. Für weitere Maßnahmen wird auf den Nationalen Aktionsplan und die aktuellen Aktivitäten der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen verwiesen. Diese Wege gilt es unseres Erachtens konsequent und mit Blick auf die eingangs erwähnten langfristigen Erfolge fortzusetzen, bevor das »letzte Mittel« in Betracht gezogen wird – sofern es rechtlich überhaupt umsetzbar ist.

Literatur bei dem Verfasser

DR. JOSEPH KUHN, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Veterinärstraße 2, 85764 Oberschleißheim, Tel.: (0 91 31) 68 08-53 02, E-Mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Bücher, Medien



Betriebliches Gesundheitsmanagement Herausforderungen und Chancen

Das Werk greift, vor dem Hintergrund der zunehmenden psychischen Belastungen und Herausforderungen des sich wandelnden Arbeitsmarkts, die immer wichtiger werdende Frage nach Gesundheit im Kontext Arbeit auf. Wie können Unternehmen ihre Arbeitnehmer*innen unterstützen, gesund zu bleiben? Zentrale Inhalte umfassen sowohl Grundlagen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) als auch den Umgang mit Burnout. Die Autor*innen fokussieren zudem das herausfordernde Unternehmensumfeld der kleinen und mittleren Unternehmen in Bezug auf das BGM. Das Buch gibt einen kompakten Überblick über Gesundheit im Kontext Arbeit und ist somit für alle Interessierten als Einstieg sowie für bereits fachkundige Leser*innen geeignet. (nh)

WULF RÖSSLER, HOLM KELLER, JÖRN MOOCK (HRSG.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Herausforderungen und Chancen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2016, 128 Seiten, ISBN 978-3-17-031326-2, 29,00 Euro

Bruderheld und Schwesterherz

Mit sehr unterschiedlichen Beiträgen wird in diesem Sammelband die Beziehung unter Geschwistern fokussiert. Sie ist die längste familiäre Beziehung mit bedeutsamer Prägung für das Aufwachsen und die Persönlichkeit. Schwerpunkte werden auf das psychische Erleben, auf besondere Herausforderungen, unterschiedliche Lebenslagen und Geschwisterkonstellationen in Familie und Institutionen gesetzt. Das Buch kann die Sensibilität für Geschwisterbeziehungen erhöhen und vermittelt verschiedene Perspektiven zu dem Thema. Es richtet sich an Fachkräfte im Bereich Pädagogik, Psychologie, Pflege und Medizin sowie an Interessierte. (bw)

INÉS BROCK (HRSG.): Bruderheld und Schwesterherz. Geschwister als Ressource. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2015, 306 Seiten, ISBN 978-3-8379-2457-2, 32,90 Euro

Die Wiese

In dem Bilderbuch geht es um eine Wiese auf der alle Blumen blau sein müssen. Um dies zu bewerkstelligen, trinken viele Blumen Tinte. Als eine neue Blume davon krank wird, ändert sich allmählich etwas. Das Buch ermutigt Kinder (und auch Jugendliche und Erwachsene) ihre Einzigartigkeit bewusst zu erleben und den Mut aufzubringen, zu sich zu stehen, auch wenn äußere Umstände das erschweren. Die Themen Ausgrenzung, Anpassung, Akzeptanz von Unterschieden und Lust an der Differenz werden mit Leichtigkeit, Verstand und Gefühl angesprochen. Die Geschichte rührt die Lesenden. Die Wiese ist auch ein Buch für Gruppen, um Themen wie Körperbildnormierung, Rassismus und Klassismus sensibel zu besprechen. Ein schönes Weihnachtsgeschenk für große und kleine Leute. (us)

SUSAN BAGDACH: Die Wiese. Verlag bl00turtle Publishing, Bornheim und Sydney, 2017, 32 Seiten, ISBN 978-0-648-16840-9, 14,95 Euro

Hartz IV und die Folgen

Die Auseinandersetzung mit Hartz IV und den Folgen des rot-grünen Reformprogramms beginnt mit einer kurzen, prägnanten Darstellung von Wohlfahrtsstaatsentwicklung, Arbeitsmarktpolitik und Sozialreformen der Weimarer Republik. Anschließend werden die vielen Versuche der politischen Parteien in der neueren Geschichte der Bundesrepublik Deutschland beschrieben, die sozialstaatlichen Errungenschaften zugunsten einer letztendlich neo-liberal geprägten Ordnung des sogenannten aktivierenden Staates abzubauen. Im Weiteren zeichnet der Autor die jahrelange Debatte um die Agenda 2010 und ihre kontinuierlichen Modifikationen nach. Abschließend legt er dar, wie die Reformagenda seit Bestehen der Bundesrepublik zu einem rigiden und verschärften Armutsregime beigetragen hat, das sich nicht mehr allein durch Arbeitslosigkeit, sondern auch durch Erwerbsarmut, Tafeln und Suppenküchen auszeichnet. (ark)

CHRISTOPH BUTTERWEGGE: Hartz IV und die Folgen. Auf dem Weg in eine andere Republik? Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2015, 290 Seiten, ISBN 978-3-7799-3234, 16,95 Euro

Partner auf Augenhöhe? Forschungsbefunde zur Zusammenarbeit von Familien, Kitas und Schulen mit Blick auf Bildungschancen

Die Bildungschancen von Kindern sind in Deutschland weiterhin ungleich verteilt und der Bildungserfolg der Heranwachsenden ist stark abhängig von ihrer familiären Herkunft. Vor diesem Hintergrund diskutieren die Autor*innen die Zusammenarbeit von Bildungsinstitutionen mit Familien als eine mögliche Strategie zur Verringerung der Bildungsungleichheit. Dieses Buch liefert einen guten Überblick über den aktuellen Forschungsstand zum Thema Zusammenarbeit von Kitas beziehungsweise Grundschulen mit Familien und setzt sich kritisch mit bestehenden Forschungslücken auseinander. Angesprochen wird vor allem ein bildungs- und erziehungswissenschaftlich interessiertes Publikum. (sp)

TANJA BETZ, STEFANIE BISCHOFF, NICOLETTA EUNICKE, LAURA B. KAYSER, KATHARINA ZINK: Partner auf Augenhöhe? Forschungsbefunde zur Zusammenarbeit von Familien, Kitas und Schulen mit Blick auf Bildungschancen. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2017, 243 Seiten, ISBN 978-3-86793-789-4, 25,00 Euro

Qualitative Methoden und Methodenmix

Mit einem Überblick über häufig angewandte qualitative Erhebungs- und Auswertungsverfahren wendet sich die Autorin an Studierende und Berufspraktiker*innen, die die konzeptuellen Vorgehensschritte verstehen und einüben wollen. Die Grundhaltung der qualitativen Forschung, aber auch die Abgrenzung von und das Zusammenwirken mit quantitativer Forschung wird erläutert. Drei Beispiele zeigen die praktische Durchführung: Interview, Experiment und Beobachtung. Mit Praxisbeispielen und Merksätzen kommt auch der Lern-/Lehranteil des Buches nicht zu kurz. Mit dem Glossar am Ende des Buches lassen sich unbekannte Begriffe aus dem Forschungsvokabular schnell und einprägsam nachschlagen. (nf)

LISA LÜDDERS: Qualitative Methoden und Methodenmix. Ein Handbuch für Studium und Berufspraxis. APOLLON University Press, Bremen, 2017, 155 Seiten, ISBN 978-3-943001-29-7, 19,90 Euro

Entwicklungsverläufe verstehen

In 23 Fachbeiträgen führen diverse Autor*innen sehr breit in Entwicklungsprozesse der Kindheit und Jugend ein. Fokussiert werden mögliche Risiken im Bildungsverlauf, Wege angemessener individueller Förderung sowie Professionalisierung des pädagogischen Personals. Der Sammelband ist im Zusammenhang mit den vielseitigen Forschungen des Frankfurter IDEa-Zentrums (Individual Development and Adaptive Education of Children at Risk) entstanden, wodurch sich Themenvielfalt und unterschiedlicher Vertiefungsgrad der Beiträge erklären. Das Buch richtet sich vorrangig an Fachleute mit hohem wissenschaftlichem Erkenntnisinteresse an pädagogisch-psychologischen Themen, wobei einzelne Artikel auch praxisrelevant sind. (ck)

ULRIKE HARTMANN, MARCUS HASSELHORN, ANDREAS GOLD (HRSG.): Entwicklungsverläufe verstehen – Kinder mit Bildungsrisiken wirksam fördern. Forschungsergebnisse des Frankfurter IDEa-Zentrums. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2017, 516 Seiten, ISBN 978-3-17-029855-2, 59,00 Euro

Stress- und Emotionsregulation Trainingsmanual zum Programm »Stark im Stress«

Dieses Handbuch stellt eine Ergänzung zur Trainer*innenausbildung des Programms »Stark im Stress« des Instituts LernGesundheit dar und zielt auf die Stärkung der Stressbewältigungskompetenzen ab. Es beginnt mit einer Einführung in die Physiologie von Stress und Emotionen, deren Auswirkungen auf die Psyche und den Körper, sowie mit Informationen zum Motivationsaufbau und -erhalt. Der zweite Teil ist praxisnah gestaltet und beinhaltet Beschreibungen der verschiedenen Programmmodule sowie Vorschläge zur Durchführung eines eigenen Kurses. Auch für alle, die sich für das Thema Stress interessieren, ist das Buch empfehlenswert. Mit Erwerb erhält man zusätzlich einen Onlinezugriff auf weiteres Arbeitsmaterial. (jsc)

MARKUS ECKERT, TORSTEN TARNOWSKI: Stress- und Emotionsregulation. Trainingsmanual zum Programm Stark im Stress. Beltz Verlag, Weinheim, 2017, 319 Seiten, ISBN 978-3-621-28451-6, 39,95 Euro

Das neue SGB XI Pflegerreform 2017

Aktuelle Gesetzesänderungen im Gesundheitssystem bewirken viele neue Entwicklungen für den Alltag im Arbeitsfeld Pflege und Betreuung. Seit dem 01. Januar 2017 gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit einhergehend die neue Begutachtungsmethode sowie die Einstufung in Pflegegrade. Die Autor*innen stellen mit dem Buch eine Übersicht der Änderungen im Pflegestärkungsgesetz vor und thematisieren die wichtigsten Neuerungen des SGB XI. Schwerpunkte sind die vergleichende Gegenüberstellung der Änderungen von 2016 und 2017, inklusive Gesetzesbegründung aus dem SGB XI, Erläuterungen zum neuen Begutachtungsassessment (NBA) sowie die Pflegegrade. (rm)

WALHALLA REDAKTIONSTEAM: PSG II, PSG III – Pflegerreform 2017: Das neue SGB XI. Vergleichende Gegenüberstellung/Synopse; Gesetzesmaterialien und Erläuterungen zum Pflegestärkungsgesetz II und III. Walhalla Fachverlag, Regensburg, 2017, 512 Seiten, ISBN 978-3-8029-7559-2, 29,95 Euro

Handbuch Geschlecht und Gesundheit Männer und Frauen im Vergleich

Mit dieser neu überarbeiteten und erweiterten Auflage des Handbuchs liefern die Herausgeber*innen einen Überblick zum aktuellen Stand der gendersensiblen Forschung von Gesundheit und Krankheit. Aus interdisziplinärer Perspektive werden die neuen Forschungsergebnisse der Frauen- und Männergesundheit geschlechtervergleichend dargestellt und in diesem Sammelwerk gebündelt. Die Beiträge der Autor*innen befassen sich unter anderem mit gendertheoretischen Grundlagen, Geschlechterunterschieden bei verschiedenen Erkrankungen sowie Geschlechteraspekten in der gesundheitlichen Versorgung. Angesprochen wird ein Publikum aus den Fachrichtungen Medizin, Gesundheitswissenschaften, Psychologie, Soziologie und Pädagogik. (sp)

PETRA KOLIP, KLAUS HURRELMANN (HRSG.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Hogrefe Verlag, Bern, 2015, 447 Seiten, ISBN 978-3-456-85466-3, 69,99 Euro

Transitionsmedizin

Die Gestaltung des Übergangs von Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen von der pädiatrischen zu einer erwachsenenorientierten Gesundheitsversorgung ist Thema dieses Sammelwerks. Die Herausgeberin Martina Oldhafer geht gemeinsam mit Fachärzt*innen auf die Herausforderungen der Transitionsphase ein, mit dem Ziel nachteilige gesundheitliche Folgen aufgrund von Versorgungslücken zu vermeiden. Zunächst wird das Verständnis von Transition aus unterschiedlicher Sicht, beispielsweise der Entwicklungspsychologie oder der Gesundheitspolitik, erläutert. Im Anschluss werden ausführliche Hinweise zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen Krankheitsbildern und zur konkreten Umsetzung in der Praxis gegeben. Oldhafers Werk richtet sich vor allem an medizinisches Fachpersonal, die an dieser Schnittstelle arbeiten. (as)

MARTINA OLDHAFER (HRSG.): Transitionsmedizin. Multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2015, 264 Seiten, ISBN 978-3-7945-3124-0, 44,99 Euro

Leitlinie Delir

Das Delir ist die häufigste akut oder subakut auftretende neuropsychiatrische Störung im Alter. Das Schweizer Autorenteam fasst die aktuelle klinische Evidenz und die Expertise zur Prävention, Diagnostik und Therapie zusammen. Sie stellen nicht-pharmakologische Interventionen in den Vordergrund, zeigen passende und valide Assessmentinstrumente und prädiktive Faktoren auf. Das Entzugsdelir bei Abhängigkeitserkrankungen wird in einem zusätzlichen Abschnitt behandelt. In einer übersichtlichen Tabelle wird die Studienlage zusammengefasst und spart der*in Leser*in aufwändige eigene Recherchen. »Leitlinie Delir« bietet Orientierung für geriatrische, neurologische, pflegerische und psychiatrische Fachkräfte. (nf)

EGEMEN SAVASKAN, WOLFGANG HASEMANN (HRSG.): Leitlinie Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Hogrefe Verlag, Bern, 2017, 170 Seiten, ISBN 978-3-456-85761-9, 24,95 Euro

Klopfen gegen den Stress

Klopfen bezeichnet eine emotionale Selbsthilfetechnik, bei der sich auf verschiedene Körperpunkte geklopft wird, um negative Gefühle wie Angst oder Stress zu verringern. Zum Einstieg führen die Autor*innen in das Thema Stress und Burnout in der Pflege ein und klären, was Klopfen ist und wozu es gut sein kann. Anschließend wird eine allgemeine, mit Bildern veranschaulichte Klopfanleitung gegeben. In sieben Schritten werden Handlungsabläufe vermittelt und Durchführungstipps gegeben. Sollte das Klopfen keine Wirkung zeigen, werden zum Abschluss die »Big-Five-Lösungsblockaden« vorgeschlagen. Das praktisch angelegte Buch richtet sich an Mitarbeiter*innen mit hohem Stresslevel in pflegerischen Berufen, die ihren Berufsalltag ändern wollen. (ab)

CHRISTIANE GRÜMMER-HOHESEE, MICHAEL BOHNE: Klopfen gegen den Stress. Prozess- und Embodiment-fokussierte Psychologie (PEP) im Pflegealltag nutzen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2017, 160 Seiten, ISBN 978-3-86321-328-2, 19,95 Euro

Individuelles Gesundheitsmanagement

Der Leitfaden für mehr Achtsamkeit am Arbeitsplatz

Die Individuen der heutigen Gesellschaft sind mit einer Fülle an Komplexitäten und mangelnder Zeit für Ruhepausen im Alltag konfrontiert. Die Autorin sensibilisiert die Leser*innen für diese gesellschaftliche Problematik und stellt Übungen zur Stärkung der Achtsamkeit sowie der Förderung der individuellen Gesundheit vor. Im Vordergrund steht eine Anleitung zum erfolgreichen Selbstmanagement, zur Selbsthilfe und zur Förderung des eigenen Wohlbefindens. Das Buch richtet sich vor allem an Einzelpersonen, die Ruhe und Auszeiten im beruflichen Alltag erfahren möchten. Außerdem bietet das Buch Anregungen für verschiedene Organisationen, die zum Beispiel im Rahmen eines Teamcoachings Achtsamkeitsübungen mit kleinen Gruppen durchführen möchten. (stes)

CLAUDIA HÄRTL-KASULKE: Individuelles Gesundheitsmanagement: Der Leitfaden für mehr Achtsamkeit am Arbeitsplatz. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2015, 168 Seiten, ISBN 978-3-407-29416-6, 29,95 Euro

Grundlagen und Praxis gerontopsychiatrischer Pflege

In Einrichtungen der Altenhilfe wächst die Zahl gerontopsychiatrisch veränderter Menschen und damit auch die Relevanz der damit verbundenen doppelten Herausforderung für Betroffene: der Umgang mit der psychischen Erkrankung und dem körperlichen Gebrechen. Das Buch baut auf evidenzbasiertem Fachwissen und dem reichen Erfahrungsschatz des Autors im Bereich Gerontopsychiatrie auf. Im Anschluss an Grundlagen in Bezug auf Alter, Psychiatrie und gerontopsychiatrischer Pflege sowie Assessments zum Ausschluss lebensbedrohlicher Situationen werden Gesundheitsverhaltensmuster als Instrumentarium vorgestellt. Durch Fallbeispiele und umfassendes Downloadmaterial erhalten Fachkräfte und Laienpfleger*innen mit diesem Werk konkrete Hilfestellungen für gelungene Pflege- und Beziehungsarbeit. (as)

RÜDIGER NOELLE: Grundlagen und Praxis gerontopsychiatrischer Pflege. Reihe »better care«. Psychiatrie Verlag, Köln, 2015, 168 Seiten, ISBN 978-3-88414-624-8, 24,95 Euro

Medikamentenabhängigkeit Entstehungsbedingungen – Klinik – Therapie

Der Psychiater, Psychotherapeut und Neurologe Michael Soyka teilt mit dem*r Leser*in sein renommiertes Fachwissen zu Suchterkrankungen und liefert einen Ratgeber zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Medikamentenabhängigkeiten. Aktuelle Studienergebnisse werden zusammengestellt, um die »stillen Süchte« umfassend zu beleuchten und dieses in Deutschland vernachlässigte Themengebiet kompakt darzustellen. Die Public Health-Relevanz des Buches hat einen besonders hohen Stellenwert, wenn berücksichtigt wird, dass die Zahl der Alkoholabhängigen in etwa so hoch ist wie die der Medikamentenabhängigen. Abgerundet wird das Buch durch im Anhang beigefügte hilfreiche Adressen und Kliniken für weitere Unterstützungs- und Informationsbedarfe. (lo)

MICHAEL SOYKA: Medikamentenabhängigkeit. Entstehungsbedingungen – Klinik – Therapie. Schattauer GmbH, Stuttgart, 2016, 225 Seiten, ISBN 978-3-7945-3128-8, 24,99 Euro

Arzneiverordnungs-Report 2016

Der Arzneiverordnungs-Report erschien im Jahr 2016 mit zusätzlichen Informationen über Verordnungsverhalten und Marktgeschehen. Der Report gliedert sich in die bewährten Rubriken allgemeine Verordnungs- und Marktentwicklung, 40 Indikationsgruppen, Analysen von Ärzt*innen- und Patient*innengruppen und Regionen sowie die ergänzenden statistischen Übersichten. Insgesamt wurden von 205.421 Vertragsärzt*innen und Vertragszahnärzt*innen 852 Millionen Einzelverordnungen ausgestellt. Die Kosten dafür belaufen sich auf 36,9 Milliarden Euro. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Kosten damit um 4,3 Prozent gestiegen. Die Autor*innen des Reports beleuchten in den verschiedenen Kapiteln ausführlich die aktuelle Situation und zeigen Veränderungen im Vergleich zu den Vorjahren sowie Entwicklungspotenziale für die zukünftige Versorgungssituation auf. (bk)

ULRICH SCHWABE, DIETER PAFFRATH (HRSG.):
Arzneiverordnungs-Report 2016. Springer-Verlag,
Berlin und Heidelberg, 2016, 853 Seiten,
ISBN 978-3-662-50350-8, 59,99 Euro

Prävention psychischer Störungen

Dieser Sammelband der Reihe »Konzepte, Methoden und Praxis der Klinischen Psychiatrie« befasst sich mit einem relativ neuen Themenfeld der Psychiatrie – mit dem der Vorbeugung von psychischen Störungen und Erkrankungen. Die Autor*innen liefern einen Überblick über den aktuellen Wissensstand und gehen in ihrer Einführung auf die grundlegenden Konzepte der Prävention von psychischen Störungen ein. Im Anschluss werden die Herausforderungen und Präventionsansätze entlang des Lebensverlaufs, von der vorgeburtlichen Zeit bis ins hohe Lebensalter, sowie anhand spezifischer Störungsgruppen dargestellt. Mit diesem Buch werden Interessierte der Bereiche Psychiatrie, (psychischer) Gesundheitsförderung sowie Prävention angesprochen. (sp)

WULF RÖSSLER, VLADETA AJDACIC-GROSS (HRSG.):
Prävention psychischer Störungen. Konzepte und Umsetzungen. Reihe: Konzepte, Methoden und Praxis der Klinischen Psychiatrie. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2015, 206 Seiten,
ISBN 978-3-17-021986-1, 59,99 Euro

Laut gegen Armut – leise für Resilienz

Dieser Sammelband enthält bereits veröffentlichte Aufsätze und Artikel der Autorin. Diese ergänzt sie durch bilanzierende Kommentare, beginnend mit Kinderarmut als gesellschaftliches Problem bis hin zu Handlungsperspektiven für die Soziale Arbeit. Es folgen kurze Artikel und Projektberichte, mit denen sie für Resilienzförderung als Instrument zur Armutsprävention eintritt. Als Ansatzpunkte werden dabei unter anderem erweiterte Bildungs- und Erfahrungsspielräume zur Erweiterung individueller Fähigkeiten und Neigungen genannt. Abgeschlossen wird diese Form der Bilanz mit Forderungen an die Politik. (ark)

MARGHERITA ZANDER: Laut gegen Armut – leise für Resilienz. Was gegen Kinderarmut hilft. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2015, 307 Seiten,
ISBN 978-3-7799-2981-9, 24,95 Euro

Suchtgefährdete Erwachsene mit Fetalen Alkohol-Spektrum-Störungen (FASD)

Der Sammelband informiert umfassend und mit interdisziplinärem Blick über FASD sowie die häufig im Erwachsenenalter auftretende Neigung zu Suchtstörungen. Die Autor*innen decken den großen Bedarf der zuständigen Hilfesysteme in Bezug auf den aktuellen Forschungs- und Wissensstand, um eine dem Krankheitsbild entsprechende, umfassende Betreuung gewährleisten zu können. Für Behandlungskonzepte sind eine vorausgehende korrekte Diagnostik und Wissen über verschiedene Screeningmethoden entscheidend. Diese werden im ersten Teil des Buches behandelt. Ein Forschungstransfer in die Praxis wird durch die Darstellung evaluierter Interventionsmethoden angeregt. Das von den Autor*innen konzipierte Modellvorhaben für Erwachsene mit FASD und Suchtstörungen wird in dem letzten Teil vorgestellt. (lo)

GELA BECKER, KLAUS HENNICHKE, MICHAEL KLEIN (HRSG.):
Suchtgefährdete Erwachsene mit fetalen Alkohol-Spektrum-Störungen – Diagnostik, Screening-Ansätze und Interventionsmöglichkeiten. De Gruyter, Berlin, 2015, 194 Seiten,
ISBN 978-3-11-042511-6, 49,95 Euro



Teaching Gender?

Schule ist kein geschlechtsneutraler Raum. Lehrmaterialien, Unterrichtsgestaltung und Interaktionen im Unterricht (re)produzieren vielfach asymmetrische Geschlechterverhältnisse und Stereotype. Ziel des Buches ist der reflektierte Umgang mit Geschlecht im Schulunterricht und in der Lehramtsausbildung. Wie wird Geschlecht gemacht? Wie kann Gender-Kompetenz vermittelt werden? Wie kann ein geschlechtssensibler Unterricht aussehen? Mit diesen Fragen befassen sich die Beiträge des Buches. Für die MINT-Fächer werden konkrete Konzepte vorgestellt. Es geht um gendersensible Didaktik und »Gender-Re-Scripting« wird vorgestellt, eine Methode zur Reduktion stereotyper Verhaltensweisen im Unterricht. Überhaupt wird Gender sowie die Vermittlung von Gender-Wissen auf viele Fächer und Aspekte von Unterricht und Ausbildung angewandt. Ein Muss für alle, die in Schulen arbeiten oder sich darauf vorbereiten (us).

JULIETTE WEDL, ANNETTE BARTSCH (HRSG.): Teaching Gender? Zum reflektierten Umgang mit Geschlecht im Schulunterricht und in der Lehramtsausbildung. Transcript Verlag, Bielefeld, 2015, 559 Seiten,
ISBN 978-3-8376-2822-7, 34,99 Euro



Handbuch Pädagogische Beratung über die Lebensspanne

Beratung ist ein vielfältiges Thema und findet seit jeher in allen alltäglichen Situationen sowie seit etwa Ende des 19. Jahrhunderts im institutionellen Rahmen statt. Dieses Handbuch informiert über die fachliche Einordnung der Beratung in die Erziehungs- und Bildungswissenschaften, über ihre Geschichte und stellt die verschiedenen Handlungs- und Einsatzfelder über den Verlauf der gesamten Lebensspanne dar. Expert*innen der jeweiligen Thematik geben einen umfangreichen, theoretischen Überblick über diese Handlungsfelder und die Bandbreite der Beratung – von der Schwangerschaftsberatung bis hin zur Beratung in der Lebensendphase eines Menschen. Das Handbuch richtet sich insbesondere an ein interessiertes Fachpublikum aus den Bereichen Pädagogik sowie Erziehungs- und Bildungswissenschaften. (jsc)

WILTRUD GIESEKE, DIETER NITTEL (HRSG.): Handbuch Pädagogische Beratung über die Lebensspanne. Beltz Juventa Verlag, Weinheim, 2016, 862 Seiten, ISBN 978-3-7799-3128-7, 98,00 Euro

Das Gesundheitssystem in Deutschland

Vor dem Hintergrund der vielen gesetzlichen Änderungen im Gesundheitssystem bietet dieses Buch einen aktuellen Überblick über Struktur und Funktionsweise des Systems verschiedene Versorgungsbereiche. Neben einem historischen Abriss zur Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems, den Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall sowie den Grundstrukturen des Gesundheitssystems werden die Kranken- und Pflegeversicherung, die ärztliche Versorgung, die Arzneimittelversorgung, aber auch die pflegerische Versorgung näher vorgestellt. Die Teilkapitel sind ähnlich strukturiert, übersichtlich dargestellt, leicht verständlich formuliert und enden mit einer kurzen Zusammenfassung. Das Buch dient sowohl als allgemeinverständliche Einführung als auch als Nachschlagewerk für alle Akteur*innen, die im Gesundheitswesen tätig sind. (tv)

MICHAEL SIMON: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Hogrefe Verlag, Bern, 2017, 348 Seiten, ISBN 978-3-456-85743-5, 34,95 Euro

Prävention sexueller Gewalt in der Grundschule

Wie wirkt sich ein schulisches Präventionsprogramm gegen sexuelle Gewalt und Missbrauch auf Kinder, Eltern und Lehrkräfte aus? Wie kann es evaluiert werden? Erkenntnisse hierzu werden im vorliegenden Fachbuch anhand der wissenschaftlichen Evaluation des Bielefelder theaterpädagogischen Präventionsprojekts »Mein Körper gehört mir!« vorgestellt. Neben der ausführlichen Darstellung des Studiendesigns und der Ergebnisse des Projekts werden zudem der aktuelle Forschungsstand zu kind-zentrierten Präventionsprogrammen dargestellt und kritische Hinweise zum Forschungsthema Prävention sexueller Gewalt bei Kindern gegeben. (jsc)

SABINE ANDRESEN, JAN DAVID GADE, KATHARINA GRÜNEWALT: Prävention sexueller Gewalt in der Grundschule. Erfahrungen, Überzeugungen und Wirkungen aus Sicht von Kindern, Eltern, Lehr- und Fachkräften. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2015, 200 Seiten, ISBN 978-3-7799-2268-1, 24,95 Euro

Geschlechterpolitik in Krisenzeiten

Das Buch stellt Forschungsergebnisse des Projektes »Frauen in Führungspositionen? Reflexive Karriereplanung und blockierte Aufstiege« vor, das von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert wurde. Die gleichstellungspolitische Bilanz des Bankensektors, besonders im öffentlich-rechtlichen Bereich, ist desaströs. Im Mittelpunkt des Buches steht die Landesbank Berlin, an deren Fallstudie sich nachzeichnen lässt, welche betrieblichen »Tiefenstrukturen« für diese Bilanz verantwortlich zu machen sind. Als wichtige Elemente wurden das Fehlen partizipativer Organisationsstrukturen und männliche Führungskräfte als Strukturgeber identifiziert. Als eine gravierende Hürde – auch für die Zukunft – wird zudem das Ausblenden der Geschlechterpolitik bei der innovativen Struktur- und Organisationsgestaltung angeführt. (us)

Hildegard Maria Nickel, Andreas Heilmann, Hasko Hüning, Max Lill: Geschlechterpolitik in Krisenzeiten. Eine Fallstudie im Bankensektor. Edition sigma, Berlin, 2015, 232 Seiten, ISBN 978-3-8360-8769-8, 18,90 Euro

Unser Gesundheitswesen Fakten, Widersprüche, Irrtümer

»Ein Quantum Trost – ein Thriller um Macht und Geld« oder »Patient, Nutzer, Kunde – wie hätten Sie es denn gerne?« – mit solch ansprechenden und zum Lesen motivierenden Kapiteln verschafft der Autor den Leser*innen auf unterhaltsame und dennoch informative Art einen Einblick in das deutsche Gesundheitssystem. Er klärt über populäre Irrtümer sowie Widersprüche auf und beleuchtet die Strukturen des heutigen komplexen Gesundheitssystems im Hinblick auf Politik, Ökonomie, Medizin und Gesellschaft. Das Buch richtet sich an Beschäftigte im Bereich Medizin sowie darüber hinaus an alle am Gesundheitssystem interessierte Personen. (stes)

MANFRED WILDNER: Unser Gesundheitswesen. Fakten, Widersprüche, Irrtümer. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2015, 192 Seiten, ISBN 978-3131766915, 19,99 Euro



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

Suchtprävention als Führungsaufgabe – »Wann schaue ich hin, wie spreche ich es an?«

25.01.2018, Hannover

Suchterkrankungen sind ernste und zunehmende Probleme in der heutigen Arbeitswelt. Sie können Arbeitsklima und Leistung beeinträchtigen, erhöhen Fehlzeiten und Unfallquoten. Deshalb ist ein konstruktiver Umgang mit Sucht im Betrieb von großer Bedeutung. Vorbeugung und konsequentes Handeln sind Schlüsselfaktoren – insbesondere Führungskräfte sind hier gefragt. Das Thema ist sensibel und nicht selten ein Tabu im Führungshandeln: Wie erkennt man eigentlich riskanten Konsum oder eine Suchterkrankung? Wie spreche ich meine Mitarbeitenden an und wo bekomme ich Hilfe? Ziel der Veranstaltung ist es, mit Expert*innen sowie Teilnehmenden in den Dialog zu kommen und diese und andere Fragen entlang von praktischen Erfahrungen zu diskutieren. Eingeladen sind Führungskräfte, Personalverantwortliche, Betriebsräte, Suchtbeauftragte sowie Akteur*innen aus dem betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz – insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU).

Studentisches Gesundheitsmanagement – Eine Werkstatt zum Leitfaden

25.01.2018, Kaiserslautern

Im Rahmen des vierjährigen Projektes Studentisches Gesundheitsmanagement (SGM) der Techniker Krankenkasse und der LVG & AFS in Kooperation mit dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen wird der Frage nachgegangen, was eine Hochschule tun muss, um SGM zu beginnen, zu verstetigen und strukturell zu verankern. Auf der Fachtagung soll an dieser Frage auf unterschiedliche Weise weitergearbeitet werden. In Gedanken-Experimenten erarbeiten die Teilnehmer*innen, welche Aspekte in einem Leitfaden zum Aufbau eines studentischen Gesundheitsmanagements aufgenommen werden sollten. Die Technische Universität Kaiserslautern zieht auf der Veranstaltung am Ende ihres Projektes vor Ort Bilanz. Hochschulen, die bereits SGM umsetzen, sind eingeladen, ihre Aktivitäten in Form von Postern zur Veranstaltung mitzubringen und dort auszustellen.

Vermeidung von Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit 03.02.2018, Hannover

»Übermedikalisierung ist unethisch und oft gefährlich«, sagte vor 15 Jahren bereits Ivan Illich im British Medical Journal. Geht es nach Leitlinien, müssen Menschen mit Multimorbidität, also vorwiegend ältere Menschen, aufgrund der unterschiedlichen Symptome und Krankheitsbilder verschiedenste Medikamente einnehmen. Wir möchten mit dieser Veranstaltung den Blick schärfen für die Probleme von Übererkennung, Überdefinition und Übermedikalisierung sowie Mut machen und Strategien entwerfen, wie man vor allem bei hochbetagten Patient*innen ethisch verantwortbar und medizinisch sinnvoll Medikamente weglassen kann. Zu dieser Veranstaltung möchten wir Ärzt*innen, Apotheker*innen sowie weitere Interessierte einladen. Die Veranstaltung ist eine Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen und der LVG & AFS.

Workshop: Selbstevaluation – Schritt für Schritt 07.02. oder 08.02.2018, Hannover

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung sind ein wichtiger Bestandteil von Projekten und Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei ist die Frage »Was hat's gebracht?« für alle interessant, die Maßnahmen der Gesundheitsförderung entwickeln und anbieten. In dem Workshop werden die Grundlagen der Selbstevaluation vermittelt, um die Teilnehmer*innen in die Lage zu versetzen, kleinere Evaluationsstudien durchzuführen.

Mundgesundheit von Anfang an 10.02.2018, Hannover

»Mundgesundheit von Anfang an« setzt bei der Mundgesundheit und Aufklärung der Schwangeren an und nimmt die Mundgesundheit von Kleinkindern bis zu drei Jahren in den Blick. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Kinder- und Zahnärzt*innen, Gynäkolog*innen und Hebammen ist notwendig, um die werdenden Mütter beziehungsweise Eltern schon ab der Schwangerschaft so früh wie möglich über das Thema Mundgesundheit und eine frühzeitige Kariesprophylaxe beim Kleinkind zu informieren und aufzuklären. Mit dieser Veranstaltung möchten wir für dieses Thema sensibilisieren, aktuelle Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten bei Kleinkindern aufzeigen und die Zusammenarbeit der genannten Berufsgruppen zur Vermeidung von frühkindlicher Karies verbessern.

Bildung und Gesundheit in der Kita. Früh übt sich ... Eltern – Emotionen – Humor

15.02.2018, Hannover

Als Fachkräfte in der frühkindlichen Bildung und Erziehung tragen Erzieher*innen und Kita-Leitungen eine große Verantwortung für die ihnen anvertrauten Kinder. In ihrer pädagogischen Arbeit motivieren sie Kinder einerseits zur aktiven und kritischen Teilhabe und andererseits beraten und unterstützen sie Eltern. In diesem Spagat ist es nicht immer leicht auf die Wünsche und Vorstellungen anderer einzugehen und dabei den Humor zu behalten. Wie dies gelingen kann, wird auf der Veranstaltung in Theorie und Praxis dargestellt. Die landesweite Fachtagung richtet sich an verantwortliche Fachkräfte in Kindertagesstätten, Kindergärten und Horten sowie an andere Professionelle aus den Bereichen Erziehung, Gesundheit, Soziales und Bildung.

Aus Fehlern lernen – Bad-practice und Flops der Gesundheitsförderung II

20.02.2018, Hannover

Die Planung von Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention orientiert sich oft an Modellen guter Praxis, der sogenannten good-practice. Doch lernt man nicht gerade aus Fehlern besser? Im Rahmen der Veranstaltung soll aufgezeigt werden, dass eine Kultur der Misserfolge helfen kann, ein Verständnis für die Voraussetzungen gelingender Praxis zu entwickeln. Im Fokus wird dabei der kollegiale Austausch stehen.

Präventionsketten Niedersachsen – Informations- und Auftaktveranstaltung zur 3. Förderphase

07.03.2018, Hannover

Bundesweit machen sich Kommunen auf den Weg, integrierte kommunale Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln und zu verankern. Sie verbindet ein gemeinsames Ziel: Sie wollen allen Kindern faire Chancen auf Teilhabe, Gesundheit, Entwicklung und Bildung ermöglichen und anhand der Belange von Kindern und ihren Familien systematische Handlungsstrategien etablieren. Die Veranstaltung regt die fachliche Diskussion an, vertieft den praxisorientierten Austausch in Bezug auf Präventionsketten und gibt Informationen zum Programm »Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!« sowie zu der aktuellen Förderphase.

Workshop: Psychische Gefährdungsbeurteilung in Pflegeeinrichtungen umsetzen

13.03.2018, Hannover

Seit 2013 ist die Berücksichtigung von psychischen Belastungen im Arbeitsschutzgesetz (§5) verankert. Die Umsetzung einer psychischen Gefährdungsbeurteilung stellt jedoch viele Pflegeeinrichtungen vor eine große Herausforderung. Wie kann die Umsetzung konkret aussehen, welche rechtlichen Rahmenbedingungen sind zu beachten und welche Veränderungen sind vorzunehmen? Mit diesen und weiteren Fragen beschäftigt sich der Workshop, welcher insbesondere dem regen Austausch und der Reflexion dienen soll.

Schwangerschaft – ein Risiko? Vom selbstbewussten Erleben der Schwangerschaft in Zeiten umfangreicher vorgeburtlicher Diagnostik

11.04.2018, Hannover

Schwangerschaft und Geburt sind heute keine selbstverständlichen Ereignisse im Leben einer Frau mehr. Die Angebote der Pränataldiagnostik führen zu einer immer engmaschigeren technischen Überwachung und zu einer Konzentration auf die Risiken in der ärztlichen Schwangerenbetreuung. Dadurch wird es für Frauen schwer, sich entspannt und selbstbestimmt auf die anderen Umstände einzustellen. Die Fachtagung befasst sich mit folgenden Fragen: Wie können Frauen trotzdem selbstbewusst durch die Schwangerschaft gehen? Welche Formen von Unterstützung und Begleitung sind dabei hilfreich?



VORSCHAU

Fachtagung: Geflüchtete Kinder und Jugendliche im Setting Schule und Quartier

10.04.2018, Hannover

Altenpflege und Alterszahnmedizin – Herausforderung in der Versorgung von Patient*innen mit Demenz und geistiger Behinderung

13.04.2018, Hannover

Demenzkongress

08.05.2018, Hannover

6. Fachtagung: Tüchtig und / oder süchtig

16.05.2018, Hannover

»Nicht ohne uns über uns« – Gesundheit und Gesundheitsförderung bei Menschen mit Behinderung

31.05.2018, Hannover

Jahrestagung der LVG & AFS: Umsetzung des Präventionsgesetzes im Setting Kommune

20.06.2018, Hannover



FORTBILDUNGSPROGRAMM

für Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung

Das neue Bundesdatenschutzgesetz – Umsetzung in der Pflege
15.-16. Januar 2018, Hannover

**Dienst- und Tourenplan in der ambulanten Pflege
effizient gestalten**
22. Januar 2018, Hannover

Demenz und Delir – Unterscheidung und Abgrenzung
25. Januar 2018, Hannover

**Von Anfang an dabei – Expertenstandard »Beziehungsgestaltung
in der Pflege von Menschen mit Demenz«**
26. Januar 2018/08. Februar, Hannover

**Die Seele baumeln lassen –
Entspannungsmethoden in der Betreuungsarbeit**
31. Januar 2018, Hannover

»Da bleibt kein Auge trocken« – Humor in der Altenpflege
01. Februar 2018, Hannover

Mit einem Bein im Knast – Rechtliche Fragen in der Pflege
06. Februar 2018, Hannover

Geistige Behinderung und Demenz
08. Februar 2018, Hannover

**»Auf ein Wort ...« – Aktivierung und Begleitung
durch Sprache und Poesie**
19. Februar 2018, Hannover

**Tagespflege wirtschaftlich führen –
Konzeptionelle und wirtschaftliche Möglichkeiten**
21. Februar 2018, Hannover

Updateseminar EU DS-GVO und das neue Bundesdatenschutzgesetz
26. Februar 2018, Hannover

Jetzt! Angebote zur Unterstützung im Alltag weiterentwickeln
01. März 2018, Hannover

Die MDK-Begutachtung sicher begleiten und gestalten
13. März 2018, Hannover

**Pflegegradmanagement (PSG II) in der Praxis sicher gemacht
und Umgang mit Widersprüchen!**
14. März 2018, Hannover

IMPRESSUM



» Herausgeberin: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für
Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 88 11 89-31

E-Mail: info@gesundheits-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» Folgen Sie uns auf Twitter: @LVGundAFS

» ISSN: 1438-6666

» V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

» Redaktion: Thomas Altgeld, Jan Kreie, Christina Kruse, Sandra Pape,
Elena Reuschel, Patrizia Rothofer, Johanna Schaacke, Alexandra Schüssler

» Beiträge: Thomas Altgeld, Prof. Dr. Sabine Andresen, Prof. Dr. Uwe H. Bittling-
mayer, Prof. Dr. Beate Blättner, Dr. Christine Brenninkmeyer, Annabelle Buder,
Prof. Dr. Holger Domsch, Hella Einemann-Gräbert, Sandra Exner, Dr. Nina
Fleischmann, Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Nadine Glade, Antje Graf, Prof.
Dr. Thomas Hartmann, Nina Hildebrandt, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Britta
Kenter, Dr. Kai Kolpatzik, Christina Kruse, Dr. Joseph Kuhn, Dr. Thomas Lampert,
Dr. Birgit Susanne Lehner, Dr. Maria-Sabine Ludwig, Reza Mazhari, Dr. Uta
Nennstiel-Ratzel, Lea Oesterle, Sandra Pape, Elena Reuschel, Dr. Antje Richter-
Kornweitz, Prof. Dr. Rainer Riedel, Prof. Dr. Maike Rönnau-Böse, Prof. Dr. Rolf
Rosenbrock, Patrizia Rothofer, Prof. Dr. Diana Sahrai, Johanna Schaacke,
Claudia Schmidtke, Stephanie Schmitz, Prof. Dr. Daniel D. Schnitzlein, Alexandra
Schüssler, Dr. Ute Sonntag, Janine Sterner, Astrid Thulke, Theresa Vanheiden,
Julia Waldhauer, Birgit Wolff

» Redaktionsschluss: Ausgabe Nr. 98: 12.01.2018

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

» Auflage: 10.000

» Gestaltung: Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» Druck: Druckerei Hartmann GmbH & Co. KG

» Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor*innen
wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» Titelbild: © Fotolia.com: Africa Studio

» Fotos: S. 21: © Hella Einemann-Gräbert, alle anderen: © Fotolia.com:

© Iryna (S. 2), © sebra (S. 3), © Viacheslav Iakobchuk (S. 5), © Tiko (S. 6), © itakdalee (S. 7),
© Oksana Kuzmina (S. 9), © contrastwerkstatt (S. 10), © Viacheslav Iakobchuk (S. 11),
© Sergey Ryzhov (S. 12), © Claudia Paulussen (S. 14), © kikovic (S. 18), © sonar512 (S. 22),
© Martin Lang (S. 23), © BillionPhotos.com (S. 24), © YakobchukOlana (S. 27),
© Robert Kneschke (S. 28), © stacestock (S. 29), © beeboys (S. 30)

Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

NIEDERSACHSEN

18.01.2018 » Digital-interaktive Medien

in der frühen Kindheit, Braunschweig, Kontakt: nifbe SüdOst, Tel.: (0 51 21) 29 60 69-4, E-Mail: annette.zaengle@nifbe.de, Internet: www.nifbe.de

25.01.2018 » Fachtag Hospizarbeit und Palliativversorgung für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung

, Hildesheim, Kontakt: Landeskörperschaft Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e. V., Tel.: (0 51 41) 219 69 86, E-Mail: info@hospiz-palliativ-nds.de, Internet: www.hospiz-palliativ-nds.de

06.02.2018 » Regionalkonferenz Kompetenzen und ihre Validierung in der Grundbildung

, Hannover, Kontakt: Agentur für Erwachsenen- und Weiterbildung, Tel.: (05 11) 30 03 30-10, E-Mail: info@aewb-nds.de, Internet: www.aewb-nds.de

02.-04.03.2018 » 4. NTB-Kongress 2018

, Wolfsburg, Kontakt: Niedersächsischer Turner-Bund Kongressbüro, Tel.: (05 11) 980 97-33, E-Mail: Kongress@NTB-infoline.de, Internet: www.ntb-infoline.de

BUNDESWEIT

18.01.2018 » welcome@healthcare – Gewinnung, Qualifizierung und Integration von geflüchteten Menschen in den Pflege- und Gesundheitsberufen, Düsseldorf, Kontakt: Koordinierungsstelle für Geflüchtete in Pflege- und Gesundheitsfachberufe NRW, Tel.: (02 02) 28 22-2 23, E-Mail: welcome@healthcare-nrw(dot)de, Internet: www.healthcare-nrw.de

19.-20.01.2018 » Kongress Pflege 2018, Berlin, Kontakt: Springer Pflege, Tel.: (0 30) 827 87–55 13, Internet: www.gesundheitskongresse.de/berlin/2018

25.-27.01.2018 » 6. Christliche Gesundheitskongress, Kassel, Kontakt: Christlicher Gesundheitskongress, Tel.: (0 41 04) 917 09-34, E-Mail: info@christlicher-gesundheitskongress.de, Internet: www.christlicher-gesundheitskongress.com

16.02.2018 » Konferenz: »Struktur und Dynamik – Un/Gleichzeitigkeiten im Geschlechterdiskurs«, Paderborn, Kontakt: Universität Paderborn, Tel.: (0 52 51) 60-27 30, E-Mail: shk.genderzentrum@gmail.com, Internet: www.uni-paderborn.de

16.02.2018 » Jedes Kind ist eine andere kleine Welt, Bordesol, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V., Tel.: (04 31) 9 42 94, E-Mail: gesundheit@lvfsh.de, Internet: www.lvfsh.de

21.-24.02.2018 » 33. Deutscher Krebskongress, Berlin, Kontakt: Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Stiftung Deutsche Krebshilfe, Tel.: (0 30) 3 22 93 29-0, (02 28) 72 99-0, E-Mail: dkk2018@krebsgesellschaft.de, Internet: www.dkk2018.de

28.02.-04.03.2018 » 30. DGVt-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung: Free Your Mind. Psychotherapie im Wandel, Berlin, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVt) e. V., Tel.: (0 70 71) 94 34, E-Mail: kongress@dgvt.de, Internet: www.dgvt.de

01.-03.03.2018 » Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, Dresden, Kontakt: Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, Tel.: (0 40) 74 10-5 42 03, E-Mail: a.kutzer@isd-hamburg.de, Internet: www.degpt.de

02.-04.03.2018 » Netzwerktreffen Jungen- und Männergesundheit, Stuttgart, Kontakt: Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg, Tel.: (07 11) 16 40 90-0, E-Mail: lpb@lpb-bw.de, Internet: www.lpb-bw.de

02.-03.03.2018 & 23.-24.03.2018 » Tagung Leben pur 2018: Teilhabe und Teilgabe von Menschen mit komplexer Behinderung, München und Hamburg, Kontakt: Stiftung Leben pur, Tel.: (0 89) 35 74 81-19, E-Mail: info@stiftung-leben-pur.de, Internet: www.stiftung-leben-pur.de

05.-06.03.2018 » 10. dggö-Jahrestagung: Ökonomie und Medizin im Dialog, Hamburg, Kontakt: dggö – Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e. V., Tel.: (02 01) 1 83-46 22, E-Mail: geschaeftsstelle@dggoe.de, Internet: www.dggoe.de

07.-09.03.2018 » 58. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V., München, Kontakt: RG Gesellschaft für Information und Organisation mbH, Tel.: (0 89) 89 899 48 0, E-Mail: info@rg-web.de, Internet: www.bvpraevention.de

07.-09.03.2018 » 55. Wissenschaftlicher Kongress der DGE: Nachhaltige Entwicklungsziele – Ernährungssicherung für die Zukunft, Hohenheim, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE), Tel.: (02 28) 37 76-6 00, E-Mail: webmaster@dge.de, Internet: www.dge.de

09.-10.03.2018 » 4. Bremer Erziehungskongress, Bremen, Kontakt: Bremer Institut für Gesundheitsförderung und Pädagogische Psychologie e. V., Tel.: (04 21) 79 03 33 96, E-Mail: kontakt@ingepp-bremen.de, Internet: www.ingepp-bremen.de

13.-14.03.2018 » Gesundheitskongress des Westens, Köln, Kontakt: Gesundheitskongress des Westens, Tel.: (0 22 34) 953 22-51, E-Mail: info@gesundheitskongress-des-westens.de, Internet: www.gesundheitskongress-des-westens.de

15.-17.03.2018 » Deutscher Pflgetag 2018, Berlin, Kontakt: Deutscher Pflgetag, Tel.: (05 11) 85 50-26 40,

E-Mail: info@deutscher-pflgetag.de, Internet: deutscher-pflgetag.de

15.-16.03.2018 » 8. Papilio-Symposium 2018: Integration, Prävention, Entwicklung – Kinder brauchen Flügel, Halle, Kontakt: Papilio e. V., Tel.: (08 21) 44 80 56 70, E-Mail: info@papilio.de, Internet: www.papilio.de

19.03.2018 » Satellitenveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit: Land in Sicht – Aufbau von Präventionsketten im ländlichen Raum, Berlin, Kontakt: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Tel.: (0 30) 44 31 90 72, E-Mail: amler@gesundheitbb.de, Internet: www.gesundheitbb.de

20.-21.03.2018 » Kongress Armut und Gesundheit 2018: Gemeinsam. Gerecht. Gesund., Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Tel.: (0 30) 44 31 90 73, E-Mail: kongress@gesundheitbb.de, Internet: www.armut-gesundheit.de

INTERNATIONAL

19.-20.01.2018 » Public Health³ Tagung der Länder Deutschland, Österreich und Schweiz: »High Noon für die Primärversorgung – Versorgungsmodelle für die Zukunft«, Lochau am Bodensee (Österreich), Kontakt: Österreichische Gesellschaft für Public Health, Tel.: (00 43) 14 05 13 83 34, E-Mail: office@oeph.at, Internet: www.oeph.at

26.-28.02.2018 » 3rd World Congress on Public Health & Nutrition, London (Großbritannien), Kontakt: Organizing Committee for Public Health series conferences, E-Mail: publichealth@healthcarevents.com, Internet: www.publichealth.global-summit.com

08.-10.03.2018 » 19. Jahrestagung des DNEbM: Brücken bauen – von der Evidenz zum Patientenwohl, Graz (Österreich), Kontakt: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM), Tel.: (0 30) 308 336 60, E-Mail: kontakt@ebm-netzwerk.de, Internet: www.ebm-kongress.de

22.-23.03.2018 » 3. Dreiländertagung Betriebliche Gesundheitsförderung 2018, Konstanz, Kontakt: Moser Luthiger Consulting Tagungs- und Konferenzorganisation, Tel.: (00 41) 554 42 91 02, E-Mail: info@dreilaendertagung.net, Internet: www.dreilaendertagung.net