

79 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

Wie viel ist uns die Gesundheit wert?

EDITORIAL » Wenn man sich die Entwicklung der Ausgaben für die Krankenversorgung und Pflege anschaut, kann man leicht auf den Gedanken kommen, dass Gesundheit den Deutschen viel wert ist. In Deutschland beliefen sich die Gesamtausgaben für Gesundheit im Jahr 2010 auf 11,6 % des Bruttoinlandproduktes und lagen damit um 2,1 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der OECD-Länder. »Was ist uns die Gesundheit wert?«, ist jedoch eine viel schwierigere Frage, auf die wir natürlich nicht so einfache Antworten suchen. Schon der Eingangsartikel setzt sich deshalb mit den Rahmenbedingungen einer gesundheitsgerechten Gesellschaftspolitik auseinander. Um die Angelegenheit noch komplizierter zu machen, geht es nicht um monetäre Investitionen in dem einen oder anderen Handlungssektor, sondern auch um Zeit oder Wertehierarchien. Deshalb sind wir besonders froh, dass wir die Vorsitzende der Enquetekommission »Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität« des Deutschen Bundestages, Daniela Kolbe, für einen Beitrag zu diesem Heft gewinnen konnten.

Natürlich beschäftigen wir uns auch mit sehr konkreten Fragen, zum Beispiel den Unterschieden zwischen gesetzlich und privat Versicherten, dem Nutzen und Schaden der individuellen Gesundheitsleistungen oder dem Ernährungsmangel. Gesundheit zwischen Arbeitsucht und neuer Achtsamkeit und damit der Bereich der Gesundheit in der Arbeitswelt ist gleich mehrfach ein wichtiges Thema in diesem Heft. Nicht zuletzt die Frage, wie sich das alles messen lässt, wie komplexe gesundheitsfördernde Interventionen überhaupt messbar sind. Auch im aktuellen und kommunalen Teil wird dieser Themenschwerpunkt direkt und indirekt weitergeführt. Insofern wünschen wir Ihnen möglichst viele Denkanstöße und neue Impulse in der Frage des Wertes von Gesundheit und sind auf Ihr Feedback zu dieser **impulse**-Ausgabe sehr gespannt.

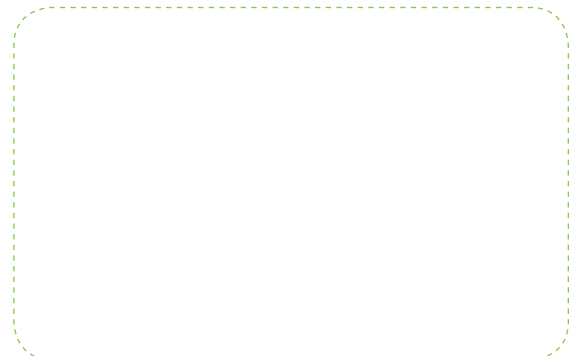
Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Demenz-erkrankungen – neue Herausforderungen in der Gesundheitsförderung und -versorgung« (Redaktionsschluss 31.07.2013) und »Meine Norm – deine Norm – unsere Norm« (Redaktionsschluss 31.10.2013). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen oder auch Feedback zur aktuellen Ausgabe zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen
aus dem beginnenden Sommer
in Hannover!
Thomas Altgeld und Team



AUS DEM INHALT **Gesundheit – (k)ein Wert an sich? 02**

Was wir in unsere Gesundheit investieren und mit welchen Motiven wir es tun **03** Gesundheitsausgaben 2011 **04** Für einen gesunden Wohlstand **04** Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten **06** Nutzen und Schaden von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) – Das Internetportal »IGeL-Monitor« bietet Orientierung **07** Gesundheit zwischen Arbeitsucht und neuer Achtsamkeit **08** Betriebliches Gesundheitsmanagement – Baustein einer erfolgreichen Unternehmenskultur **10** Ernährungsmangel – Fehlernährung – Hunger – Armut **11** Vom Wissen zum Handeln und zurück: Brücke, Boot oder (U-)Bahn? **12** Innovation in der Versorgung – Computer als Therapiehelfer **14** Evaluation komplexer Interventionen in der Prävention **15** Ausschreibung des 3. Niedersächsischen Gesundheitspreises **17** Robotertechnik – Chance oder Risiko für die Gesundheitsversorgung? **18** Das neue Patientenrechtegesetz **18** 30 Jahre Landesseniorenrat Niedersachsen **19** Evidenz und Evaluation – aktuelles Positionspapier der Gesellschaft für Evaluation **20** Standortbestimmung zur Akademisierung der Gesundheitsförderung **21** »Cool Cooking« – Essen ist mehr als Ernährung **23** Handlungshilfe für Kommunen zum Aufbau von Präventionsketten **23** Modellprojekt »Rollende Arztpraxis« – Wie der Landkreis Wolfenbüttel die medizinische Versorgung des ländlichen Raums sicherstellen möchte **24** Beitritt der Region Hannover zum nationalen Gesunde Städte-Netzwerk **25** Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Demenz verstehen: Multiplikatoren-Fortbildung für Beschäftigte im Krankenhaus **26** Bücher, Medien **27** Termine LVG & AFS **30** Impressum **31** Termine **32**





THOMAS GERLINGER

Gesundheit – (k)ein Wert an sich?

Gesundheit – im Blick von Wirtschaft und Politik

Gesundheit ist für Entscheidungsträgerinnen und -träger in Wirtschaft und Politik im Allgemeinen ein recht schwaches Motiv. In der Wirtschaft geht es um die Maximierung von Gewinn, in der Politik um den Erhalt und die Ausweitung von Macht. Die Verbesserung der Gesundheit geht häufig nur dann in ihr Handeln ein, wenn sie mit den dort relevanten Kriterien vereinbar ist. Da dies häufig nicht der Fall ist, werden Gesundheitsbelastungen und -schäden billigend in Kauf genommen oder mögliche und wünschenswerte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung unterlassen.

So hat politisches Handeln in der jüngeren Vergangenheit aktiv gesellschaftliche Entwicklungen befördert, die sich negativ auf die Bevölkerungsgesundheit auswirken und dabei weder zu erkennen gegeben, dass es diesen Auswirkungen wirkungsvoll entgegenzutreten will, noch hat es von den einschlägigen gesellschaftspolitischen Leitlinien selbst Abstand genommen. Dies wird insbesondere mit Blick auf die wachsende soziale Ungleichheit und die Verbreitung von Armut in der Gesellschaft sowie die Zunahme arbeitsbedingter Gesundheitsbelastungen deutlich. Dabei handelt es sich um Folgen sozial- und arbeitsmarktpolitischer Entscheidungen, die den vermeintlichen Zwängen einer globalisierten Ökonomie folgen. In ihnen drückt sich zugleich der Bedeutungsverlust sozialer Leitbilder für die gesellschaftliche Entwicklung aus.

Kompatibilität von Gesundheit

Gesundheit hat als Ziel und Argument im politischen Handeln vor allem dann eine gute Chance, wenn sie mit anderen Zielen kompatibel ist und über diese transportiert werden kann. In diesen Zeiten bedeutet dies, dass sich die Durchsetzungschancen für Gesundheit vor allem dann erhöhen, wenn damit eine gegenwärtige und zukünftige Ausgabenvermeidung erzielt – zumindest argumentativ konstruiert – werden kann oder sie zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen oder des Standorts Deutschland insgesamt beiträgt. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch bei denjenigen, die sich dem Ziel einer gesundheitsbezogenen Gesellschaftspolitik (»health in all policies«) verschrieben haben, eine starke Nei-

gung beobachten, die Kompatibilität gesundheitsbezogener mit (insbesondere) ökonomischen Zielen zu betonen. Dem liegt offenkundig das Kalkül zugrunde, diejenigen – gesundheitsfremden – Eigeninteressen solcher Akteure und Akteurinnen zu mobilisieren, die für die Verfolgung der eigenen Vorhaben wichtig oder unverzichtbar sind. Auf diese Weise will man das eigen(tlich)e Anliegen – also die Verbesserung der Gesundheit – stärken.

Gesundheit als Wert an sich

Die Strategie, gleichsam im Windschatten ökonomischer Ziele und Vorgaben zu segeln, war in den letzten Jahren nicht ohne Erfolg und kann in der Tat helfen, gesundheitliche Potenziale zu erschließen. So ist in der betrieblichen Gesundheitsförderung der Hinweis auf den ökonomischen Nutzen derartiger Maßnahmen weit verbreitet. Dagegen ist nichts einzuwenden, und in der Tat mag es auch manche Fälle geben, in denen dieser Zusammenhang tatsächlich existiert oder zumindest als Motiv für Unternehmensleitungen handlungsrelevant wird. Problematisch wird die Bezugnahme auf den ökonomischen Nutzen derartiger Maßnahmen aber dann, wenn die zahlreichen und wichtigen Felder, in denen gewinnorientiertes und gesundheitsbezogenes Handeln eben nicht zusammenfallen, aus dem Blick geraten oder der Gegensatz von gesundheitsbezogenen und anderen Zielen nicht mehr thematisiert wird. So ist eben – um beim Beispiel Arbeit bzw. betriebliches Gesundheitsmanagement zu bleiben – die Realität der Arbeitsbedingungen durch eine erhebliche Verdichtung von Leistungsanforderungen, durch eine räumliche und zeitliche Entgrenzung von Arbeit und durch eine fortschreitende Prekarisierung gekennzeichnet. Entwicklungen, die durch die Maximierung von Gewinnen motiviert sind und sich nachweislich negativ auf die Gesundheit auswirken. Ein Verzicht auf die Thematisierung solcher Sachverhalte würde die Chancen zur Durchsetzung einer »health in all policies« erheblich einschränken. Daher ist es wichtig zu betonen, dass Gesundheit ein Wert an sich ist und nicht zu einem Instrument zur erfolgreichen Verfolgung anderer Ziele degradiert werden sollte.

Demokratie als Chance

Es bieten sich durchaus Chancen zur Durchsetzung einer gesundheitsgerechten Gesellschaftspolitik auch gegen starke Widerstände. So wird in demokratisch verfassten Gesellschaften die Macht zur politischen Gestaltung über Wahlen zugewiesen. Sie ist insoweit über kurz oder lang auch an Zustimmung durch die Bevölkerung gebunden. Gesundheit und Gesundheitspolitik sind somit für die Parteien und Regierungen als wichtige Akteurinnen und Akteure des politischen Systems vor allem insoweit handlungsrelevant, als sie sich von einer bestimmten Form der Problembearbeitung einen Gewinn an Zustimmung oder zumindest eine Reduzierung von Legitimationsrisiken und -defiziten erhoffen können. Ob dieser Mechanismus zu einer Orientierung der Gesundheitspolitik an einer Verbesserung von Gesundheitschancen führt, hängt freilich davon ab, inwieweit die Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppen auch deutlich machen, dass sie selbst entsprechende Präferenzen setzen.

PROF. DR. DR. THOMAS GERLINGER, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Tel.: (05 21) 1 06 45 65, E-Mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de



KLAUS KOCH

Was wir in unsere Gesundheit investieren und mit welchen Motiven wir es tun

Gesundheit ist ein eigenartiger Zustand. Am vollständigsten ist sie, wenn man keinen Gedanken an sie verschwendet – wenn man vergisst, dass man gesund ist. Doch der Wunsch des 2002 verstorbenen deutschen Philosophen Hans-Georg Gadamer, man möge die Leute nicht ständig zwingen, sich mit ihrer Gesundheit zu beschäftigen, damit sie sich einfach gesund fühlen können, hatte nie eine Chance. Unsere Gesundheit scheint immer in Gefahr zu sein: Entweder warnen uns Wohlmeinende vor großen und kleinen Risiken. Oder es gibt kommerzielle Interessen, die einen Markt für Produkte und Dienstleistungen schaffen wollen. Oft kommt beides zusammen.

Gesundheit als höchstes Gut?

Zum Themenkomplex »Ist Gesundheit ein Konsumgut« wurden im Rahmen der 18. Welle des Gesundheitsmonitors 2012 Fragen gestellt. Insgesamt wurden 1.778 Personen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren des GfK-Panels befragt. Zentrale Fragen im Rahmen der 18. Welle waren: Welche Motive verbergen sich hinter dem Konsum von Gesundheitsprodukten und -leistungen? Welche Ziele und Ängste waren handlungsleitend? Der Gesundheitsmonitor hat sich diesen Fragen aus verschiedenen Richtungen zu nähern versucht.

Die Ergebnisse können hier nur kurz angerissen werden – ausführlich sind sie in einem Newsletter der Bertelsmann-Stiftung beschrieben.

Die Ergebnisse der Befragung lösen zwiespältige Schlussfolgerungen aus. Auf der einen Seite lassen die Befragten in der Mehrzahl erkennen, dass sie eine vielschichtige und entspannte Wahrnehmung von Gesundheit haben. Das zeigt sich zum Beispiel darin, dass einerseits viele mögliche körperliche und seelische Aspekte als »wichtig« angesehen werden, andererseits bei der Umsetzung der selbst als wichtig bezeichneten Aspekte Kompromisse eingestanden werden. Gesundheitliche Sünden gehören für viele zum Alltag dazu. Und schließlich räumte eine Mehrheit der Befragten ein, dass sie nicht »alles« für ihre Gesundheit tun.

Dieser Umgang mit der eigenen Gesundheit entspricht nicht dem oft öffentlich angemahnten Motto »Gesundheit ist das

höchste Gut«. Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen vielmehr, dass die Mehrheit der Deutschen Gesundheit zwar als hohes Gut betrachtet, aber nicht als »höchstes Gut«, dem sie alles andere unterordnet: Die Mehrheit kümmert sich offenbar eher situationsabhängig mal mehr um die eigene Gesundheit und mal weniger. Beim Konsum von Produkten und Leistungen stehen dann eher konkrete Beschwerden im Vordergrund – weniger abstrakte Erwartungen. Auch gesundheitsschädliches Verhalten scheint kein starkes Motiv zu sein, die Sünden dann durch den Kauf von Produkten und Leistungen zu kompensieren. Am deutlichsten wird das bei Rauchern: Rauchen selbst wird teilweise nicht als gesundheitsschädlich interpretiert. Und Rauchende tun weniger als Nichtraucher, um Sünden auszugleichen. Kurz: Ihre Gesundheit scheint ihnen generell weniger wichtig zu sein, viele Rauchende akzeptieren auch eine kürzere Lebenserwartung.

Der Konsum von gesundheitsbezogenen Produkten und Leistungen nimmt allerdings zu, wenn die Gesundheit abhanden gekommen ist. Das erscheint psychologisch plausibel, allerdings öffnet sich hier auch die Schere zwischen Erwartung und Erfolg.

Praxisgebühr und Co.

Für gesetzlich Krankenversicherte ist es mittlerweile normal geworden, aus der eigenen Tasche für Gesundheitskosten aufzukommen. Hauptauslöser sind die Regelungen zu Zahnersatz, Brillen, die Praxisgebühr und die Zuzahlungen zu Krankenhausaufenthalten und Hilfs- und Arzneimitteln. Sie wurden in den letzten Jahrzehnten eingeführt, um die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen zu begrenzen.

Für die vollständige Ausgrenzung von Leistungen aus dem Katalog der Krankenkassen bedarf es aber einer inhaltlichen Begründung: Ausgeschlossen werden Leistungen, wenn sie nicht notwendig oder wirtschaftlich sind oder über das Ausreichende hinausgehen. Zahnersatz und Brillen markieren einen Graubereich: Dahinter steht zwar meist ein echter medizinischer Bedarf, allerdings werden nur »notwendige« und »ausreichende« Leistungen von den Kassen übernommen. Wem das »Ausreichende« nicht ausreicht, der muss zuzahlen.

Gesundheitsmarketing

Neben den Leistungen des gesetzlichen Krankenkassensystems, für die – zumindest im Prinzip – medizinischer Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit die Leitkriterien sind und deren Kosten größtenteils übernommen werden, gibt es vielfältige weitere Möglichkeiten, sich um die Gesundheit zu kümmern. Wer möchte, kann sich rund um die Uhr von Produkten und Dienstleistungen begleiten lassen, die nicht nur satt, sauber und gute Laune machen, sondern auch noch gesund zu halten versprechen. Das Spektrum reicht von speziellen Lebensmitteln wie Probiotika, Nahrungsergänzungsmitteln, Arzneimitteln, Fitnessangeboten bis hin zu ärztlichen individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Die Durchdringung des Alltags ist so weit fortgeschritten, dass es schwerfällt, gesundheitsbezogene Produkte und Dienstleistungen überhaupt noch abzugrenzen. Ist ein Joghurt ein Nahrungsmittel? Oder ist er eine Investition in ein längeres Leben?

Parallel dazu wächst die Skepsis gegenüber Gesundheitsversprechen und -ratgebern. Wer behauptet, mit einem Produkt die Gesundheit erhalten oder sogar verbessern zu können, muss heute damit rechnen, nach Beweisen und Studien gefragt zu werden.



Werden die Gesundheitsversprechen auch eingehalten?

Derzeit gibt es auf nationaler und europäischer Ebene ein heftiges Ringen zwischen Behörden, Industrie und Verbraucherschützenden um die Frage, mit welchen Aussagen – so genannten healthclaims – Werbung für Produkte wie zum Beispiel Probiotika oder Nahrungsergänzungsmittel gemacht werden darf. Und das zu Recht: Für die meisten gesundheitsbezogenen Produkte und Dienstleistungen fehlt ein Nachweis, dass sie die Gesundheit verbessern können. Für viele Produkte und Leistungen wird ein gesundheitlicher Nutzen zwar behauptet, ist aber nicht ausreichend sicher untersucht. Für andere Produkte ist sogar nachgewiesen, dass sie keinen Nutzen haben und möglicherweise Risiken erhöhen. Trotzdem werden diese Produkte und Leistungen beworben und offenbar gekauft. Marketing und Wissenschaft – Leichtgläubigkeit und Skepsis messen also ständig ihre Kräfte. Und dank Medien und Internet findet diese Auseinandersetzung zunehmend in aller Öffentlichkeit statt.

Gesundheitspolitische Implikationen

Die Umfrage macht eine deutliche Diskrepanz sichtbar, zwischen den konkret benannten Zielen der Befragten und dem Mangel an Evidenz, dass die eingesetzten Produkte und Dienstleistungen tatsächlich helfen können, diese Ziele zu erreichen. Das führt zur Schlussfolgerung, dass derzeit praktizierte Maßnahmen zum Verbraucherschutz bei weitem nicht ausreichen.

Zum anderen müssen aber Bürgerinnen und Bürger befähigt werden, kritische Fragen nach Nutzen und Schaden gesundheitsbezogener Produkte und Leistungen zu stellen und den Wert dieser Informationen einschätzen zu können. Dazu ist der Auf- und Ausbau kritischer Gesundheitsbildung nötig, der bereits in den Schulen beginnen sollte. Die Vermittlung dieser Kompetenzen ist schlicht eine Frage des Verbraucherschutzes.

Literatur beim Verfasser

DR. KLAUS KOCH, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Im Mediapark 8, 50670 Köln, Tel.: (02 21) 35 68 54 01, E-Mail: klaus.koch@iqwig.de, www.gesundheitsinformation.de

Gesundheitsausgaben 2011

Die Ausgaben für Gesundheit lagen in Deutschland im Jahr 2011 bei insgesamt 293,8 Milliarden Euro und somit 1,9 % höher als 2010. Auf jede Einwohnerin bzw. jeden Einwohner entfielen gut 3.590 Euro (2010: 3.530 Euro). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt sank jedoch von 11,5 % in den Vorjahren auf 11,3 % in 2011. Der fortgesetzte Rückgang ist auf die anhaltende starke Wirtschaftsleistung zurückzuführen.

Fast die Hälfte der Gesundheitsausgaben (49 %) wurde in ambulanten Einrichtungen (Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Apotheken, Einrichtungen der ambulante Pflege, Gesundheitshandwerk und einzelhandel) erbracht. Auf den (teil-)stationären Sektor (Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen) entfielen 37 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Die restlichen Ausgaben wurden in Einrichtungen des Gesundheitsschutzes, durch den Rettungsdienst, in der Verwaltung, in privaten Haushalten oder im Ausland erbracht.

Größter Ausgabenträger im Gesundheitswesen in 2011 war mit 168,5 Milliarden Euro die gesetzliche Krankenversicherung, was 57 % der Gesamtausgaben entspricht. Der Ausgabenanteil der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck betrug 14 % (40,1 Milliarden Euro). 9 % der Ausgaben (27,7 Milliarden Euro) entfielen auf die private Krankenversicherung.

Detaillierte Daten und weitreichende Zeitreihen zu den Gesundheitsausgaben sind über die Tabellen zur Gesundheitsausgabenrechnung in der Datenbank GENESIS-Online unter www.destatis.de/genesis abrufbar.

Gesundheitsausgaben umfassen sämtliche Güter und Leistungen mit dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege, die Kosten der Verwaltung sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Nicht enthalten sind Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen, sowie Ausgaben für krankheitsbedingte Folgekosten (Eingliederungshilfe) und Einkommensleistungen (Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall).

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2013

DANIELA KOLBE

Für einen gesunden Wohlstand

Die Enquete-Kommission »Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität« des Bundestages hat Mitte April ihren Schlussbericht verabschiedet. Zentrale Fragen der Kommission lauteten: Wie können wir gut leben? Welche Maßzahlen dienen uns als Orientierung dafür, ob wir in die richtige Richtung steuern? Derzeit wird Wohlstand noch zu oft und unhinterfragt mit dem Wachstum der Wirtschaft gleichgesetzt. Als Maßstab für das allgemeine Wohlergehen dient vielfach die wertmäßige Menge der produzierten Güter und Dienstleistungen, das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Die Kommission hat sich daher vorgenommen, dass bestehende Bruttoinlandsprodukt um weitere Indikatoren zu ergänzen, um einen umfassenden Blick auf den Wohlstand in unserer Gesellschaft zu werfen.



Die W³-Wohlstandsindikatoren der Enquete-Kommission

Der Vorschlag der Kommission, wie Wohlstand umfassend gemessen werden kann, trägt den Namen W³-Wohlstandsindikatoren und besteht aus zehn Leitindikatoren in verschiedenen Dimensionen wie Einkommensverteilung, Bildung, Beschäftigung oder Treibhausgasausstoß. Hinzu kommen zahlreiche weitere »Warnlampen«, die das Überschreiten kritischer Schwellen anzeigen, wenn sich etwa Spekulationsblasen bilden oder die Artenvielfalt global zurückgeht. Einen einzelnen »Glücksindikator« hat die Kommission hingegen abgelehnt. Damit trägt sie der Tatsache Rechnung, dass der Zusammenhang von Wachstum und Wohlergehen vielschichtig ist und sich zwischen einzelnen Gruppen, ja sogar Individuen mitunter deutlich unterscheidet.

Dass ein solches Set von Wohlstandsindikatoren auch die Gesundheit und das physische Wohlergehen der Bevölkerung beinhalten muss, war von Anfang an unbestritten. Denn der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Zufriedenheit liegt auf der Hand: Kein Lebensereignis macht so einschneidend unglücklich wie eine schwere Krankheit. Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts – das ist mehr als eine Binsenweisheit, denn sie beschreibt die Belastungsgrenzen des Menschen, die es zu achten gibt, wenn andere Ziele verfolgt werden.

Durchschnittliche Lebensdauer und gesunde Lebensjahre als Indikatoren für eine gesunde Gesellschaft

Weniger naheliegend ist jedoch, welche Indikatoren geeignet sind, um die durchschnittliche Gesundheit einer Gesellschaft adäquat abzubilden. Letztlich haben wir den Aspekt Gesundheit mit zwei Indikatoren abgebildet: durchschnittliche Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre. Leitindikator ist die durchschnittliche Lebenserwartung. Dieses Konzept ist gebräuchlich und leicht verständlich. Mit der Lebenserwartung rücken wir den objektiven Gesundheitszustand in den Mittelpunkt. Anhand dessen diskutieren wir, welche politischen Rahmenbedingungen wir schaffen müssen, um den Menschen ein gesundes Leben zu erleichtern. Der Auswahl dieses Indikators gingen einige Diskussionen voraus. Wir haben uns bewusst dagegen entschieden, die Kostenseite als Indikator heranzuziehen. Natürlich muss uns die Gesundheit etwas Wert sein. Aber die Gesundheitsausgaben geben keinen guten Indikator ab. So haben etwa die Vereinigten Staaten das teuerste Gesundheitssystem der Welt, jedoch haben Millionen Menschen dort keine Krankenversicherung. Ein

Kostenindikator ignoriert Verteilung sowie Qualität und ist somit ungeeignet.

Ein Nachteil des Indikators der durchschnittlichen Lebenserwartung ist die Tatsache, dass er lediglich Aussagen über die Lebensdauer zulässt, aber keine Aussage über die Qualität der Gesundheit macht. Diesen Aspekt bilden wir in einer Warnlampe ab: den gesunden Lebensjahren ab Geburt. Sinken die gesunden Lebensjahre, dann »leuchtet« die Warnlampe. Dadurch wird Anlass für eine genauere Betrachtung symbolisiert. Somit sind die W³-Wohlstandsindikatoren auch sensibel für eine mögliche Auseinanderentwicklung von Lebensdauer und gesund verbrachten Jahren.

Der Einfluss wirtschaftlichen Wachstums auf die Gesundheit

Jenseits der Messung spielen natürlich auch die ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben eine Rolle in den Diskussionen der Enquete. Umstritten war dabei etwa, welchen Beitrag wirtschaftliches Wachstum für Gesundheit leistet. Einigkeit herrscht darüber, dass ein gewisser materieller Wohlstand ohne Zweifel dringend nötig ist, um gesund leben zu können. Armut, soviel ist sicher, macht krank. Und gerade in Ländern mit geringem Pro-Kopf-Einkommen ist der Zusammenhang zwischen Wirtschaftswachstum und Gesundheit evident, unter anderem durch den dadurch möglichen Ausbau des Gesundheitssystems.

Aber gilt das auch für relativ wohlhabende Gesellschaften wie die unsrige? Macht Wachstum per se gesund, wie manche Politiker und Politikerinnen behaupten? Ich glaube nicht. Es geht um das rechte Maß, darum, welche Opfer eine Gesellschaft bringen muss, um stets weiter zu wachsen. Schon heute zeigen sich in der Arbeitswelt Symptome einer Überforderung des Menschen durch ständigen Effizienzdruck und prekäre Arbeitsverhältnisse. Die Zahl der psychischen Erkrankungen nimmt zu, darunter auch die der Burn-Out-Fälle. Gerade unter diesem Blickwinkel hat die Enquete auch Szenarien zukunfts-fähigen Arbeitens diskutiert.

Für eine neue Arbeitszeitpolitik

Arbeitszeitpolitik spielt eine wichtige Rolle für einen gesunden Wohlstand. Eine neue Vollzeitnorm, die statt 40 Stunden eher eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 30 Stunden über den Lebenszyklus anpeilt, lässt Freiraum für Erziehung, Pflege und anderes Engagement. Außerdem könnte so die Ungleichverteilung der Arbeitszeit zwischen den Geschlechtern gelindert werden, die den Wünschen der Menschen nicht entspricht. Denn Männer wollen im Durchschnitt weniger Stunden Erwerbsarbeit leisten als sie tatsächlich müssen. Frauen hingegen möchten länger arbeiten, gerade wenn sie unfreiwillig in Teilzeit beschäftigt sind. Auch eine Familienteilzeit, in welcher der Staat vorübergehend Teile des Einkommensverlustes einer Teilzeitbeschäftigung ausgleicht, kann die »rush hour des Lebens« entzerren.

Die Enquete hat in breiten Bereichen gezeigt, dass ein neuer Begriff von Wohlstand, der über Güterzuwachs hinausgeht, machbar ist und attraktiv sein kann. Die politischen Schlussfolgerungen aus diesen Erkenntnissen gilt es in nächster Zeit umzusetzen. So kann ein gesunder Wohlstand entstehen.

Literatur bei der Verfasserin

DANIELA KOLBE, Vorsitzende der Enquete-Kommission »Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität«, MdB, Platz der Republik 1, 11011 Berlin, Tel.: (0 30) 22 77 54 32, E-Mail: daniela.kolbe@bundestag.de

EMANUEL BECKLAS, ANDREAS MIELCK, JAN BÖCKEN

Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten

In jüngster Zeit wird wieder vermehrt darüber diskutiert, wie eine Konvergenz der Systeme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV) ausgestaltet werden könnte. Die ursprünglich zentrale Frage der Versorgungsunterschiede zwischen den Systemen tritt dabei zunehmend in den Hintergrund. Dieser Beitrag konzentriert sich daher auf zentrale Elemente einer bürgernahen ambulanten Versorgung: das Behandlungsgespräch und das Verhältnis zwischen Behandelnden und ihren Patientinnen sowie Patienten.

Die Analyse beruht auf den Daten aus drei Befragungswellen des Gesundheitsmonitors aus den Jahren 2011 und 2012. Es konnten Antworten von 4.478 gesetzlich Versicherten und 828 privat Versicherten ausgewertet werden. Die Rücklaufquoten der einzelnen Befragungswellen betragen jeweils knapp über 80 %.

Privatversicherte fühlen sich gesünder

Die Auswertung der Befragungsergebnisse zeigt, dass sich Privatversicherte im Durchschnitt gesünder fühlen als gesetzlich Versicherte: Der Anteil der Voll-Privatversicherten (exklusive der beihilferechtigen Privatversicherten), die nach eigenen Angaben einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand haben (11 %), fällt gut 8 Prozentpunkte niedriger aus, als dies bei den gesetzlich Versicherten der Fall ist (19 %). Auch nach Kontrolle der Einflussfaktoren Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status bleibt der Unterschied signifikant.

Unterschiede in der ärztlichen Zuwendung

Die PKV-Versicherten erleben geringere Wartezeiten im Wartezimmer ihrer Arztpraxis als GKV-Versicherte: 33 % der

PKV-Versicherten, aber nur 21 % der GKV-Versicherten mussten weniger als 15 Minuten warten. Allerdings hat sich für gesetzlich Versicherte wie auch für Privatversicherte die Wartezeit im Vergleich zu den Vorjahren merklich erhöht: Die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit kurzen Wartezeiten ist zurückgegangen, 49 % der Befragten warten nach eigenen Angaben länger als 20 Minuten.

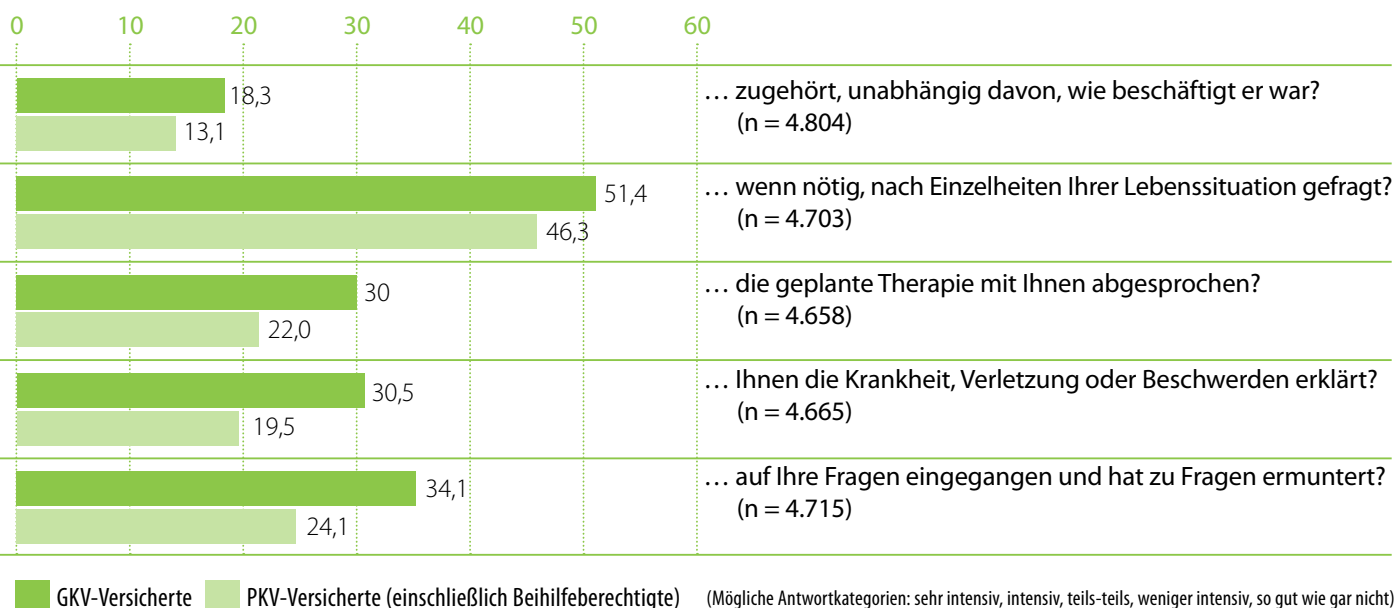
Der Status der PKV-Versicherten scheint darüber hinaus dazu zu führen, dass sich die Ärzteschaft mehr Zeit für eine intensive Beratung und Behandlung nimmt: GKV-Versicherte führen öfter als PKV-Versicherte kurze Gespräche (unter 5 Minuten) mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt. Daraus ergibt sich fast zwangsläufig, dass sie in fast allen Bereichen ein weniger intensives Eingehen erleben als Privatversicherte. In der nachfolgenden Abbildung wird dies deutlich: Die Befragten wurden im Fragebogen aufgefordert, die Intensität der ärztlichen Betreuung auf einer 5er Skala zu bewerten (von »sehr intensiv« bis »so gut wie gar nicht«). Die grafisch abgebildeten Ergebnisse zeigen den prozentualen Anteil der drei Antwortkategorien mit einer geringeren Intensität an Zuwendung. Deutlich wird, dass die PKV-Versicherten von einer intensiveren ärztlichen Betreuung berichten. Die Unterschiede sind signifikant.

Da die Krankheitslast bei den gesetzlich Versicherten häufig besonders groß ist, sollte eigentlich eine intensivere Betreuung der GKV-Patientinnen und -Patienten erwartet werden. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass die Attraktivität, die PKV-Versicherte für die Ärzteschaft haben, auch zur Überversorgung führen kann.

Skepsis beim Blick auf künftige Leistungen der Kassen

Für die Zukunft befürchten 81 % der GKV-Versicherten, dass ihre Krankenversicherung künftig nicht mehr alle Leistungen übernimmt, die für sie wichtig sind, und sogar 84 % erwarten, dass Wartezeiten auf bestimmte Operationen und Therapien

Wie intensiv hat der Arzt, der Sie im letzten Jahr am intensivsten betreut hat, teils teils / weniger intensiv / so gut wie gar nicht ...





zunehmen. PKV-Versicherte sind in Bezug auf diese Aspekte deutlich optimistischer eingestellt. So erwarten nur etwas mehr als die Hälfte eine Einschränkung der Leistungen in der Zukunft und nur knapp zwei Drittel stellen sich auf längere Wartezeiten ein. Unabhängig vom Versichertenstatus stellt sich die Frage, ob und wie die geäußerten Bedenken über die zukünftige Qualität der gesundheitlichen Versorgung bereits das gegenwärtige Verhältnis zwischen den Behandelnden und ihren Patientinnen sowie Patienten beeinflusst. Denkbar wäre es allemal, dass die große Unsicherheit über Art und Ausmaß der künftigen Versorgung bereits heute zu einer erheblichen Belastung dieser Beziehung führt.

Zudem befürchten etwas mehr als die Hälfte der GKV-Versicherten, im Alter nicht ausreichend medizinisch versorgt zu sein. Bei den PKV-Versicherten sind diese Sorgen erheblich seltener anzutreffen (27 %). Dies mag auf den ersten Blick erstaunlich sein, insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussionen über die mögliche Auflösung des dualen Krankenversicherungssystems. Wenn die PKV-Versicherten wirklich damit rechnen würden, künftig in einem Einheitssystem versichert zu sein, dann wären ihre Sorgen vermutlich größer. Entweder hat die Debatte um eine einschneidende Reform des Krankenversicherungssystems die Privatversicherten noch nicht richtig erreicht, oder sie vertrauen trotzdem auf die Konditionen ihrer in der Vergangenheit abgeschlossenen Verträge mit den privaten Versicherern. Dass ein Reformbedarf besteht, ist bekannt. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass das bestehende duale Krankenversicherungssystem dem Bedarf der Bürgerinnen und Bürger an vielen Stellen nicht gerecht wird. Eine Konvergenz beider Versicherungssäulen in einen integrierten Versicherungsmarkt könnte ein gangbarer Weg sein, den aufgezeigten Defiziten zu begegnen.

Literatur bei den Verfassern und unter www.gesundheitsmonitor.de
 Kontakt: DR. JAN BÖCKEN, Bertelsmann Stiftung, Carl-Bertelsmann-Str. 256,
 33311 Gütersloh, E-Mail: jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de

SILKE THOMAS

Nutzen und Schaden von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) – Das Internetportal »IGeL-Monitor« bietet Orientierung

Seit Jahren stehen individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) immer wieder im Interesse der Öffentlichkeit. Eine allgemeingültige Definition des Begriffs liegt nicht vor. Laut Bundesärztekammer handelt es sich bei IGeL um »generell oder im Einzelfall nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterliegende Leistungen, die aus ärztlicher Sicht erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar sind und die von Patientinnen und Patienten ausdrücklich gewünscht werden«. Im üblichen Sprachgebrauch versteht man unter IGeL Leistungen, die in Arztpraxen angeboten und von Patientinnen und Patienten selbst bezahlt werden müssen.

Nutzen von IGeL teilweise fraglich

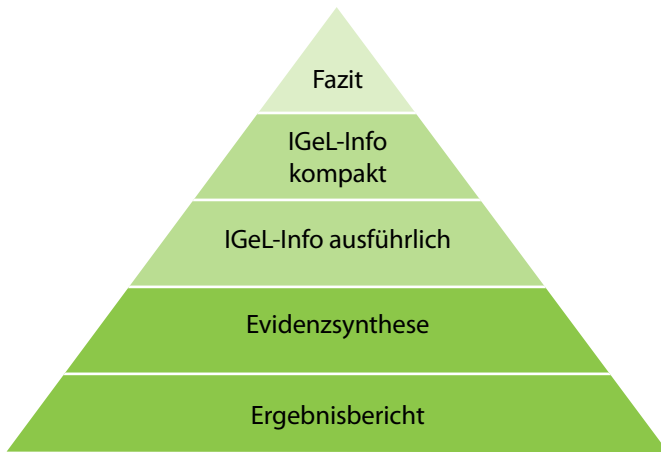
Laut einer Umfrage des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) werden derzeit jährlich rund 1,3 Milliarden Euro mit IGeL umgesetzt, jeder bzw. jede vierte Befragte gab an, während der letzten 12 Monate eine Selbstzahlerleistung angeboten bekommen zu haben (Befragung Nov/Dez 2012). Während einige IGeL wie Sportuntersuchungen unter Umständen durchaus sinnvoll sind, jedoch nicht zu den Aufgaben der GKV gehören, zählen unter anderem auch solche Leistungen zu IGeL, über deren diagnostischen und therapeutischen Nutzen Zweifel bestehen oder die risikoreich sind. Zu den am häufigsten angebotenen bzw. nachgefragten Leistungen zählten laut Umfrage des WidO unter anderem Ultraschalluntersuchungen und Glaukom-Früherkennungsuntersuchungen.

Viele Patientinnen und Patienten können die Notwendigkeit einer IGeL selbst nicht einschätzen und fühlen sich unzureichend über Nutzen und Schaden der Leistungen aufgeklärt. So gaben rund 60 % der Befragten bei einer Online-Umfrage der Verbraucherzentralen an, dass sie nicht über mögliche Risiken der IGeL aufgeklärt wurden, nur gut die Hälfte der Befragten fühlte sich über den medizinischen Nutzen informiert. Die fehlende Abschätzung von Nutzen und Schaden sowie die Unsicherheit darüber, ob ein finanzielles Interesse im Vordergrund steht, kann sich auf das Verhältnis der Behandelnden zu ihren Patientinnen und Patienten auswirken. Bei einer Umfrage der Bertelsmann-Stiftung gab etwa die Hälfte der Befragten an, dass sich dieses Verhältnis auf Grund von IGeL verschlechtert hat.

Internetportal IGeL-Monitor

Um Patientinnen und Patienten eine Entscheidungshilfe zu bieten und sie vor unwirksamen sowie potenziell schädlichen Leistungen zu schützen, wurde im Januar 2012 der IGeL-Monitor ins Leben gerufen (www.igel-monitor.de). Das Portal stellt neben umfassenden Informationen rund um den IGeL-Markt ein breites Spektrum an Bewertungen einzelner IGeL zur Verfügung, die nach einer einheitlichen Methodik erarbeitet worden sind. Diese einheitliche Vorgehensweise bei der Bewertung des Nutzen- und Schadenspotentials stellt ein Alleinstellungsmerkmal des IGeL-Monitors dar.

Bisher sind 30 Bewertungen veröffentlicht, dazu zählen auch die am häufigsten angebotenen Leistungen: drei aus dem



Die fünf Ebenen einer IGeL-Bewertung

Bereich der Krebsfrüherkennung (Ultraschall der Eierstöcke, PSA-Test und Ultraschall der Brust), die Augeninnendruck-Messung zur Glaukom-Früherkennung sowie die Professionelle Zahnreinigung. Vier Leistungen (zum Beispiel die Reisemedizin) wurden beschrieben, da sie per se nicht zum Leistungsspektrum der GKV gehören, unabhängig davon, wie sinnvoll sie unter Umständen sein mögen.

Bewertung Individueller Gesundheitsleistungen

Für die Nutzen-Schaden Bewertung einer IGeL wurde ein standardisierter Bewertungsprozess entwickelt. Eine Herausforderung des Konzeptes liegt darin, die methodisch hohen Ansprüche der evidenzbasierten Bewertung mit dem Bedürfnis nach verständlichen Informationen von Laien in Einklang zu bringen.

Konkret werden zu jeder IGeL Informationen zu Nutzen und Schaden auf Grundlage einer systematischen Auswertung der wissenschaftlichen Literatur aufbereitet, gegeneinander abgewogen und in einem Gesamtfazit zusammengefasst. Die Darstellung erfolgt in einheitlicher Weise in fünf Ebenen (siehe oben stehende Abbildung). Die Analyseschritte sind auf der Webseite dokumentiert und ebenso wie die Methodik für alle einsehbar hinterlegt.

Grundlegendes Dokument bildet der Ergebnisbericht, in dem die Literaturrecherche sowie die Ergebnisse der aus der Recherche identifizierten Übersichtsarbeiten und Primärstudien dargestellt sind.

In der Evidenzsynthese wird aus den Erkenntnissen der Übersichtsarbeiten bzw. Primärstudien eine Nutzen-Schaden-Bilanz unter Berücksichtigung der jeweiligen Vergleichstherapie, der Sicherheit der Aussage (»Belege« oder »Hinweise«) sowie der Größe des Nutzens und Schadens (»erheblich« oder »gering«) abgeleitet. Die Evidenzsynthese dient insbesondere als Grundlage für die Texte »IGeL-Info kompakt« und »IGeL-Info ausführlich« und richtet sich genauso wie der Ergebnisbericht primär an Expertinnen und Experten.

In den beiden Dokumenten »IGeL-Info kompakt« und »IGeL-Info ausführlich«, die primär für Patientinnen und Patienten ohne medizinisches Vorwissen geschrieben werden, sind Informationen zur IGeL (inklusive Preisspanne), zum jeweiligen Gesundheitsproblem, Empfehlungen anderer Organisationen sowie die Begründung der Bewertung von Nutzen und Schaden dargestellt. Darüber hinaus finden sich Angaben, welche

Leistungen beim jeweiligen Behandlungsanlass und Krankheitsbild durch die GKV übernommen werden.

Im Fazit erfolgt eine zusammenfassende Bewertung der IGeL in einer von fünf möglichen Kategorien (»positiv«, »tendenziell positiv«, »unklar«, »tendenziell negativ«, »negativ«). Eine positive Bewertung würde beispielsweise bedeuten, dass der Nutzen den Schaden deutlich überwiegt. Eine Besonderheit stellt die Kategorie »unklar« dar, da sie zwei Konstellationen beinhaltet: Entweder liegen weder Erkenntnisse zum Nutzen noch zum Schaden vor (»keine Evidenz«) oder es handelt sich um eine ausgewogene Bilanz.

Aufgrund des sehr breiten Spektrums an individuellen Gesundheitsleistungen ist die Bewertung in vielen Fällen schwierig. Manchmal ist die angebotene Leistung schwer bestimmbar, da keine verlässlichen Angaben darüber vorliegen, ob sie in der Praxis alleine oder in Kombination mit anderen angeboten wird. Darüber hinaus ist vor allem bei alternativen Verfahren die Indikation oftmals nicht klar benannt. Bei der Bewertung diagnostischer IGeL stellt die Vermittlung der indirekten Schäden durch Überdiagnostik und Übertherapie eine besondere Schwierigkeit dar.

Mehr Informationen über IGeL sind nötig

Auch wenn sich die kritische Diskussion über den Umgang mit IGeL deutlich intensiviert hat, zeigen die Ergebnisse verschiedener Umfragen, dass vor allem im Rahmen der Aufklärung und Erbringung individueller Gesundheitsleistungen noch Lücken zu schließen sind. Den breiten Informationsbedarf zeigen auch die Zahlen der Nutzerinnen und Nutzer. Seit dem Start des IGeL-Monitors lagen sie im ersten Jahr bei ca. 990.000 Nutzenden und ca. 3.000 Anfragen. Aus diesem Grund wird der IGeL-Monitor weiter ausgebaut, um den Nutzerinnen und Nutzern die Grundlage für eine informierte Entscheidung zu geben und sie im Dschungel des IGeL-Marktes weiter zu unterstützen.

Literatur bei der Verfasserin

DR. SILKE THOMAS, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen, Tel.: (02 01) 8 32 71 21, E-Mail: s.thomas@mds-ev.de, www.mds-ev.de, www.igel-monitor.de

WIEBKE SPONAGEL

Gesundheit zwischen Arbeitssucht und neuer Achtsamkeit

»Das ist so eine Sache, mit der Gesundheit«, meinte einer meiner Klienten. »In der ersten Hälfte des Lebens beutet man sie aus, um viel Geld zu verdienen. In der zweiten Hälfte gibt man das Geld aus, um die Gesundheit wieder herzustellen.« Zu dieser bitteren Erkenntnis gelangte er mit 48 Jahren, als sogenannter Burnout-Patient. Ein Klinikaufenthalt über sechs Monate und eine stufenweise Wiedereingliederung machten ihn wieder arbeitsfähig. Wirklich begeisterungsfähig für seinen Job ist er jedoch nicht mehr. »Die Luft ist raus«, sagt er. Er arbeitet jetzt »nur« noch 80 %, hat also einen freien Tag in der Woche. Eigentlich könnte er das genießen, aber er ist hellhörig nach innen geworden. Fängt das Herz an zu rasen? Ist dieser Druck in der Magengegend wieder da? Kommen die Schlafstörungen wieder? Das Vertrauen in die eigene Widerständigkeit ist dahin. Eine Erfahrung, die viele machen.

Wirtschaftliche Kosten und Gewinne

Der Raubbau am eigenen Körper hat System, nicht nur Einzelne sind davon betroffen – große Teile der Volkswirtschaft »leiden«. Das zeigt unter anderem der von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) jährlich in Auftrag gegebene Stressreport aus dem Jahr 2012. Laut diesem Report wird fast jede zweite Frühverrentung mit seelischen Leiden begründet und 59 Millionen Krankheitstage pro Jahr können auf psychische Störungen zurück geführt werden.

Andererseits brummt in Deutschland alles, was dem Selbsterhalt dient – Kliniken, Krankenkassen, Therapeutinnen und Therapeuten, Fitnessstudios, Coaches, Freizeit anbietende: Sie alle floriieren im Windschatten dieser Entwicklung. Mehr als vier Millionen Menschen arbeiten in der Gesundheitsbranche, Tendenz steigend. Nach Berechnungen des statistischen Bundesamtes stiegen die Ausgaben für Gesundheitsleistungen 2010 auf ein Rekordhoch von 287,3 Milliarden Euro. Das entspricht 11,6 % des Bruttoinlandproduktes.

Individuelle Kosten-Nutzenrechnung

Wirtschaftlich gesehen ist uns die Gesundheit also allerhand wert. Aber individuell? Bestätigt sich hier, dass man etwas erst schätzt, wenn es verloren ist? Oder anders herum, was treibt uns an, dieses Gut zu riskieren?

Eine alte Weisheit aus dem Coaching sagt »Verhalten ist sinnvoll«. Selbst jenes Verhalten, das von außen betrachtet offenbar schadet, hat irgendeinen Nutzen. Beim Handel Arbeit gegen Gesundheit gewinnen wir nämlich weit mehr als Geld. Zum Beispiel Anerkennung und Status in unterschiedlichster Form – als Geschäftsreisen, Firmenwagen oder elektronische Helferlein, die unsere »Wichtigkeit« rund um die Uhr einfordern und bestätigen. Dieser faustische Pakt ist tief verwurzelt im westlichen Denken, wie schon Max Weber wusste: Arbeit gelte, so schreibt er, als von Gott vorgeschriebener Selbstzweck des Lebens überhaupt. Wertlos und geradezu verwerflich sei aus diesem Blickwinkel der Müßiggang – »wer rastet, der rostet«, lautet die sprichwörtliche Entsprechung.

Die Überstundenfalle

Konkret bedeutet das, dass nicht Erfolg sondern Anwesenheit am Arbeitsplatz der Gradmesser für das Weiterkommen ist. Überstunden also, alle machen da schließlich mit, niemand schert aus. Besonders Berufseinsteigerinnen und -einsteiger als noch formbare »Herdentiere«, die noch auf die Unterstützung anderer angewiesen sind, um voran zu kommen, sind gefährdet. Das Risiko, hierzulande als »Kollegenschwein« abgestempelt zu werden, ist groß. In Deutschland wurden im vergangenen Jahr gut 1,4 Milliarden Überstunden »freiwillig« geleistet, etwa zwei Drittel davon unbezahlt. Eine großzügige Gabe, die mit Zeit, Energie und gesundheitlichen Einbußen bezahlt wird. Im Gegenzug erhalten wir eine Steigerung des Selbstwertgefühls, und obendrauf etwas, das uns allen sehr wichtig ist: Zugehörigkeit. Nicht nur zum Team, sondern auch zum Unternehmen. Je höher der Grad der Identifikation mit dem Unternehmen, um so mehr steigt die »Selbst-Losigkeit« – die Bereitschaft, auf eigene Bedürfnisse zugunsten von Firmenanforderungen zu verzichten.

Arbeit, die unterschätzte Droge

Unübertroffene Meister in diesem Metier sind bedauerlicherweise die sogenannten workaholics. Arbeitssüchtige nennt man sie ja nicht – der englische Begriff wirkt harmlos, ja geradezu wie ein Ritterschlag für den, der sich dazu bekennt. Eine



Sucht aber ist es, denn Arbeitssüchtige brauchen immer mehr von der Substanz »Arbeit«, um sich zufrieden zu fühlen. Der Haken an der Sache: Arbeitssucht wird verniedlicht und gefördert, gesellschaftlich wie firmenintern. Menschen ohne Bindungen, flexibel und stressresistent, werden in Stellenanzeigen gesucht. Und obwohl ein nachhaltiger Umgang mit der Ressource Arbeitskraft auch wegen der demografischen Entwicklung angezeigt ist, gibt es bisher wenige Schritte in diese Richtung. So sollte zum Beispiel die »Erklärung zur psychischen Gesundheit bei der Arbeit« von Bundesarbeitsministerium, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) und den Gewerkschaften Ende Januar verabschiedet werden. Dann aber wollte die BDA diese »Anti-Stress-Verordnung« doch nicht unterzeichnen.

Fürsorgliche Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber – achtsame Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Dennoch, hier und da sprießen sie, die zarten Knospen der Fürsorge für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ein Werkzeugmacher im Schwäbischen, Trumpf, bietet auf die Wünsche der Angestellten zugeschnittene Zeitkonten an. Beim Otto Versand ist Teilzeit kein »Sondermodell« für günstige Frauenarbeit, auch Männer machen von ihr Gebrauch. Die BASF baut in Ludwigshafen ein neues Zentrum für »Work-Life-Management«, wo Kinderkrippe, Sozial-, und Pflegeberatung, Gesundheitsvorsorge und Sport gebündelt werden. Das Umdenken beim »System« kommt also in Gang – genauso wichtig aber ist es für jeden einzelnen Berufstätigen. Achtsamkeit für gesundheitliche Bedürfnisse sollte zu unserem Standard-Repertoire gehören. Grenzen setzen, Pausen machen, »nein« sagen können, wenn man überfordert ist.

Die Kompetenz, sich selbst wert zu schätzen und die körperliche und geistige Gesundheit zu erhalten und zu verteidigen, kann man nicht früh genug lernen. Denn die Gesundheit ist unser teuerstes Gut.

Literatur bei der Verfasserin

DR. WIEBKE SPONAGEL, PERSPECTIVE COACHING, Ginnheimer Hohl 38, 60431 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 60 60 97 22, Fax: (0 69) 60 60 97 33, E-Mail: info@perspective-coaching.de, www.perspective-coaching.de



TANJA HANTKE, KARSTEN NEUMANN, SASCHA WOLF,
VOLKER AMELUNG

Betriebliches Gesundheitsmanagement – Baustein einer erfolgreichen Unternehmenskultur

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die wichtigste Ressource eines Unternehmens. Doch die Anforderungen an sie steigen zusehends. Der internationale Wettbewerb und ein fortschreitender Strukturwandel erhöhen die Komplexität der Aufgaben und der Verantwortung. Hinzu treten der demografische Wandel, damit verbunden eine älter werdende Belegschaft sowie ein sich zukünftig verschärfender Mangel an Fachkräften.

Erfolgsfaktor Betriebliches Gesundheitsmanagement

Aus diesen Gründen wird das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) immer mehr zu einem entscheidenden Erfolgsfaktor für den Erhalt und die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft. Dabei geht ein professionelles BGM weit über die Durchführung vereinzelter Präventionsmaßnahmen und einer punktuellen Krankheitsvermeidung hinaus. Es ist Bestandteil der Unternehmenskultur und wesentlicher Baustein für den Erhalt und die Förderung der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten, für die Attraktivität des Arbeitgebenden im Wettbewerb um Auszubildende und qualifizierte Fachkräfte sowie für eine erfolgreiche gesamtgesellschaftliche Präventionsstrategie. Trotzdem haben bisher nur 20 % der Unternehmen entsprechende Maßnahmen umgesetzt. Umso wichtiger ist es, dass aktuell bestehende Hürden abgebaut, die politischen Rahmenbedingungen nachjustiert und die Erfolgsaussichten der unterschiedlichen Gesundheitsprogramme transparent gemacht werden. Letztlich bedarf es eines Bewusstseinswandels auf allen Ebenen – sei es in den Unternehmen, bei den Krankenkassen oder in der Politik.

Aktuelle Hürden des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Die Umsetzung eines professionellen BGM ist für jedes Unternehmen eine komplexe und schwierige Aufgabe. Organisationsabläufe müssen definiert sein, Kompetenzen klar zugeordnet, Schnittstellenproblematiken überwunden und ein flächendeckendes Qualitätsmanagement implementiert werden. Vielen Unternehmen fehlt es hierzu an den notwendigen

Ressourcen und der Bereitschaft zu Investitionen, zumal valide Evaluationen fehlen und nicht klar kalkulierbar ist, wann und in welcher Höhe der Return-on-Investment eintritt. Die Etablierung vergleichbarer Evaluationen sowie einheitlicher Standards und Zertifizierungen sind mehr als überfällig.

Doch nicht nur von Arbeitgeberseite, sondern auch an der mangelnden Akzeptanz der Belegschaft scheitern oftmals BGM-Maßnahmen. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verlieren schnell das Interesse, da Präventionsangebote nicht ausreichend auf den individuellen Gesundheitszustand zugeschnitten sind, Erfolge sich erst langfristig zeigen und unter Umständen auch Veränderungen der privaten Lebensweise eingefordert werden. Zudem scheuen viele eine Beteiligung an den angebotenen Gesundheits- und Maßnahmenplänen, da sie befürchten, hierdurch persönliche Schwächen einzugehen.

Die Erfolgskriterien: Führung, Partizipation, Transparenz

Dem Vertrauen der Mitarbeitenden gegenüber den Absichten der Unternehmensführung kommt somit bei der Einführung von BGM entscheidende Bedeutung zu. Die Arbeitnehmerinnen und -nehmer sollten den Nutzen und die gesellschaftliche Verpflichtung verstehen, in der unmittelbaren Arbeitsumgebung die Vorteile erkennen und sich aktiv an der Umsetzung beteiligen können. Hierzu notwendig sind die Einrichtung einer interdisziplinären Steuerungsgruppe unter Einbezug der Mitarbeitervertretung sowie ein transparenter Informationsaustausch. Diese Bottom-up-Strategie muss durch einen Top-down-Prozess ergänzt werden. Denn BGM kann nur funktionieren, wenn es zur Chefsache gemacht wird und über die Geschäftsführung auf allen Hierarchie- und Funktionsebenen implementiert wird. In den Stellen- und Aufgabenbeschreibungen sowie bei Zielvereinbarungen und Bonuszahlungen der Führungskräfte sollte die gesundheitliche Fürsorgepflicht für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wesentlicher Bestandteil aufgenommen werden.

Kleinen und mittleren Unternehmen BGM durch Vernetzung ermöglichen

Der Wille zur Umsetzung von BGM allein ist jedoch nicht ausreichend, sondern es bedarf auch der hierzu notwendigen Ressourcen. Die Beratung zu passgenauen Angeboten, die Einbindung geeigneter Dienstleister und Dienstleisterinnen sowie die Koordinierung ihrer Leistungen erfordern Strukturen und Qualifikationen, über die einzelne Unternehmen und insbesondere kleinere und mittlere Betriebe oftmals nicht verfügen. Ein Lösungsweg besteht darin, adäquate Strukturen nicht betriebsbezogen, sondern in Form regionaler Netzwerke aufzubauen. Im Zentrum dieser Netzwerke können die entsprechenden Körperschaften wie Handwerks- und Handelskammern, private Anbieterinnen und Anbieter sowie Managementgesellschaften, Gebietskörperschaften oder Kooperationen von Kostenträgern und (ärztlichen) Leistungserbringenden stehen.

Bewusstseinswandel auf allen Ebenen

Bei alledem ist letztlich entscheidend, ob ein gesamtgesellschaftlicher Bewusstseinswandel angestoßen werden kann. Notwendig ist eine Kultur des Vertrauens zwischen Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden. Ebenso wichtig ist es, dass auch Krankenkassen BGM als Chance begreifen, den Kontakt mit Unternehmen aufzubauen und mittelfristig als Instrument



zur Senkung der Gesundheitskosten zu sehen. An die Stelle der Befürchtung, dass durch »eigene« Mitgliedsbeiträge finanzierte Maßnahmen unter Umständen auch Versicherten anderer Kassen zugutekommen, muss verstärkt die Bereitschaft zu kassenübergreifenden Kooperationen treten. Schließlich steht auch der Gesetzgeber in der Pflicht. Zwar hat dieser in den vergangenen Jahren eine Reihe von Möglichkeiten zur Förderung des BGM geschaffen. Für die Unternehmen ist es im Bürokratie-Dickicht jedoch zunehmend schwierig, alle Optionen zu erkennen und zu nutzen. Deshalb sollte die Inanspruchnahme von Steuervergünstigungen im Rahmen des BGM grundlegend vereinfacht werden. Ein Merkblatt möglicher Vergünstigungen wäre ein sinnvoller erster Schritt, dem weitere folgen sollten.

Der vorliegende Artikel basiert auf einem Positionspapier der Arbeitsgruppe Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement des Bundesverbands Managed Care e.V.

DR. SASCHA G. WOLF, Bundesverband Managed Care e.V., Friedrichstraße 136, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 28 09 44 80, Fax: (0 30) 28 09 44 81, E-Mail: wolf@bmcev.de

WOLFRAM HARTMANN

Ernährungsmangel – Fehlernährung – Hunger – Armut

Arme Kinder sind oft kranke Kinder, wie verschiedene Studien in Deutschland und in anderen Ländern belegen. Massive Gesundheitsprobleme dieser Gruppe von Kindern hat der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts nach dreijähriger Untersuchung mit insgesamt fast 18.000 Kindern bestätigt. Wer arme Eltern mit geringer Bildung oder mit Migrationshintergrund hat, akkumuliert fast alle Gesundheitsrisiken: Übergewicht, Bewegungsmangel, psychische Störungen, Unfälle. Zudem wächst die Kluft zwischen den Kindern, die weitgehend gesund, sozial abgesichert und ausreichend gefördert aufwachsen, und solchen Kindern, deren Lebensumstände von Armut, Perspektivlosigkeit, mangelnder Förderung und Ausgrenzung geprägt sind.

Arme Kinder werden benachteiligt

Kinder- und Jugendärzte sehen in ihren Praxen täglich Kinder, denen in der Familie keine adäquate Förderung zu teil wird, die vernachlässigt und misshandelt werden, die keine regel-

mäßigen Mahlzeiten erhalten und weitgehend sich selbst überlassen werden. Arme Kinder sind in Deutschland in vielfacher Hinsicht ganz erheblich benachteiligt und dies hat wesentliche Auswirkungen auf das gesamte spätere Leben und die Lebenschancen. Von Armut betroffene Kinder:

- » haben einen überdurchschnittlichen Medienkonsum und leiden unter den Folgen einer fehlenden Sprachanregung und unzureichenden frühkindlichen Bildungsangeboten
- » sind überdurchschnittlich häufig betroffen von Übergewicht, Verhaltensauffälligkeiten, Sprech- und Sprachentwicklungsauffälligkeiten, akuten Erkrankungen und Suchterkrankungen im späteren Lebensalter
- » haben überdurchschnittlich häufig Schulprobleme, Leserechtschreib-Schwäche, Rechenschwäche
- » erhalten später und seltener intensive außerhäusliche Förderung in Kindertageseinrichtungen
- » können bestimmte Leistungen der Medizin nicht nutzen, da sie zusätzliches Geld kosten
- » werden von ihren Eltern seltener zu den gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen gebracht, was zu Folgeerkrankungen führt
- » sind bei der Inanspruchnahme von Fördermaßnahmen durch die Lethargie ihrer Eltern benachteiligt
- » erreichen seltener einen Schulabschluss und sind daher häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen

Soziale Benachteiligung wird weiter gegeben

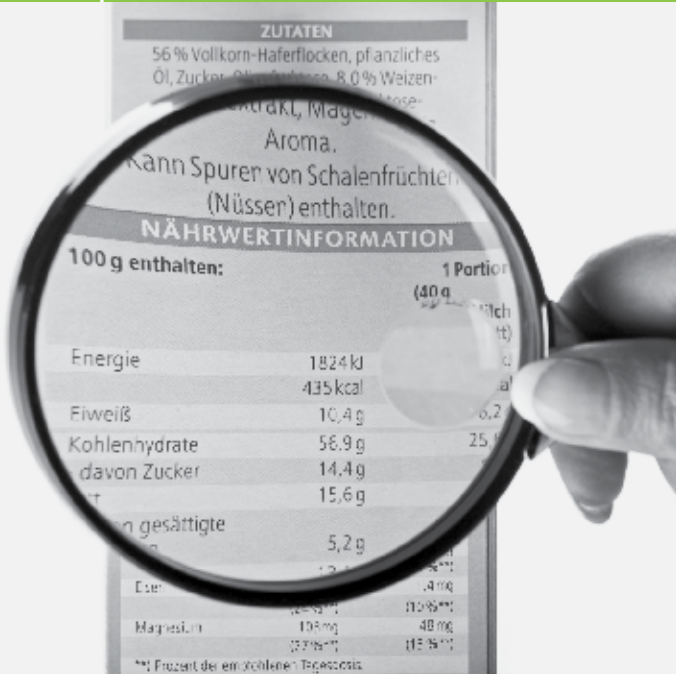
Relative Armut bedeutet häufig beengte Wohnverhältnisse in benachteiligten Quartieren mit schlechter Infrastruktur und unzureichenden Bildungsmöglichkeiten. Die Kinder haben nicht die Möglichkeit, die sozialen und kulturellen Angebote ihrer Umwelt angemessen zu nutzen. Das gilt für Sportvereine wie für Angebote der musikalischen Früherziehung. Arme Kinder müssen vielfach viel mehr leisten, um ihre Lebenschancen zu nutzen, als ihre Altersgenossen aus wohlhabenderen Familien. Eltern, die selbst arbeitslos sind und manchmal sogar resigniert haben, vermitteln den Kindern kein positives Lebensmodell. Die Kinder lernen nicht, wie sie ihre Zukunft in die Hand nehmen können. Im Kampf gegen Kinderarmut profitieren Kinder besonders davon, wenn die Beschäftigungschancen ihrer Eltern verbessert werden.

Ernährung in Ganztageseinrichtungen

Viele Kinder werden heute in Ganztageseinrichtungen betreut und erhalten dort auch Mahlzeiten, nicht selten die einzige Mahlzeit am Tag. Die dort angebotenen Mahlzeiten müssen den Erfordernissen einer altersgerechten, ausgewogenen und gesunden Ernährung entsprechen und für alle Eltern kostenlos sein. Hier hapert es vielfach noch sehr und der Staat muss durch finanzielle Unterstützung nachbessern und sich seiner Verantwortung für die Kindergesundheit bewusst werden. Kinder aus sozial benachteiligten Familien werden zusätzlich benachteiligt, wenn Mittagessen in Schulen und Kindertageseinrichtungen nicht kostenlos angeboten wird, da sich ihre Eltern einen finanziellen Zuschuss nicht leisten können.

Lebensmittelkennzeichnung muss verbessert werden

Den Familien fehlen oft die grundlegenden Kenntnisse einer gesunden Ernährung und sie sind nicht in der Lage, Lebensmittel hinreichend genau nach ihren Inhaltsstoffen und ihrem



Kaloriengehalt einzustufen und zu beurteilen. Die Kennzeichnung der Lebensmittel in Deutschland ist leider so gestaltet, dass sie die bildungsferneren Schichten und auch viele Familien mit Migrationshintergrund nicht erreicht. Die Bundesregierung und die EU haben sich trotz einer eindeutigen Stellungnahme der Verbraucherschutzminister der Länder vom Juni 2008 bisher geweigert, die Forderungen von Verbraucherschutzverbänden und von Verbänden der Kinder- und Jugendärzte nach einer allgemeinverständlichen und alle Schichten erreichenden Lebensmittelkennzeichnung umzusetzen. Der Beschluss der Länderministerien für Verbraucherschutz beinhaltet, Lebensmittelinhalte (Gehalt an Fetten, gesättigten Fettsäuren, Zucker, Salze) in zusammengesetzten Nahrungsmitteln farbig auf der Vorderseite der Verpackungen darzustellen. Rot steht dabei für einen hohen und somit ungesunden Nährstoffgehalt, gelb für einen mittleren und grün für einen geringen Anteil. Damit können die relevanten Informationen auf einen Blick erfasst werden.

Die Weigerung der Bundesregierung und der EU hinsichtlich einer klaren und einfachen Lebensmittelkennzeichnung hat fatale Folgen für die Gesundheit vieler Kinder, aber auch von Erwachsenen. Wenn ein Produkt viel Fett oder Zucker enthält, dann sollten das die Verbraucherinnen und Verbraucher auch erfahren, und zwar auf einen Blick. Wenn Nährstoffanteile nur in ihren anteiligen Prozenten angegeben werden, relativiert man diese nur.

Politik ist gefordert

Etliche Politikerinnen und Politiker müssen endlich erkennen, dass ihr Bild von der heilen Familienwelt für ca. 25 % aller Kinder in Deutschland nicht mehr zutrifft und der Staat handeln muss, um diesen Kindern gute Startchancen für ihr Leben zu gewährleisten. Das Kindeswohl hat hier im Vordergrund zu stehen. Wir können es uns auch als Gesellschaft nicht länger leisten, Kindern keine bestmögliche Förderung zukommen zu lassen.

Literatur beim Verfasser

DR. WOLFRAM HARTMANN, Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVJK e.V.), Mielenforster Straße 2, 51069 Köln, Tel.: (0 27 32) 76 29 00, E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

ANSGAR GERHARDUS

»Vom Wissen zum Handeln und zurück: Brücke, Boot oder (U-)Bahn?«

Die ungleiche Verteilung von Wissen

Am 14. Dezember 2012 erschoss ein junger Mann in der kleinen Stadt Newtown in den USA 20 Kinder, sieben Erwachsene und sich selbst. Wie bei ähnlichen Ereignissen zuvor wurden anschließend Forderungen nach Maßnahmen zum Schutz gegen die Gefahren von frei verfügbaren Schusswaffen laut. Die National Rifle Association (NRA), die von der Waffenindustrie finanzierte Vertretung der Besitzerinnen und Besitzer von Schusswaffen, lehnte dagegen jede Einschränkung beim Erwerb und Umgang mit den Waffen kategorisch ab. Sie begründete ihre Haltung u. a. damit, dass es praktisch keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über die Wirksamkeit der Maßnahmen gäbe.

Tatsächlich sind die wissenschaftlichen Erkenntnisse in diesem Bereich sehr begrenzt. Eine Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern hat Anfang 2013 berechnet, dass die staatlichen National Institutes of Health trotz 4 Millionen Schusswaffenopfern innerhalb der letzten 40 Jahre nur drei Forschungsprojekte zu dem Thema gefördert haben. Zu Tollwut wurden dagegen im gleichen Zeitraum 89 Projekte gefördert, bei 65 Fällen in den USA (weltweit waren es natürlich deutlich mehr).

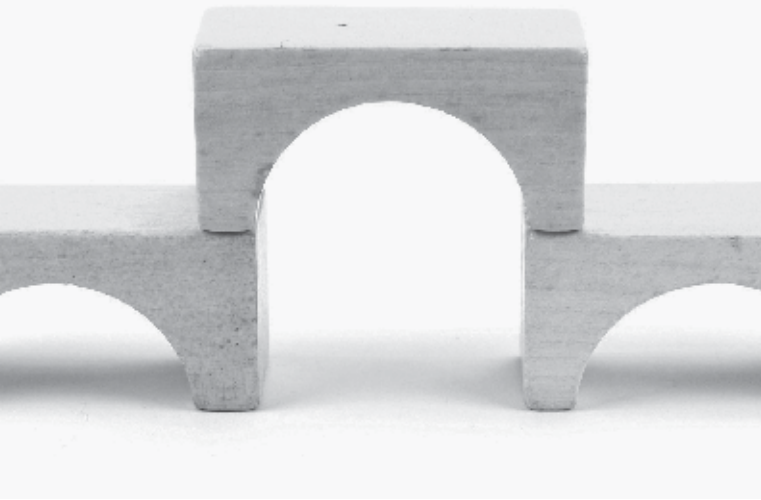
Forschungsförderung versus Forschungsbedarfe

Der eklatante Mangel an Forschungsprojekten zur Vermeidung von Schusswaffenopfern ist kein Zufall: Als Anfang der 90er Jahre mehrere von den staatlichen Centers for Disease Control and Prevention (CDC, vergleichbar dem RKI in Deutschland) geförderte Forschungsprojekte zeigten, dass das Risiko durch Mord, Totschlag oder Selbstmord zu sterben, deutlich ansteigt, wenn man in einem Haushalt mit Schusswaffen lebt, wurden die Studien von der NRA als »Propaganda« diffamiert. Mit Hilfe von einzelnen Kongressabgeordneten wurde durchgesetzt, Forschung zu dem Thema nicht mehr mit Steuergeldern zu fördern.

Einen Kontrast dazu stellt die Unfallforschung dar. Eine rege Forschungstätigkeit resultierte in regulativen und technischen Maßnahmen, wie Gurtpflicht, Airbags oder besser geschützte Benzintanks. Das hatte drastische Konsequenzen: Während in den USA seit den 50er Jahren die Zahl der Todesopfer durch Schusswaffen praktisch unverändert hoch geblieben ist, ging im gleichen Zeitraum die Zahl der getöteten Autoinsassen um 80 % zurück.

Natürlich gibt es auch andere Gründe, warum Forschungsbedarf und Forschungsförderung bzw. -tätigkeit nicht zusammenpassen: Das Global Forum for Health Research wies in den 90er Jahren darauf hin, dass nur 10 % der globalen Forschungsmittel im Gesundheitsbereich für 90 % der weltweiten Krankheitslast ausgegeben werden. Der Grund ist, dass für Krankheiten, unter denen vorwiegend die Menschen in Afrika oder Südamerika leiden, deutlich weniger Geld zur Verfügung gestellt wird, als für Krankheiten die primär Menschen in reichen Ländern betreffen.

Ein anderes Beispiel ist das Thema Übergewicht. Hier gibt es kaum wissenschaftliche Erkenntnisse zu settingbezogenen Maßnahmen, während medikamentöse und operative Verfahren sehr intensiv beforscht werden. Nur die letztgenannten Maßnahmen sind unmittelbar wirtschaftlich verwertbar, so-



dass es sich für die Hersteller und Herstellerinnen finanziell auszahlt in Forschung zu investieren.

Ein gezielter, komplementärer Einsatz von öffentlichen Mitteln in die Untersuchung von nicht gewinnorientierten Maßnahmen findet bisher erstaunlicherweise kaum statt. Ein weiteres Problem ist, dass viele Forschungsförderprogramme entlang von definierten Krankheitsentitäten oder technischen Innovationen ausgerichtet werden. Gesundheitsförderung bezieht sich dagegen nicht auf bestimmte Erkrankungen und zeichnet sich primär durch soziale, nicht durch technische Innovationen aus.

Die Kriterien der Anwenderinnen und Anwender: Glaubwürdigkeit und lokale Relevanz

Untersuchungen zeigen, dass es den potentiellen Anwenderinnen und Anwendern von Wissen(schaft) auf zwei Aspekte ganz besonders ankommt: die Relevanz für die konkrete Situation und die Glaubwürdigkeit der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Wie oben gezeigt, liegen für einige Bereiche, wie zum Beispiel die settingbezogene Prävention und Gesundheitsförderung kaum wissenschaftliche Erkenntnisse vor. Es mag helfen, sich von der Vorstellung zu lösen, dass es eine Welt des Wissens und eine Welt des Handelns gibt, die lediglich auf die Erbauung von Brücken warten müssen, um miteinander verbunden zu werden. Im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung finden sich handlungsrelevante Informationen – wenn überhaupt – meist nur auf verstreut liegenden »Wissensinseln«. An dem Ausmaß dieses Mangels wird sich durch einige wenige Forschungsprojekte in naher Zukunft wenig ändern. Die Wissenschaft könnte dann eine Lotsenfunktion übernehmen, welche für die Boote der Anwendenden die Wissensinseln lokalisiert, deren Schätze kritisch begutachtet und den Erkenntniswert für die konkrete Situation einordnet.

Ein Beispiel für den Bedarf an dieser Lotsenfunktion sind aktuelle Maßnahmen gegen Übergewicht. In Ermangelung einschlägiger Studien kopiert die Gesundheitspolitik erfolgreiche Strategien zur Tabakkontrolle: In Ungarn werden Steuern auf Chips, Schokolade und Zutaten von Energydrinks erhoben, die Bürgermeister von San Francisco und New York bemühen sich darum, Marketingstrategien für Fastfood bzw. die Abgabe von Softdrinks in Riesenbechern zu verbieten und in den

USA versucht eine Kampagne mit dem Slogan »Eat'emlike-junkfood« Teenager auf den Geschmack von Gemüse zu bringen. Diese Art der unmittelbaren Übertragung wirft eine Reihe von Fragen auf: Führen höhere Steuern auf einige als ungesund identifizierte Nahrungsmittel nicht nur zu einem Ausweichen auf andere »ungesunde«, aber von der Steuer nicht betroffene Nahrungsmittel? Oder ist möglicherweise der einzige Effekt, dass Menschen mit einem geringen Einkommen noch stärker belastet werden? Erhöhen Verbote von »HappyMeals« und Mega-Portionen Cola nicht gerade den Reiz diese zu unterlaufen? Und ob bei einer Marketing-Schlacht um die Gunst von Teenagerinnen und Teenagern am Ende das Gemüse die Oberhand gewinnen wird, ist zunächst nicht mehr als eine interessante Frage. Die Erwartung an die Wissenschaft wäre es, Antworten auf diese Fragen zu bekommen. Die Aufgabe für die dort Tätigen ist es, diese Art von Fragen überhaupt zu stellen.

Spätestens an dieser Stelle bekommt die Glaubwürdigkeit der Wissenschaft und ihrer Institutionen eine überragende Bedeutung. Ein Beispiel für die Problematik ist eine Übersichtsarbeit mit dem apodiktischen Titel »Myths, Presumptions, and Facts about Obesity«, die Anfang 2013 im weltweit angesehenen New England Journal of Medicine veröffentlicht wurde. In dem Beitrag ordneten die Autorinnen und Autoren insgesamt 22 Ursachen von und Maßnahmen gegen Übergewicht in eine von drei Kategorien ein: Mythen, (unbewiesene) Annahmen und Fakten. Obwohl im Beitrag betont wird, dass die 22 Ursachen und Maßnahmen aufgrund ihrer praktischen Relevanz für Public Health ausgewählt wurden, fehlen in dem Artikel ausgerechnet die aktuell besonders heftig diskutierten Ursachen für Übergewicht wie Zucker, Fast-food oder Softdrinks bzw. Maßnahmen zum Umgang damit. Diese tauchen allerdings in der sehr umfangreichen Erklärung zu den Interessenkonflikten auf, in der die Autorinnen und Autoren ihre finanzielle Unterstützung durch 30 oder mehr Firmen der amerikanischen und internationalen Zucker-, Fastfood- und Softdrinkindustrie deutlich machen. Das hohe Gewicht, das die Anwenderinnen und Anwender auf die Glaubwürdigkeit ihrer wissenschaftlichen »Lotsen« legen, erscheint vor diesem Hintergrund mehr als verständlich.

Ausblick

»Vom Wissen zum Handeln« bedeutet im Analogschluss »Vom Nicht-Wissen zum Nicht-Handeln«. Bisher richtet sich die Auswahl von Forschungsthemen noch zu wenig nach einem systematisch definierten Wissensbedarf. Wissenschaft und Anwendung sollten sich besser darüber austauschen, für welche Themen Wissenslücken bestehen und auf welche Weise diese bearbeitet werden sollen. Aus den USA kommen viel versprechende Beispiele, wie das Förderprogramm zu Comparative Effectiveness Research und das nachfolgende Patient-Centered Outcomes Research Institute. Für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland wären vergleichbare Initiativen und Institutionen dringend notwendig.

Literatur beim Verfasser

Der Text basiert auf dem Eröffnungsvortrag des Autors zum 18. Kongress »Armut und Gesundheit« in Berlin am 6. März 2013. Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

PROF. DR. ANSGAR GERHARDUS, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Postfach 330440, 28344 Bremen, Tel.: (04 21) 21 86 88 00, E-Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de



KATHARINA KUBISCH, FRAUKE WILDVANG

Innovation in der Versorgung – Computer als Therapiehelfer

Das Gesundheitssystem der Zukunft braucht innovative Konzepte

Gesundheit ist ein elementares Gut für den einzelnen Menschen und die Gesellschaft. Doch gesund bleiben oder gesund werden kommt dem deutschen Gesundheitssystem teuer zu stehen: In den letzten Jahren sind die Leistungsausgaben im Gesundheitsbereich auf über 290 Milliarden Euro angewachsen und haben den Kostendruck auf die sozialen Kassen signifikant erhöht. Durch den demografischen Wandel wird sich diese Situation weiter verschärfen; Schätzungen gehen von einer Verdoppelung der Ausgaben in den nächsten 50 Jahren aus. Wie können wir diesen Herausforderungen adäquat begegnen?

Nach Meinung von Expertinnen und Experten wird eine moderne und qualitativ hochwertige Versorgung nur durch innovative Ansätze in der Behandlung finanzierbar bleiben. Das betrifft insbesondere Krankheitsbilder, die in Industrieländern immer häufiger auftreten – wie beispielsweise psychische Störungen. Jeder achte Mensch durchläuft im Laufe seines Lebens mindestens einmal eine Depression, das zeigt eine weltweit durchgeführte Studie der Weltgesundheitsorganisation. Oft bleibt es nicht bei einer depressiven Episode, sondern das Leiden wird chronisch. Die Behandlung solcher psychischer Beschwerden belastet die Gesundheitssysteme stark. In Deutschland liegen die Kosten jährlich bei fast 30 Milliarden Euro – das sind 11 % der gesamten Krankheitskosten. »Der Bedarf für psychotherapeutische Versorgung weltweit übersteigt bei weitem das, was sich eine Gesellschaft leisten kann«, stellt Pim Cuijpers fest. Der Professor für Klinische Psychologie an der Universität Amsterdam hält daher innovative Behandlungsstrategien für unabdingbar.

Die Leuphana Universität Lüneburg sucht im Rahmen ihres Innovations-Inkubators, einem Wirtschaftsentwicklungsprojekt, welches unter anderem die Schwerpunkte Digitale Medien und Gesundheit beinhaltet, nach neuen Therapiemög-

lichkeiten, welche die Behandlungskosten senken und die Qualität für Patientinnen und Patienten verbessern. In gleich zwei Projekten erforscht sie, wie Internet-basierte Programme Menschen mit einer psychischen Störung helfen können. Dazu werden von der Wissenschaft Apps für das Smartphone, Onlineprogramme für den Computer und sogar Spieleanwendungen entwickelt, mit denen Menschen ihre psychische Gesundheit wirksam fördern können.

Viele Industrieländer nutzen Onlineprogramme bereits zu psychotherapeutischen Zwecken

Die Wirksamkeit derartiger Internet-Programme ist inzwischen gut belegt. »Gerade bei leichten bis mittelschweren Depressionen können sie sehr wirksam sein«, erklärt Dr. David Ebert vom Projekt »GesundheitsTraining.Online« an der Leuphana Universität in Lüneburg. »Es gibt inzwischen zahlreiche wissenschaftliche Studien, die das zeigen.« In England, Holland oder Schweden sind die Programme bereits heute weit verbreitet. Deutschland tut sich damit schwerer – und das, obwohl die neue Behandlungsoption einige Vorteile gegenüber klassischen Ansätzen aufweist. So schämen sich Betroffene mit psychischen Beschwerden häufig, sich ihr Leiden einzugestehen und entsprechende Spezialistinnen und Spezialisten aufzusuchen. Als Folge werden psychische Erkrankungen in Deutschland zu spät behandelt. Psychiater und Psychiaterinnen gehen von Millionen psychisch Kranken in Deutschland aus, die unerkannt und unbehandelt leiden. Oft vergehen Jahre vom Auftreten der ersten Symptome bis zum Behandlungsbeginn. Die Hemmschwelle, anonym am Computer nach Hilfe zu suchen, dürfte dagegen für viele geringer sein. Zumal die Patientinnen und Patienten selbst entscheiden können, wann sie die Trainingseinheiten absolvieren. Die Programme lassen sich so sehr flexibel in den Alltag integrieren.

Zudem sind klassische Therapieplätze rar. »Im Schnitt müssen Betroffene sechs bis zwölf Monate auf den Beginn der Therapie warten«, sagt Dr. Jörn Moock. Er leitet das Forschungsprojekt »Onlinetherapie«. Diese Zeit ließe sich mit einem Onlineprogramm überbrücken. »Betroffene können damit frühzeitig ihre Behandlung starten und dabei eine Verschlimmerung der Krankheit verhindern.«

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in Lüneburg verfolgen in ihrer Arbeit unterschiedliche Ansätze: »GesundheitsTraining.Online« entwickelt eigene Onlineprogramme zu verschiedenen psychischen Beschwerden. Dabei arbeiten sie eng mit Minddistrict zusammen, dem Marktführer für Gesundheitsprogramme in den Niederlanden. Mit den Programmen bekommen Menschen die Möglichkeit, selbstbestimmt etwas für ihre psychische Gesundheit zu tun und ihre Lebensqualität zu steigern. Aktuell wird an neun unterschiedlichen Trainings, unter anderem gegen depressive Beschwerden, Schlafstörungen, Stress, Paniksymptome, Diabetes und Depression, Belastungen im Beruf von Lehrerinnen und Lehrern sowie zur Reduktion des Alkoholkonsums gearbeitet. Dabei kommen auch spielerische Elemente zum Einsatz. Unter anderem entwickelt das Forscherteam ein Spiel gegen depressive Stimmung, in dem Spielende in einer imaginären Welt verschiedene Aufgaben lösen müssen, die die Entwicklung positiver Gedanken anregen.

Das Forschungsprojekt »Onlinetherapie« evaluiert ein Selbsthilfeprogramm, das vom Unternehmen Novego AG aus Sevetal entwickelt wurde. Hier erwartet Menschen mit leichten bis mittelschweren Depressionen ein auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmtes Unterstützungsprogramm. An der



aktuellen Studie nehmen Versicherte der KKH Kaufmännische Krankenkasse teil, die das Programm über neun Monate testen.

Das Internet bietet verschiedenste Lösungen für den Therapieeinsatz

Weitere Lösungsmöglichkeiten, wie die Neuen Medien bei der Behandlung psychischer Erkrankungen helfen können, zum Beispiel mittels eines Videokonferenzsystems für die chefärztlichen Anamnesegespräche in der psychiatrischen Tagesklinik in Uelzen, werden im Rahmen des Forschungsprojektes »Onlinetherapie« erarbeitet. Dabei sind Patientin bzw. Patient und Therapeutin bzw. Therapeut per Livekamera zugeschaltet, was insbesondere den Betroffenen entgegen kommt, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind oder in einer unterversorgten Region wohnen.

Nicht um Depression, sondern um bipolare Störungen geht es in einem dritten Forschungsschwerpunkt: Menschen mit dieser Krankheit leiden unter extremen Stimmungsschwankungen. Das Institut für Wissens- und Informationsmanagement an der Leuphana hat eine App für Smartphones entwickelt, mit deren Hilfe manische und depressive Phasen frühzeitig gemessen werden können. Dazu erfassen spezielle Sensoren im Mobilfunkgerät Daten zum Kommunikations- und Bewegungsverhalten. Anhand der Daten sollen Ruhe-Aktivitätsprofile der Betroffenen erstellt werden. So können zukünftig manische und depressive Phasenwechsel frühzeitiger prognostiziert und die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert werden.

Den Gang zu therapeutischen Fachkräften können die Online-Tools mit Sicherheit nicht komplett ersetzen, darin sind sich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Leuphana einig. »Wenn es uns aber gelingt, Betroffene mit den neuen Möglichkeiten des Internets früher zu unterstützen, dann ist schon viel gewonnen.«

Weitere Informationen unter www.leuphana.de/inkubator/geton und www.leuphana.de/inkubator/onlinetherapie
Kontakt: gesundheit@leuphana.de

JOSEPH KUHN

Evaluation komplexer Interventionen in der Prävention

In Deutschland gibt es eine Reihe großer Präventionsprogramme, bei denen unter einem gemeinsamen strategischen Dach Projekte vieler Akteure und Akteurinnen mit unterschiedlichen Zielgruppen, Inhalten und Vorgehensweisen gebündelt werden. Beispiele sind nationale Programme wie die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Arbeitsschutzgesetz oder die Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 Sozialgesetzbuch V, aber auch regionale Programme wie die bayerische Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern. oder das Hamburger Stadtteilprojekt »Lenzgesund«. Diese Programme stellen nach Mühlhauser et al. und Craig et al. »komplexe Interventionen« in dem Sinne dar, dass sie aus »mehreren Einzelkomponenten« bestehen, »die sich wechselseitig bedingen und ihrerseits in komplexe Kontexte implementiert werden«.

Erfordern komplexe Interventionen auch eine komplexe Evaluation?

Während sich die Evaluation »einfacher« Präventionsmaßnahmen, etwa eines Kursangebots zur Bewegungsförderung, trotz aller auch hier bestehenden Schwierigkeiten, mehr oder weniger mit dem klassischen Evaluationsinstrumentarium bearbeiten lässt, im Idealfall mit einem an das Design randomisierter kontrollierter Studien (RCT englisch: randomized controlled trial) angelehnten Vorgehen, scheint die Evaluation komplexer Interventionen selbst ein komplexes Unterfangen zu sein. Darüber, ob auch hier eine Annäherung an das ansonsten als Goldstandard gehandelte RCT-Design möglich oder auch nur sinnvoll ist, besteht in der Literatur keine Einigkeit. Von der Einschätzung, dass komplexe Interventionen grundsätzlich kein anderes Evaluationsparadigma erfordern als andere Interventionen, über die sicher zutreffende Beobachtung, dass die Evaluation komplexer Interventionen in ihren Zielen und Elementen zunächst einmal begrifflich adäquat gefasst werden müsste bis hin zur These, dass hier völlig andere, etwa dem Ansatz der Aktionsforschung entnommene partizipative Verfahren notwendig sind oder angesichts einer prinzipiell unkontrollierbaren Verhaltensvariabilität sozialer Systeme auf die Evaluationsdimension »Wirkungsevaluation« gänzlich verzichtet werden müsse, findet sich in der Literatur ein extrem heterogenes Meinungsspektrum.

Immerhin besteht darüber Einigkeit, dass die Evaluation großer, komplexer Präventionsprogramme in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Insofern liegt hier ein Evaluationsparadoxon vor: Man geht mit guten Gründen davon aus, dass eine nachhaltige und wirksame Prävention komplexe Interventionen erfordert, die verhältnis- und verhaltenspräventive Elemente verbinden, in Settings intervenieren, alltagsnah ausgerichtet sind und viele Akteure und Akteurinnen einbinden. Dass diese Programme auch tatsächlich das bewirken, was sie bewirken sollen, scheint man aber nicht so einfach nachweisen zu können.

Evaluation einzelner Komponenten als Kompromiss

Ein Weg, der in der Evaluation komplexer Interventionen zumindest ein Stück weit beschritten wurde, ist die Reduktion von Komplexität oder wie Bödeker vorsichtiger formuliert, von »Kompliziertheit«. Einzelkomponenten lassen sich meist



einfacher evaluieren. Zugleich kann das Ausgliedern von als wirksam erachteten Programmkomponenten als analytischer Schritt dazu beitragen, systematisch über die Wirkungshypothesen eines Programms nachzudenken – im Idealfall vor der Implementation. Die Evaluation komplexer Interventionen sollte beim Programmdesign beginnen. Allerdings wird sich die Evaluation komplexer Interventionen in der Regel nicht als Summe der Evaluationen wirksamer Einzelkomponenten darstellen lassen. Es gibt Interaktionen zwischen den Programmkomponenten und es gibt in den großen Programmen komponentenübergreifende Evaluationsdimensionen, beispielsweise was die Kooperation der Beteiligten angeht, die sich durch eine Evaluation einzelner Komponenten nicht abbilden lassen.

Evidenzbasierung spart Evaluation

Möglicherweise ist das Evaluationsparadoxon bei komplexen Interventionen teilweise aber auch ein Scheinproblem, weil sich große Präventionsprogramme oft aus schon bewährten Einzelkomponenten zusammensetzen, deren nochmalige Evaluation – zumindest was die Wirksamkeit angeht – dann eigentlich verzichtbar ist. Die Evaluation könnte sich in diesen Fällen stärker auf die Umsetzungsbedingungen und die Prozesse konzentrieren.

Der Evaluation komplexer Interventionen mit dem Argument auszuweichen, sie ließen sich infolge ihrer Komplexität grundsätzlich nicht valide evaluieren, ist jedenfalls methodisch gewagt. Es hilft auch nicht, wenn zuweilen für die Qualitätssicherung in der Prävention die Orientierung an »Modellen guter Praxis« anstelle der Evaluation vorgeschlagen wird – auch Modelle guter Praxis lassen sich ohne Evaluation nicht identifizieren. Zudem ist die Entscheidung, zu evaluieren, nicht selten politisch vorgegeben. Gerade die großen Präventionspro-

gramme müssen sich politisch legitimieren, was eine Evaluation unumgänglich macht. Bei der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie ist die Evaluation beispielsweise sogar im Arbeitsschutzgesetz festgeschrieben. Dass politische Evaluationserwartungen ihre eigene Komplexität schaffen, muss man nicht weiter erläutern.

Evaluationsstandards

Was also tun? Hilfestellung bei der Strukturierung und Durchführung von Evaluationen in der Prävention geben auf einer sehr allgemeinen Ebene die Positionspapiere der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval). Die DeGEval hat u. a. Standards für die Evaluation definiert, die bereits beim Programmdesign berücksichtigt werden sollten. Demnach sollen Evaluationen vier grundlegende Anforderungen erfüllen: Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit (www.degeval.de/degeval-standards/standards):

» Nützlichkeit

Die Nützlichkeitsstandards sollen sicher stellen, dass die Evaluation sich an den geklärten Evaluationszwecken sowie am Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzer und Nutzerinnen ausrichtet.

» Durchführbarkeit

Die Durchführbarkeitsstandards sollen sicher stellen, dass eine Evaluation realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewusst geplant und ausgeführt wird.

» Fairness

Die Fairnessstandards sollen sicher stellen, dass in einer Evaluation respektvoll und fair mit den betroffenen Personen und Gruppen umgegangen wird.

» Genauigkeit

Die Genauigkeitsstandards sollen sicher stellen, dass eine Evaluation gültige Informationen und Ergebnisse zu dem jeweiligen Evaluationsgegenstand und den Evaluationsfragestellungen hervor bringt und vermittelt.

Interdisziplinäre Theoriebaustelle

Speziell zur Evaluation in der Prävention finden sich in der Fachliteratur einige Handlungsanleitungen, die zumindest teilweise auch auf komplexe Interventionen übertragbar sind. Methodische Problemaufrisse dazu gibt der Sammelband »Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention« des Robert Koch-Institutes. Für die Evaluation der gesundheitlichen (Ungleichheits-)Effekte in allgemeinen politischen Strategien, also letztlich der Evaluation des health in all policies-Ansatzes, hat zum Beispiel die Weltgesundheitsorganisation 2011 auf der Basis eines Treffens ausgewiesener Expertinnen und Experten einen Orientierungsrahmen vorgelegt. Angesichts der eingangs angesprochenen diskrepanten Positionen in der Fachliteratur ist davon auszugehen, dass die Diskussion um angemessene Evaluationsverfahren bei komplexen Interventionen anhalten wird. Ein Trost und eine Anregung zum intersektoralen methodischen Diskurs mag sein, dass sich die Probleme in anderen Politikfeldern in gleicher Weise stellen.

Literatur beim Verfasser

DR. JOSEPH KUHN, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, GE 4, Veterinärstraße 2, 85764 Oberschleißheim, Tel.: (0 91 31) 68 08 53 02, E-Mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de, www.lgl.bayern.de



BRITTA RICHTER

Ausschreibung des 3. Niedersächsischen Gesundheitspreises

Zum dritten Mal schreiben das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, das Niedersächsische Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die AOK Niedersachsen gemeinsam den »Niedersächsischen Gesundheitspreis 2013« aus. Ziel des Gesundheitspreises ist es, innovative Ansätze der gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung in Niedersachsen zu identifizieren und bekannt zu machen, damit sie anderen als Vorbild dienen können.

Preiskategorien 2013

Der Preis wird in drei Kategorien ausgeschrieben. Diese wechseln jährlich, so dass neue Entwicklungen im Gesundheitswesen berücksichtigt werden können. Die diesjährigen Preiskategorien sind:

Menschen mit psychischen Erkrankungen besser versorgen

Bei dem Schlagwort »Gesundheit« denkt man zunächst oft nur an einen gesunden Körper. Der gesunde Geist und das psychische Wohlbefinden führen viel zu oft ein Schattendasein. Doch die weite Verbreitung von psychischen Erkrankungen, aber auch zahlreiche Initiativen und Aktivitäten zeigen, dass die psychische Gesundheit als Thema in der Gesundheitsversorgung immer mehr an Bedeutung gewinnt und zunehmend enttabuisiert wird. So gibt es bereits viele Versorgungsangebote für Menschen mit Depressionen, Suchterkrankungen oder auch ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung). Das Themenfeld bietet aber noch sehr viel mehr Potenzial. Mit der Ausschreibung dieser Preiskategorie sollen interessante Ansätze identifiziert und ausgezeichnet werden.

Gesundheit in kleinen und mittleren Unternehmen fördern

In Zeiten zunehmender Veränderungen in der Arbeitswelt und einem Wandel betrieblicher Organisationen und Arbeitsbedingungen kommt der Gesundheit eine bedeutende Rolle

zu. Denn die Veränderungen in der Arbeitswelt, beispielsweise ständige Erreichbarkeit oder immerwährende Mobilität, bringen nicht nur Chancen für die Beschäftigten, sondern sorgen auch für eine Vielfalt an Herausforderungen. Innovative Ansätze in der Gesundheitsförderung und im Gesundheitsmanagement können dazu beitragen, die betrieblichen Veränderungsprozesse positiv zu gestalten. Eine eigene Kategorie für dieses Themenfeld unterstreicht die Bedeutung.

eHealth – Lösungen zur Verbesserung der Kommunikationsketten in der Gesundheitsversorgung

Wenn es um eine effiziente und patientenorientierte Gesundheitsversorgung geht, sind Mehrfachuntersuchungen, Medikamentenwechselwirkungen oder ein unzureichendes Informationsmanagement häufig diskutierte Themenbereiche. Stärker denn je ist die koordinierte Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und -erbringer gefragt. Versorgungsrelevante Informationen sollten dort vorliegen, wo medizinische oder pflegerische Entscheidungen getroffen werden: im Krankenhaus, bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, beim ambulanten Pflegedienst, bei den Patientinnen und Patienten selbst oder auch bei deren Angehörigen. Informations- und Kommunikationstechnologien können hierbei unterstützen, indem sie zur Optimierung des Datenmanagements und damit zur Schaffung von mehr Transparenz im Behandlungsprozess beitragen. In dieser Preiskategorie sollen innovative Lösungen zur Verbesserung der Kommunikationsketten ausgezeichnet werden.

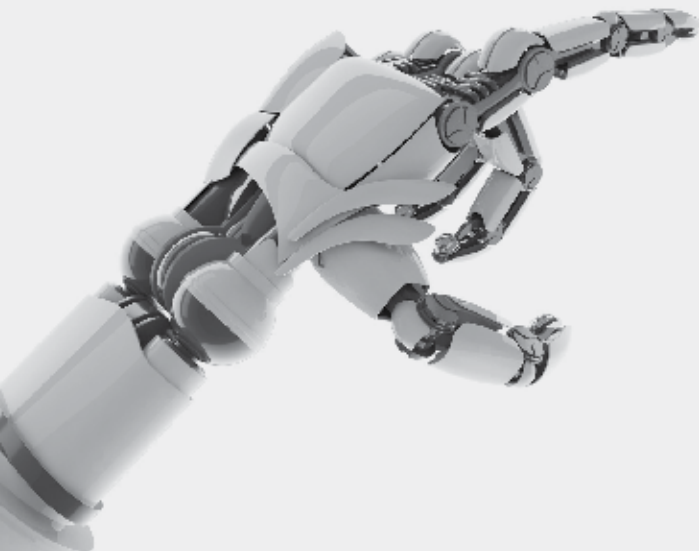
Mit der Auswahl dieser Themen soll insbesondere erreicht werden, dass innovative Ansätze stärker in den Fokus genommen werden. Die gewonnenen Erfahrungen der Bewerberinnen und Bewerber sollen sowohl der interessierten Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden als auch Eingang in die gesundheitspolitischen Diskussionen auf Landesebene finden.

Allgemeines

Vom 15. Mai 2013 bis zum 19. Juli 2013 sind alle Verbände, Institutionen, Initiativen, Unternehmen, Einzelpersonen und Fachleute aus den Bereichen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung sowie aus dem Feld eHealth eingeladen, sich zu bewerben. Das Preisgeld beträgt insgesamt 15.000 Euro und wird zu jeweils 5.000 Euro auf die drei Kategorien aufgeteilt. In den genannten Preiskategorien werden jeweils die drei besten Projekte von einer fachkundigen Jury ermittelt, die sich aus den Partnerinnen und Partnern des Niedersächsischen Gesundheitspreises sowie weiteren Vertreterinnen und Vertretern aus Forschung sowie Verbänden zusammensetzt. Die eingereichten Projekte sollten innovativ, qualitativ herausragend, praxistauglich und nachhaltig sein sowie mit angemessenem Verhältnis von Aufwand und Nutzen innerhalb Niedersachsens umgesetzt werden. Die Entscheidungen der Jury werden anhand einer Kriterienliste begründet und sind endgültig. Die Preisverleihung des dritten Niedersächsischen Gesundheitspreises findet am 20. November 2013 im Alten Rathaus in Hannover statt.

Weiterführende Informationen finden Sie unter www.gesundheitspreis-niedersachsen.de.

Anschrift siehe Impressum



HEIDRUN BECKER, RITA KUPRECHT

Robotertechnik – Chance oder Risiko für die Gesundheitsversorgung?

In der Industrie überträgt man körperlich belastende Routine-tätigkeiten schon länger Robotern. Fortschritte in der Entwicklung künstlicher Intelligenz und berührungsfreundlicher Materialien machen Roboter auch für das Gesundheitswesen interessant. Doch was ist wirtschaftlich realisierbar und was ethisch vertretbar?

Gehilfen, keine Gefährten

Eine interdisziplinäre Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften im Auftrag vom Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung (TA Swiss) zu Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung zeigt, dass intelligente Maschinen für Betreuungspersonen tatsächlich eine Entlastung darstellen können – etwa beim Tragen oder Heben von Patientinnen und Patienten. Bei zunehmender Interaktivität der Geräte nimmt die Akzeptanz jedoch ab: Die Befürchtung ist groß, dass sozial interagierende Roboter zu einer Reduktion zwischenmenschlicher Kontakte führen. Kritikerinnen und Kritiker sehen zudem die Rechte nicht einwilligungsfähiger Personen auf Selbstbestimmung und Fürsorge in Gefahr: Menschen mit fortgeschrittener Demenz bauen vielleicht nur deshalb eine Bindung zu einem Roboter auf, weil sie keine andere Wahl haben. Die Studie kommt deshalb zu dem Schluss, dass Roboter lediglich als Ergänzung zu menschlichen Kontakten einzusetzen sind, auch weil ihnen eine flexible Sicht auf individuelle Betreuungssituationen fehlt.

Die Betroffenen selbst erhoffen sich von Robotern primär mehr Unabhängigkeit im Alltag. Allerdings begeben sie sich in die Abhängigkeit von Maschinen. Ein Stromausfall kann etwa dazu führen, dass lebenswichtige Medikamente nicht verabreicht werden. Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen kommt deshalb automatisch mehr Verantwortung zu. Ungeklärt ist in diesem Kontext die Frage nach der Haftung: Wer ist verantwortlich, wenn ein autonom agierender Roboter Schaden anrichtet?

Unklare Rechtslage und hohe Kosten

Nicht zuletzt sind die mechanischen Assistenten auf digitale Patientendaten angewiesen, um ihre Arbeit zu verrichten. Mit Kamera und Mikrofon ausgestattet, ermöglichen etwa Telepräsenzroboter die Kommunikation über Distanz. Damit schaffen sie die Voraussetzung für die Versorgung von Patientinnen und Patienten in abgelegenen Gebieten. Die Aufzeichnung persönlicher Daten wirft jedoch Fragen zum Datenschutz auf, denn das Gerät registriert nebenbei auch Gespräche und Bilder aus der Umgebung. Die heutige Rechtslage ist für solche Fälle nicht gerüstet.

Was die Kosten betrifft, sind sich Expertinnen und Experten, die im Rahmen der Studie befragt wurden, einig: Die mechanischen Unterstützungssysteme werden die Gesundheitskosten kaum senken – das Gegenteil ist möglich. Ihre Anschaffung ist teuer und Apparate und Software müssen laufend aktualisiert werden.

Chancen nutzen dank proaktiver Politik

Auch wenn sich die verschiedenen Robotertypen derzeit überwiegend in der Phase der Entwicklung und Erprobung befinden, ist es entscheidend, dass sich die Gesellschaft bereits heute kritisch mit der Thematik auseinandersetzt. Grundlegende ethische, ökonomische oder juristische Fragen sollten geklärt werden, bevor die Geräte in die breite Anwendung kommen. Eine proaktive, steuernde Politik hat die besten Chancen, das positive Potenzial von Robotern zu realisieren und Risiken zu kontrollieren. Damit ist eine Politik gemeint, welche die Bedürfnisse der Nutzenden im Blick hat: Fragen des Haftungsrechts und Datenschutzes klärt, klare ethische Richtlinien zum Schutz nicht einwilligungsfähiger Personen setzt und deren Anwendung auch überprüft.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. HEIDRUN BECKER, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit, Forschung & Entwicklung, Ergotherapie, Technikumstraße 71, 8401 Winterthur, Schweiz, Tel.: (00 41 58) 9 34 64 77, E-Mail: heidrun.becker@zhaw.ch

SABINE DÜVER

Das neue Patientenrechtegesetz

Die Patientenrechte beziehen sich auf eine Vielzahl von Rechtsgebieten wie auf das Zivilrecht, Prozessrecht, Standesrecht, Sozialrecht oder Sicherheitsrecht. Im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens sollte ein einheitliches Gesetz entstehen, in dem die Patientenrechte übersichtlich zusammengefasst dargestellt sind. Am 26. Februar 2013 ist das »Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten«, kurz genannt Patientenrechtegesetz (PatRG), in Kraft getreten. Das PatRG ist kein eigenes Gesetzbuch, sondern ein sogenanntes Artikelgesetz. Es hat insbesondere das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) um einige Paragrafen ergänzt und verändert.

Die wichtigste Neuerung durch das PatRG ist, dass der Behandlungsvertrag zwischen Patientinnen sowie Patienten und Behandelnden (das sind neben den (Zahn-)Ärztinnen und Ärzten auch Angehörige anderer Heilberufe) jetzt ausdrücklich im BGB (§§ 630a bis 603h) geregelt ist. Darin wurden die durch Rechtssprechung entwickelten und somit bereits geltenden Grundsätze als Gesetz gefasst.



Weiter entwickelt wurden die Patientenrechte dadurch (noch) nicht. Insbesondere das Spannungsfeld zwischen dem zivilrechtlichen Vertragsrecht (besteht zwischen dem Arzt, Ärztin oder Krankenhaus und den Patientinnen sowie Patienten) und dem Sozialrecht löst das PatRG in der jetzigen Form nicht. Auch gibt es keine weitergehenden Beweiserleichterungen, keine verlängerten Verjährungsfristen und keinen Schadensausgleich durch einen Härtefonds.

Welchen Vorteil bringt das PatRG?

Die vertraglichen Pflichten sind jetzt in den §§ 630a fortfolgendes BGB übersichtlicher dargestellt mit der möglichen Folge, dass die Beteiligten ihre Rechte und Pflichten nun besser beachten:

- » Die Behandelnden sind verpflichtet zur Behandlung nach allgemein anerkannten fachlichen Standards, die Patientinnen und Patienten zur Zahlung der vereinbarten Vergütung, sofern nicht ein Dritter (z. B. die Kassenärztliche Vereinigung) zur Zahlung verpflichtet ist.
- » Es gibt Mitwirkungs- und Informationspflichten von Behandelnden und Patientinnen sowie Patienten.
- » Über eigene oder andere erkennbare Behandlungsfehler müssen die Behandelnden die Patientinnen und Patienten nur auf Nachfrage informieren. Ungefragt muss allerdings über einen Behandlungsfehler informiert werden, wenn gesundheitliche Gefahren drohen.
- » Wenn bekannt ist, dass die Krankenkasse nicht alle Kosten übernimmt, müssen die Behandelnden vor der Behandlung schriftlich über die voraussichtlichen Kosten informieren.
- » Jede medizinische Maßnahme bedarf der vorherigen Einwilligung durch die Patientinnen und Patienten.
- » Die Behandelnden müssen die Patientinnen und Patienten über die wesentlichen Umstände der Behandlung verständlich aufklären, insbesondere über Risiken und die zu erwartenden Folgen sowie über Behandlungsalternativen.
- » Die Behandlung ist zeitnah zu dokumentieren, nachträgliche Änderungen müssen als solche sichtbar bleiben. Die Patientenakte muss mindestens 10 Jahre aufbewahrt werden.
- » Die Patientinnen und Patienten können jederzeit Einsicht in ihre gesamte Patientenakte sowie die Herausgabe von Kopien verlangen.
- » Es gibt einige Ausnahmen von dem Grundsatz, dass Patientinnen und Patienten neben dem Schaden und dem Behandlungsfehler auch beweisen müssen, dass der Fehler für den Schaden ursächlich war. So gibt es zum Beispiel eine Beweislastumkehr bei groben Behandlungsfehlern.

Wichtige Änderungen im SGB V durch das PatRG sind:

- » Die gesetzlichen Krankenkassen sollen (vorher: »können«) ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen bei Behandlungsfehlern unterstützen.
- » Die Krankenkassen müssen jetzt über einen Antrag auf Leistungen grundsätzlich innerhalb von drei Wochen und bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) innerhalb von fünf Wochen (bei zahnärztlichen Leistungen innerhalb von sechs Wochen) nach Antragseingang entscheiden.
- » Es gibt ein zweiwöchiges Widerrufsrecht für Versicherte für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (Integrierte Versorgung, hausarztzentrierte Versorgung, besondere ambulante Versorgung).
- » Es gibt Regelungen zur Verbesserung des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern und zur Verbesserung der Patientenbeteiligung.

Die komplett neu überarbeitete Broschüre »Patientenrechte Ärztepfllichten« der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) mit allen Änderungen durch das Patientenrechtegesetz 2013 ist bei den Beratungsstellen der BAGP erhältlich (Schutzgebühr 3,- € plus Versandkosten).

SABINE DÜVER, PatientInnenstelle Barnstorf im IGEL e.V.,
Dr. Rudolf Dunger Straße 1, 49406 Barnstorf, Tel.: (0 54 42) 80 36 70,
Fax: (0 54 42) 99 19 84, E-Mail: barnstorf@patientenstellen.de,
www.igel-barnstorf.de, www.bagp.de

ILKA DIRNBERGER

30 Jahre Landesseniorenrat Niedersachsen

Am 31. Mai 1983 wurde in Braunschweig der Landesseniorenrat Niedersachsen e. V. gegründet. Damals nahmen 13 Seniorenvertretungen teil, die gleichzeitig Mitglieder des neuen Vereins wurden. Heute gibt es über 180 Seniorenvertretungen in den Gemeinden und Landkreisen Niedersachsens, die Mitglieder im Landesseniorenrat sind. Die Vertretungen sind damals wie heute parteipolitisch und konfessionell unabhängig. 30 Jahre Landesseniorenrat – das ist zunächst einmal ein Grund zur Dankbarkeit. Der Landesseniorenrat dankt allen, die seine Arbeit in den vergangenen Jahren unterstützt haben, für ihr großes Engagement. Die Seniorenvertretungen vor Ort haben maßgeblich dazu beigetragen, dass der Landesseniorenrat heute eine Interessenvertretung mit einer starken Stimme ist. In den Dank ausdrücklich eingeschlossen, sind die Niedersächsischen Sozialministerinnen und Sozialminister der vergangenen Jahre, die aktuellen und früheren Vorstandskolleginnen und -kollegen im Landesseniorenrat und selbstverständlich alle Mitglieder in den über 180 Seniorenvertretungen in den Städten, Gemeinden sowie Landkreisen. Bei allen Veränderungen in den vergangenen drei Jahrzehnten ist doch die Aufgabe kontinuierlich bestehen geblieben, die bei der Gründung eine wichtige Rolle gespielt hat: Den Seniorinnen und Senioren gegenüber der Politik kontinuierlich Gehör zu verschaffen, damit ihren Bedürfnissen und Wünschen in angemessener Weise Rechnung getragen wird. Jede gesellschaftliche Gruppe braucht ein Sprachrohr. Für die ältere Generation sind dies die Seniorenvertretungen auf kommunaler Ebene sowie der Landesseniorenrat auf Landesebene, der diese untereinander vernetzt.



Die Generationen sind aufeinander angewiesen

Seniorenvertreterinnen und -vertreter bringen ihre vielfältigen Lebenserfahrungen ein und sprechen mit beim Generationendialog. Ging es vor 30 Jahren und auch noch vor 20 Jahren vorwiegend darum, die Interessen der Älteren zu vertreten, so darf dies heute nicht mehr das einzige Ziel sein. Gute Bedingungen für ein gutes Leben im Alter gibt es nur dort, wo alle Gruppen – also auch die Kinder, die Jugendlichen, die berufstätigen Erwachsenen – einen angemessenen Platz finden.

Seniorinnen und Senioren dürfen also nicht höhere Renten fordern, ohne Rücksicht darauf zu nehmen, dass das Geld dann möglicherweise im Bildungsbereich eingespart wird. Ein solches Ziel wäre – bei aller Notwendigkeit Altersarmut zu bekämpfen – unbedacht. Denn wer noch zehn, 20 oder mehr Jahre zu leben hat, muss daran interessiert sein, dass es auch zukünftig viele gut ausgebildete junge Menschen gibt, die den Wohlstand erwirtschaften, der gebraucht wird, um ausreichende Renten zu bezahlen.

Förderung der Teilhabe von Älteren

Auch die zunehmende berufliche Mobilität zeigt die Abhängigkeitsbeziehungen zwischen den Generationen auf. Wer aufgrund des Arbeitsplatzes den Wohnort wechselt, längere Arbeitswege in Kauf nimmt oder häufig Dienstreisen unternimmt, kann seine Eltern im höheren Alter nicht oder nur ungenügend unterstützen. Diesen Mangel kann man kompensieren oder wenigstens abmildern, indem neue Formen der Nachbarschaftshilfe entwickelt und umgesetzt werden. Oder wenn neue, bezahlbare Wohnformen gemeinsam mit Architektinnen und Architekten sowie Baufirmen geplant und so gebaut werden, dass Seniorinnen und Senioren im Alter im eigenen Haus oder in der eigenen Wohnung problemlos wohnen bleiben können. Wichtig ist dabei, dass auch der öffentliche Personennahverkehr ein gutes Angebot bereit hält, dass Ärztinnen und Ärzte sowie andere Gesundheitseinrichtungen ebenso gut erreichbar sind wie beispielsweise Lebensmittelmärkte.

Ziel des Landesseniorenrates ist es, angesichts des demografischen Wandels und der Globalisierung eine Gesellschaft mit zu gestalten, in der alle Generationen, also auch die Älteren, ein selbstbestimmtes Leben führen, am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben teilnehmen und einen angemessenen Platz finden können. Wie eine solche Gesellschaft aussieht und mit welchen Mitteln sie zu erreichen ist, das muss vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Herausforderungen und Möglichkeiten ständig überdacht und aktualisiert werden.

ILKA DIRNBERGER, Landesseniorenrat Niedersachsen e. V., Odeonstraße 12, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 23 64 25, E-Mail: lsr-nds@freenet.de

GESELLSCHAFT FÜR EVALUATION E.V.

Evidenz und Evaluation – aktuelles Positionspapier der Gesellschaft für Evaluation

Die DeGEval- Gesellschaft für Evaluation hat auf ihrer Jahrestagung 2012 mit »Evidenz und Evaluation« ein Thema diskutiert, das in Politik und Praxis aktuell sehr bedeutsam ist. Der Zusammenhang von Evidenz und Evaluation ist naheliegend, soll letztere doch wesentliche Informationen für die rationale Gestaltung und Steuerung von Programmen und Organisationen erzeugen. Entscheidende und Durchführende von Evaluationen erwarten wissenschaftlich basierte Erkenntnisse, die das eigene Handeln absichern helfen.

Wunsch nach robusten Belegen

Noch vor wenigen Jahren fanden Gespräche im Vorfeld von Evaluationen auf relativ einfachem Niveau statt: Wie erkläre ich den Evaluierenden, was eine Evaluation ist? Wie erkläre ich den Auftraggebenden, was eine Evaluation leisten kann? Heute hingegen stellen Evaluatorinnen und Evaluatoren immer häufiger ein entwickeltes Verständnis und vertieftes Wissen in der Evaluation fest. Eine Reife im Umgang mit Evaluationen ist inzwischen weit verbreitet.

In der Vergangenheit waren Evaluationen thematisch breit aufgestellt: Sie prüften grundlegend den Bedarf für Projekte oder Programme, bewerteten ihre Sinnhaftigkeit und Struktur, es gab ein starkes Interesse daran, Maßnahmen durch Evaluation zu begleiten und kontinuierlich in Zusammenarbeit mit Evaluierenden zu entwickeln. Verbunden damit war ein großes Spektrum eingesetzter Methoden.

Das breite thematische und methodische Spektrum von Evaluation wird angesichts eines zunehmenden (Kosten-)Drucks auf Durchführende und Initiierende von politischen Programmen in dem Sinne reduziert, dass nunmehr von Evaluationen immer häufiger erwartet wird, Evidenzen – im Sinne von robusten Belegen – für die Wirksamkeit von Interventionen zu liefern. Das Eintreten von angestrebten Effekten soll möglichst sicher belegt sein.

Evidenzen und Effekte im sozialen Kontext

Innerhalb der sozialwissenschaftlichen Methodendebatten dominiert aktuell die Vorstellung, dass Evidenzen für Wirkungen von Programmen lediglich durch den methodischen »Goldstandard« garantiert werden können: Wirkungen können – etwas vereinfacht ausgedrückt – demnach nur bewiesen werden, wenn ein systematischer Vergleich von wenigstens zwei statistisch identischen Gruppen, von denen die erste eine »Intervention« erhält und die zweite nicht, eine signifikante Differenz ergibt. Dazu muss die Intervention kontrolliert sein, sie muss also in einer exakt vorgeschriebenen Art und Weise durchgeführt werden und demnach wiederholbar sein.

Ein solches randomisiertes und kontrolliertes Experiment ist allerdings aufgrund einer Vielzahl von Gründen in sozialen Kontexten nur schwer umsetzbar: In sozialen oder politischen Programmen lassen sich die den Erfolg beeinflussenden Variablen kaum isolieren, Programme sind in der Regel kaum in mechanischem Sinn durchführbar, vielen Programmen fehlt ein logisches Wirkmodell, Kontrollgruppen sind aus ethischen und praktischen Gründen kaum festzulegen, quantitative Studien benötigen große Stichproben.



Darüber hinaus ist auch zu fragen, was quantitative Effektstärken von Programmen inhaltlich aussagen. Der Blick auf Effekte verstellt – insbesondere bei unterfinanzierten Evaluationen – zudem allzu leicht den Blick auf nicht beabsichtigte oder sogar negative Effekte von Programmen.

Die Erwartung von Wirkungsbelegen ist gut nachvollziehbar. Wirkungsevaluationen waren auch in der Vergangenheit immer wesentliches Element der Arbeit von Evaluatorinnen und Evaluatoren. Aber die Dominanz der Forderung nach Evidenzen für Wirkungen übersieht, dass die Qualität eines Programms nicht zureichend durch Effektmessungen zu bewerten und vor allem nicht weiter zu entwickeln ist. Mit dieser Verschiebung bzw. Verengung ändert sich zunehmend die Funktion von Evaluation: sie dient weniger der Optimierung, sondern mehr der Legitimation eines Programms bzw. einer Maßnahme.

Handeln jenseits von Beweisen

Ein Blick aus anderer Perspektive: Für eine Evaluation, die Evidenzen belegt hat, ist es enttäuschend, wenn Entscheidende oder Praktikerinnen und Praktiker dann nicht den Belegen entsprechend handeln. Evaluierende müssen verstehen lernen, dass Entscheidungen durch Evidenzen zwar fundiert werden können, sie aber immer auch von anderen Variablen mitbestimmt werden. Evidenzen determinieren nicht bestimmte Entscheidungen. Handeln ist immer auch an Kontexten und Normen orientiert, die jenseits von Beweisen liegen. Entscheidungen können zwar durch Evidenzen informiert sein, sich aber dennoch an anderen Maßstäben als gemessene Belege orientieren. Handeln in politischen, sozialen oder pädagogischen Kontexten ist nicht auf »Vermessbares« im Sinne einer normativ neutralen Währung reduzierbar.

Fazit

Im Austausch zwischen Evaluierenden und Auftraggebenden sollte die – plausible – Forderung nach Erzeugung von Evidenzen die Schwierigkeiten im Blick behalten, die mit einem solchen Anspruch verbunden sind. Evidenzen sollen auch dazu dienen, Programme zu verbessern, ihren Nutzen zu steigern und die Menschen zu stärken – nicht nur messbare Effekte zu belegen. Hierzu sind Rückkopplungsschleifen und deren Aus-

wertung im Sinne von strukturierten Lernprozessen nötig. Auch erfordert ein solcher Ansatz multimethodische Zugriffe. Das geht nicht ohne einen angemessenen Aufwand und damit verbundene Kosten.

Vorstellungen von schlichten und unproblematischen Wirkungsevaluationen sind unrealistisch und reduzieren das Potenzial von Evaluationen. Die Mächtigkeit der Idee der Evidenz erzeugt die Tendenz, dass Entscheidenden nur noch als bedeutend erscheint, was in seinen Wirkungen messbar ist. Stattdessen sollte umgekehrt gefragt werden, was uns – politisch, gesellschaftlich, pädagogisch, ökologisch – wichtig ist. Ob das Wichtige messbar ist, ist dann erst die zweite Frage.

Das Positionspapier erscheint hier in leicht gekürzter Fassung. Vollständige Version unter: www.degeval.de

DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e. V., Johannes Gutenberg-Universität Mainz, c/o Zentrum für Qualitätssicherung und -entwicklung (ZQ), Forum universitatis 4, 55099 Mainz, Tel.: (0 61 31) 2 63 44 86, E-Mail: info@degeval.de

KERSTIN BAUMGARTEN, KEVIN DADACZYNSKI,
THOMAS HARTMANN

Standortbestimmung zur Akademisierung der Gesundheitsförderung

Die Etablierung des Bachelor- und Mastersystems an den Hochschulen in Deutschland hat zu tiefgreifenden Veränderungen der Angebote in den gesundheitsbezogenen Studiengängen geführt. Am Beispiel der Gesundheitsförderung wird die Akademisierung dieses Berufsfeldes aufgezeigt und das Beschäftigungsfeld charakterisiert.

Entwicklung der Studienangebote

Die Gesundheitswissenschaften haben sich als eigenständiger Studienabschluss erst in den 1990er Jahren an deutschen Universitäten mit dem »Master of Public Health« (MPH) etabliert. Gleichzeitig entwickelten sich grundständige Diplom-Studiengänge an den Fachhochschulen Hamburg, Magdeburg und Neubrandenburg mit starker Ausrichtung auf die Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung im Kontext mit den Strategien und Handlungsfeldern der Ottawa-Charta. Durch die Einführung des Bachelor-Master-Systems wurden an den Universitäten komplementär Bachelor-, an den Fachhochschulen Masterstudiengänge etabliert. Die zweigestufige Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner erfolgt nicht im Bachelor- und Mastersystem, womit bisher Übergänge zu den Gesundheitswissenschaften verbaut sind.

Eckpunkte des Bachelor- und Mastersystems

In Deutschland gibt es mittlerweile ca. 14.000 Bachelor- und Masterstudiengänge. Im Kern zielt die sogenannte Bologna-Reform darauf ab, Transparenz herzustellen und im europäischen Hochschulraum Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Dies soll vor allem der »Europäische Fachqualifikationsrahmen« bewirken, der als Übersetzungshilfe zwischen den nationalen Bildungssystemen von mittlerweile fast 50 Staaten dient, die an dem Prozess beteiligt sind. Um dies zu gewährleisten, wird ein Baukastensystem angewendet: Lernergebnisse führen zu Qualifikationen, Qualifikationen zur Einstufung in die acht Niveaustufen. Für die Abschlüsse an Hochschulen sind dies die Qualifikationsstufen sechs (Bachelor), sieben (Master) und

Zusammenstellung der Bachelorstudiengänge im Studienfeld Gesundheitsförderung und Public Health nach Hochschule, Bundesland (BL), Studiengang und Abschlussgrad (ABG)

(Stand: 1.5.2013)

Bachelorstudiengänge in Deutschland

Hochschule	BL	Studiengang	ABG
Berlin U (Charité)	BE	Gesundheitswissenschaften	B.Sc.
Bielefeld U	NW	Health Communication	B.Sc.
Bremen U	HB	Public Health / Gesundheitswissenschaften	B.A.
Coburg H	BY	Integrative Gesundheitsförderung	B.Sc.
Freiburg PH	BW	Gesundheitspädagogik	B.A.
Fulda H	HE	Gesundheitsförderung	B.Sc.
Hamburg HAW	HH	Gesundheitswissenschaften	B.Sc.
Heidelberg PH	BW	Gesundheitsförderung	B.A.
Magdeburg-Stendal H (MD)	ST	Gesundheitsförderung und -management	B.A.
Mannheim DH	BW	Angewandte Gesundheitswissenschaften	B.A.
Neubrandenburg H	MV	Gesundheitswissenschaften	B.Sc.
Nordhausen FH	TH	Gesundheits- und Sozialwesen	B.A.
Schwäbisch Gmünd PH	BW	Gesundheitsförderung	B.A.

acht (Promotion). Die Entwicklung eines Fachqualifikationsrahmens (FQR) zielt auf die Beschreibung spezifischer Kompetenzen für die in diesem Handlungsfeld tätigen Berufsgruppen von Health Professionals ab. Als Ergebnis der Genese entsteht ein hochschulübergreifendes Profil der notwendigen Kompetenzen im Berufsfeld Gesundheitsförderung und Public Health.

Studiengänge zur Gesundheitsförderung

Für die Tätigkeitsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung gibt es keine geregelte Berufsausbildung. Eine staatliche Anerkennung ist deshalb nur über Studienabschlüsse zu erreichen. Im Folgenden werden ausschließlich die grundständigen Bachelorstudiengänge an staatlichen Hochschulen einbezogen. Zertifikatskurse, Weiter- und Fortbildungen, die sich an eine erste Ausbildung anschließen können, werden nicht berücksichtigt.

In Deutschland gibt es an den ca. 400 Hochschulen derzeit 13 Bachelorstudiengänge, die sich stark inhaltlich auf die Prävention und Gesundheitsförderung ausrichten, fünf davon tragen die Gesundheitsförderung auch in ihrem Namen. Die Studiengänge verteilen sich auf drei Universitäten (U), vier Pädagogische Hochschulen (PH) und fünf Fachhochschulen (FH) und eine Duale Hochschule (DH). Durch einen Landeswettbewerb sind an den Pädagogischen Hochschulen in Baden-Württemberg vier Studiengänge neu eingerichtet worden.

Charakterisierung des Beschäftigungsfeldes

Mit dem Ziel der Curriculumentwicklung, der Dokumentation des Berufsweges und der Beschreibung des Berufsfeldes wurden am Studienstandort Magdeburg kontinuierlich Studien zum Verbleib der Absolventinnen und Absolventen durchgeführt. Die Ergebnisse zum Verbleib der ersten 150 Bachelor-

absolventinnen und -absolventen (Rücklauf $n = 100$, davon 87 Frauen und 13 Männer) zeigen, dass 50 % ein gesundheitsbezogenes Masterstudium an Fachhochschulen oder Universitäten aufnehmen und weitere 50 % nach dem Bachelorabschluss direkt in das Berufsfeld einmünden. Drei Prozent der Absolventinnen und Absolventen waren zum Befragungszeitpunkt arbeitssuchend. Zu den Aufgabenfeldern in der Berufspraxis gehören zum Beispiel Projektmanagement, betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheits- und Suchtberatung, Qualitätsmanagement und Koordination von Netzwerkstrukturen im Gesundheitswesen.

Zu den Anstellungsträgern gehören Kliniken, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen, Betriebe, Berufsgenossenschaften beziehungsweise Unfallversicherungsträger und Verbände der freien Wohlfahrtspflege. 80 % der berufstätigen Absolventinnen und Absolventen sind mit der gegenwärtig ausgeübten Beschäftigung zufrieden bzw. sehr zufrieden.

Fazit

An den Hochschulen in Deutschland hat sich die Gesundheitsförderung als Bachelorstudiengang etabliert. Dieses generalistische Ausbildungsprofil ermöglicht den Übergang in ein breites Spektrum an gesundheitsbezogenen Masterstudiengängen beziehungsweise den direkten Übergang in das Berufsfeld. Weitere Informationen ab 14. Juni 2013 unter www.gesundheit-studieren.de

Literatur bei der Verfasserin und den Verfassern
 VERTR.-PROF. DR. KERSTIN BAUMGARTEN, KEVIN DADACZYNSKI,
 PROF. DR. THOMAS HARTMANN, Hochschule Magdeburg-Stendal,
 Standort Magdeburg, Breitscheidstraße 2, 39114 Magdeburg,
 E-Mail: kerstin.baumgarten@hs-magdeburg.de

Kommunales



IRMTRAUT WINDEL

»Cool Cooking« – Essen ist mehr als Ernährung

»Cool Cooking« ist aus dem Wunsch des Lions Clubs Hannover entstanden, ein Projekt gegen Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen zu unterstützen.

Ziel sollte es sein, Kindern und Jugendlichen aus vorwiegend sozial benachteiligten Familien, die zuhause gesunde Ernährung, die Zubereitung frischer, saisonaler Nahrungsmittel, gemeinsames Essen, Tischmanieren usw. oft nicht kennen lernen, ein »cooles« Angebot zu machen, wie man gesund und lecker kochen und essen kann. Dabei sollte einerseits an die Gewohnheiten und Wünsche der Gruppe angeknüpft werden (auch Nudeln und Pizza können ein gesundes Essen sein), andererseits die Neugier auf neue, unbekannte Lebensmittel und Zubereitungsmöglichkeiten (z. B. indische Küche und Sushi) geweckt werden. Zusätzlich mussten die Rezepte »alltags-tauglich« und die Zutaten kostengünstig sein.

»Cool Cooking« entstand so als gemeinschaftliches Projekt vom Lions Club Hannover, der IGS Hannover-Mühlenberg (einem Profilkurs im 9. Jg.), der gemeinnützigen GmbH ProBeruf, deren Ziel es ist, Jugendlichen und jungen Erwachsenen den Zugang zum Ausbildungs- und Arbeitsmarkt zu ermöglichen, und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. Zusätzlich wird »Cool Cooking« vom Mercure Hotel Hannover Medical Park unterstützt.

Gleichaltrige vermitteln praktisches Wissen

Schülerinnen und Schüler eignen sich in dem Projekt statt durch Belehrung und Theorie im learning by doing-Verfahren Wissen und Kenntnisse zum Thema Ernährung an. Im Peer to Peer-Ansatz »unterrichten« Auszubildende von ProBeruf die Neuntklässlerinnen und Neuntklässler ein Jahr lang zusammen mit ihrem Anleiter oder ihrer Anleiterin. Der in letzter Zeit immer häufiger eingesetzten Peer-Education liegt die Annahme zugrunde, dass jugendliche Lehrpersonen einen größeren Lehrerfolg erzielen können, da es Kindern und Jugendlichen leichter fällt, Inhalte von (mehr oder minder) Gleichaltrigen anzunehmen: »Das Team ProBeruf gefällt uns sehr gut. Es sind sehr hilfsbereite und lustige Menschen, mit denen man Spaß am Kochen haben kann. Wir freuen uns, wenn ProBeruf wei-

terhin mit uns kocht und mit uns dran Spaß hat. Manche von uns haben auch Kochen als Wahlpflicht-Kurs und sie sagen, dass es was komplett anderes ist mit auszubildenden Köchen zu kochen als mit normalen Lehrern.«

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. hat das Konzept des Projekts zusammen mit den Partnerinnen und Partnern entwickelt, koordiniert und leitet es. Der Lions Club Hannover stellt die finanziellen Mittel zur Verfügung.

Kochen mit Profis als Highlight

Um »Cool Cooking« für die Schülerinnen und Schüler zusätzlich attraktiv zu machen, ist pro Halbjahr ein besonderes »Highlight« geplant. So hat z. B. das Mercure Hotel Hannover Medical Park der Gruppe in diesem Jahr die Möglichkeit eröffnet, in der Küche des Hotels mit einem Profikoch zu kochen, an der Bar mit einer geprüften Barmixerin alkoholfreie Cocktails herzustellen und die Tische für das abschließende gemeinsame Essen aller Partnerinnen und Partner professionell einzudecken. Ziel ist es hierbei, dass sich vielleicht künftige Azubis und ein möglicher Ausbildungsbetrieb kennen lernen.

Das Projekt ist als Pilot für drei Jahre geplant. Danach werden die Partnerinnen und Partner über eine Fortsetzung und Verbreitung des Ansatzes entscheiden.

Die Schülerinnen und Schüler haben ihr Urteil darüber bereits gefällt: »Wir haben Sachen gekocht, die wir vorher nicht alleine zuhause gekocht hätten, z. B. mexikanische Burritos haben wir auch zuhause in unserer Familie gekocht, sie fanden sie sehr lecker. Wir haben auch viele neue Lebensmittel kennen gelernt. Wir hoffen, dass dieses Projekt nicht aufhört, weil es uns sehr viel Spaß macht.«

Literatur bei der Verfasserin

Anschrift siehe Impressum

ANTJE RICHTER-KORNWEITZ

Handlungshilfe für Kommunen zum Aufbau von Präventionsketten

In Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) im Projekt »Gesund aufwachsen für alle Kinder – Der Aufbau von Präventionsketten« die Handlungshilfe Werkbuch Präventionskette. Sie ist zur Unterstützung von Kommunen beim Aufbau von Präventionsketten gedacht. Die Grundlagen für die Entwicklung des Werkbuches lieferten Gruppendiskussionen in zwei Workshops mit 22 Expertinnen und Experten aus Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Sozial- und Bildungsbe- reich sowie Stadtteilarbeit verschiedenster Kommunen (Städte und Landkreise) aus neun Bundesländern. Sie diskutierten die Bedingungen für den Aufbau einer Präventionskette im kommunalen Kontext unter verschiedenen Fragestellungen und kommentierten in Feedback-Schleifen die entstehende Handlungshilfe.

Hintergrund des Vorhabens

Hintergrund des Vorhabens ist die nach wie vor hohe Anzahl von Kindern, Jugendlichen und Eltern, die in Armut leben. So wachsen beispielsweise in Niedersachsen 17,3 % der Kinder

unter 15 Jahren in Armut auf und in manchen Städten oder auch Stadtteilen betrifft es mehr als jedes dritte Kind. Die Einkommenslage ihrer Familien bestimmt maßgeblich ihre kulturelle Teilhabe, ihre Bildungschancen und ihre Gesundheit. Die kommunale Landschaft der Jugendhilfe, des Gesundheitswesens, der Sozialen Arbeit und der Schule reagiert auf diese Situation mit Unterstützungsangeboten für Familien, Kinder und Jugendliche in benachteiligter sozialer Lage. Sie ist von einer Fülle von Maßnahmen und Projekten in unterschiedlicher Trägerschaft und Finanzierung geprägt. Doch trotz der Anstrengungen vor Ort laufen immer noch viele Unterstützungsangebote ohne ausreichende Abstimmung nebeneinander her.

Bekanntere Beispiele wie das Dormagener Konzept »Netzwerk für Familien«, »Mo.Ki« aus Monheim sowie die nordrhein-westfälischen Modellvorhaben zum Aufbau von kommunalen Präventionsketten zeigen den Erfolg von koordinierten Aktivitäten zur Armutsprävention vor Ort. Um dieses Erfahrungswissen weiterzuvermitteln, hat der bundesweite Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit« auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden, dem Deutschen Städtetag, dem Deutschen Landkreistag, dem Deutschen Städte- und Gemeindebund sowie vielen weiteren Institutionen und Organisationen den kommunalen Partnerprozess »Gesund aufwachsen für alle!« initiiert. Er bietet Kommunen in diesem Feld eine systematisierte Möglichkeit des Austauschs und des Lernens anhand von guter Praxis.

»Gesund aufwachsen für alle!« soll Kommunen zusammenführen, die Präventionsketten zur Förderung der Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen schrittweise aufbauen möchten. Der Begriff Präventionskette steht für eine präventive, lebensphasenorientierte Unterstützungsstruktur, an der sich alle verantwortlichen öffentlichen und gesellschaftlichen Akteure beteiligen, um voneinander getrennt erbrachte Leistungen und Angebote aufeinander abzustimmen. Dieses Vorgehen im Rahmen einer integrierten kommunalen Gesamtstrategie soll dazu beitragen, Angebote und Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention über Ressortgrenzen hinweg zu koordinieren und von der Geburt bis zum Ausbildungsbeginn bedarfsgerechte Unterstützungsangebote sicher zu stellen.

Werkbuch Präventionskette

Das Werkbuch Präventionskette bietet Handlungsanleitung für Kommunen beim Aufbau von Präventionsketten. Es richtet sich an die Fachebene, die eine Präventionskette vor Ort plant, steuert, koordiniert, begleitet und mitträgt. Es wendet sich mit vielen Informationen und guten Argumenten aber auch an Politikerinnen und Politiker.

Das Werkbuch Präventionskette bietet Antworten auf viele Fragen, die beim Entwickeln einer passenden Strategie für Kommunen entstehen, ohne zu stark zu generalisieren und dabei die Unterschiede innerhalb der kommunalen Landschaft, großen und kleinen Kommunen, Städten und Landkreisen, zu vernachlässigen. Mit der Fragestellung »Worum geht's beim Thema Präventionskette?« und »Warum ist sie sinnvoll?« startet das erste Kapitel, gefolgt von »Was braucht das Kind?« im zweiten Kapitel, in dem es unter anderem um die Bestandsaufnahme zu Angeboten und Angebotslücken sowie den Zugang zu den Zielgruppen geht. Das dritte Kapitel dreht sich um Herausforderungen und Chancen beim Aufbau einer Prä-

ventionskette und um weitere Fragen zum Startschuss, zur Koordination und Steuerung einer Präventionskette sowie zur Entwicklung funktionierender Netzwerke. Kurze Beiträge zu speziellen Fragestellungen betreffen das Thema Partizipation, den Aufbau von Präventionsketten in Landkreisen, die Verknüpfung des Konzepts mit dem Netzwerk Frühe Hilfen, die Einbindung des Bildungsbereichs und die Datenlage. Links, Glossar und Literatur vervollständigen die Handlungshilfe. Das Werkbuch Präventionskette wird nach Fertigstellung bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. zu beziehen sein.

Literatur bei der Verfasserin
Anschrift siehe Impressum

ANJA ZIEGENSPECK

Modellprojekt »Rollende Arztpraxis« – Wie der Landkreis Wolfenbüttel die medizinische Versorgung des ländlichen Raums sicherstellen möchte

Die ländliche Versorgungsproblematik

Zentraler Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge ist es eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bereit zu stellen und zu sichern. Dies gehört zu den Kernaufgaben der Länder unter hoher Beteiligung der kommunalen Ebene. Es wird jedoch zunehmend schwieriger, den Bedarf an medizinischen Leistungen in der Fläche aufrecht zu erhalten. Aufgrund des Mangels an Ärztinnen und Ärzten sowie einem ausgedünnten Angebot im öffentlichen Personennahverkehr fällt gerade Älteren und chronisch Kranken der Weg zur nächsten Praxis zunehmend schwerer.

Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wiederum bedeuten die Hausbesuche lange Wege. Außerdem steigen Behandlungsumfang und -häufigkeit der älter werdenden Bevölkerung. Verschärft wird die prekäre Situation dadurch, dass immer mehr Landärztinnen und -ärzte in den Ruhestand gehen und die Nachfolge für ihre Praxis nicht klären konnten. Denn Jungmediziner und -medizinerinnen haben teilweise andere Lebensmodelle und werden von Arbeitsbedingungen abgeschreckt, die viele mit einer Landarztpraxis verbinden.

Ein Modellprojekt von »Zukunftsregionen Gesundheit«

Das Modellprojekt Rollende Arztpraxis greift oben genannte Probleme auf, indem es Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität eine wohnortnahe medizinische Versorgung ermöglicht und dadurch den Bedarf an Hausbesuchen reduziert. Das Projekt wurde im Rahmen von »Zukunftsregionen Gesundheit – kommunale Gesundheitslandschaften«, einer Initiative des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, der AOK Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen angestoßen. Die anfangs lose Idee wurde in einer kleinen Arbeitsgruppe Schritt für Schritt mit Leben gefüllt. Das Ergebnis – die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Inbetriebnahme der Rollenden Arztpraxis – wurden in einem Strukturvertrag nach § 73 a SGB V und einem Rahmenvertrag zwischen den Projektpartnerinnen und -partnern geregelt.



Die »Rollende Arztpraxis« in der Umsetzung

Bei der Rollenden Arztpraxis handelt es sich um einen Kleinbus, der wie eine einfache Hausarztpraxis ausgestattet ist. In diesem Kleinbus können Leistungen der medizinischen Grundversorgung wie zum Beispiel kleine Laboruntersuchungen, Verbandswechsel und Blutdruckmessungen durchgeführt werden.

Geplant ist, dass der Bus jede Woche zu festen Zeiten zentrale Plätze in den Gemeinden anfährt, in deren unmittelbarer Umgebung keine hausärztliche Versorgung möglich ist. Die Patientinnen und Patienten sollen in dem Fahrzeug von einem freiberuflich tätigen Arzt oder Ärztin medizinisch versorgt werden und die notwendigen Arznei- und Heilmittelverordnungen erhalten. Damit die wartenden Patientinnen und Patienten nicht im Regen stehen müssen, haben die Gemeinden angemessene Warteräumlichkeiten zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wird die Rollende Arztpraxis auch die niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte unterstützen und im Rahmen von 15 Wochenstunden Hausbesuche für die Kolleginnen und Kollegen übernehmen. Der dazu notwendige Datenaustausch wird durch die technische Ausstattung gewährleistet. Ziel dieser Idee ist es, in den Hausarztpraxen Zeitkapazitäten für die mobilen Patientinnen und Patienten zu schaffen.

Wissenschaftliche Begleitung und Überprüfung

Die Rollende Arztpraxis soll Anfang August 2013 starten und ist zunächst bis zum 31. Dezember 2014 befristet. Während der Laufzeit wird das Projekt von dem Informatik- und Technologie-Zentrum (BITZ) GmbH und dem Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik der Technischen Universität Braunschweig wissenschaftlich begleitet. Es wird überprüft, ob sich das Projekt finanziell selbst tragen kann, kooperierende Hausärztinnen und Hausärzte wirklich entlastet werden und die medizinische Versorgung im ländlichen Bereich tatsächlich verbessert wird.

ANJA ZIEGENSPECK, Bildungszentrum Landkreis Wolfenbüttel, Harzstraße 2–5, 38300 Wolfenbüttel, Tel.: (0 53 31) 8 41 08, E-Mail: a.ziegenspeck@lk-wf.de

GABRIELE GROSS

Beitritt der Region Hannover zum nationalen Gesunde Städte-Netzwerk

Wie kann die Gesunde Region Hannover gestaltet werden? Mit dieser Fragestellung wollen sich Politik und Verwaltung zukünftig gemeinsam mit der Bevölkerung der Region Hannover beschäftigen. Die Region übernimmt Verwaltungsaufgaben für 21 Städte und Gemeinden und damit wesentliche Leistungen der Daseinsvorsorge für 1,1 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner – die Landeshauptstadt Hannover eingeschlossen. Auf Grundlage eines politischen Beschlusses ist die Region Hannover Anfang des Jahres dem nationalen Gesunde Städte-Netzwerk beigetreten. Das Netzwerk, bestehend aus über 70 deutschen Städten, Gemeinden und Landkreisen, hat sich zum Ziel gesetzt, dass Thema Gesundheit stärker in die Politik und die Öffentlichkeit zu tragen.

Gesundheit spielt in der Region Hannover gleich in vielfacher Hinsicht eine zentrale Rolle: Als Trägerin des Klinikums Region Hannover, einer der größten kommunalen Kliniken Deutschlands, sorgt sie für eine wohnortnahe medizinische Versorgung. Über 62.000 Menschen – fast jede bzw. jeder siebte Beschäftigte in der Region Hannover – arbeiten in der Gesundheitswirtschaft. Und durch Verbraucherschutz, Veterinärwesen, Gesundheitsberatung, Prävention und Gesundheitsförderung sorgt der Fachbereich Gesundheit für das Wohl der Bürgerinnen und Bürger.

Breite Palette an Gesundheitsangeboten

Gesundheit und Bewegung zu fördern, sind schon seit vielen Jahren wichtige Handlungsfelder der Verwaltung der Region Hannover: So unterstützt der Fachbereich Jugend zum Beispiel mit einem eigenständigen Projekt die Prävention von Übergewicht bei Grundschülerinnen und Grundschulern, auf Initiative des Fachbereichs Gesundheit wurden so genannte Bewegungsnetzwerke 50+ in einigen der regionsangehörigen Kommunen etabliert und lokale Gesundheitstreffs laden vor allem zu niedrigschwelligen Angeboten ein, etwa zu regelmäßigen Schwimm- oder Bewegungseinheiten für Frauen mit Migrationshintergrund.

Auch außerhalb der Regionsverwaltung gibt es in den 21 Städten und Gemeinden eine breite Palette an Gesundheitsangeboten unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure, die zum Ziel haben, die Gesundheit der Menschen in der Region zu fördern. Im Gesundheitsplenum für die Region Hannover, einem informellen Gremium, das sich unter anderem aus Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen, der Ärzteschaft, Bildungseinrichtungen, Sportverbänden und dem Selbsthilfebereich zusammensetzt, werden in Arbeitsgruppen gemeinsame Aktionen zur Förderung der Gesundheit geplant und umgesetzt.

In der Region Hannover gibt es zudem einen sehr aktiven Selbsthilfebereich, der seit 1986 durch die Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle im Selbsthilfebereich (KIBIS) unterstützt und gefördert wird. Die Anzahl von knapp 600 Selbsthilfegruppen im Gebiet der Region Hannover, die über eine Datenbank der hannoverschen Selbsthilfekontaktstelle KIBIS abrufbar sind, dokumentiert eindrucksvoll die Nachfrage und das breite Spektrum der Angebote. Mit 33 % machen die Selbsthilfegruppen zu chronischen Erkrankungen den höchsten Anteil aus, gefolgt von den Gruppen zum Thema Sucht mit 23 %.

Mitgliedschaft startet mit einem Dialog

Mit dem Beitritt zum Gesunde Städte-Netzwerk sollen die zahlreichen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in der Region Hannover intensiviert, weiter ausgebaut und stärker ins öffentliche Bewusstsein gerückt werden. Hierbei sollen neben den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen und aus der Politik vor allem auch die Bürgerinnen und Bürger an der inhaltlichen Ausgestaltung der Mitgliedschaft der Region Hannover in dem nationalen Netzwerk mitwirken.

Deshalb startet die Region Hannover ihre Mitgliedschaft im Gesunde Städte-Netzwerk mit einem Dialog: Im Rahmen eines öffentlichen Workshops mit dem Titel »Gesunde Region Hannover – Gestalten Sie mit!« wurden am 1. Juni 2013 die zukünftigen Schwerpunkte für die Gesunde Region Hannover definiert. Die Ergebnisse des Workshops sowie weitere Informationen zur Mitgliedschaft der Region Hannover im Gesunde Städte-Netzwerk werden zukünftig unter www.gesunde-region-hannover.de zu finden sein.

GABRIELE GROSS, Region Hannover, Fachbereich Gesundheit, Weinstraße 2–3, 30171 Hannover, Tel.: (05 11) 61 62 40 65, E-Mail: gabriele.gross@region-hannover.de

MONIKA WAGEMESTER

Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Demenz verstehen: Multiplikatoren-Fortbildung für Beschäftigte im Krankenhaus

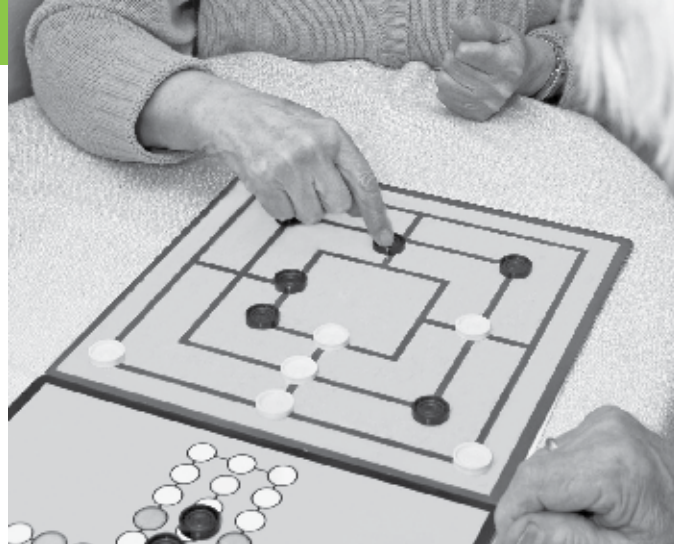
In Deutschland leiden ca. 10–15 % der Krankenhauspatientinnen und -patienten an der Nebendiagnose Demenz. Da Demenzen altersabhängige Erkrankungen darstellen, wird sich diese Zahl im Zuge der demografischen Entwicklung weiter erhöhen. Ein Krankenhausaufenthalt stellt für Demenzkranke eine enorme Herausforderung dar. Selbst Demenzkranke, die bislang fähig waren ihren Alltag relativ selbstständig zu bewältigen, geraten durch das Fehlen vertrauter Bezugspersonen, die veränderte Umgebung und die ungewohnten Tagesstrukturen an ihre Grenzen. Dies führt zu belastenden Situationen für die Betroffenen, ihre Angehörigen und auch für das Krankenhauspersonal.

Die meisten der aktuellen Konzepte und Arbeitsansätze zur pflegerischen und psychosozialen Versorgung von Menschen mit demenziellen Einschränkungen sind auf die Verhältnisse in der ambulanten oder stationären Langzeitversorgung zugeschnitten und in der Praxis umgesetzt worden.

Aktuelle Konzepte und Arbeitsansätze zur psychischen und psychosozialen Versorgung von Demenzkranken fehlen in den meisten Krankenhäusern. Der Umgang und die Kommunikation werden oft als belastungssteigernd wahrgenommen. Vor dem Hintergrund einer Zunahme von Patientinnen und Patienten mit demenziellen Einschränkungen sind besondere Handlungsstrategien und Problemlösungen gefordert.

Curriculum mit Fachverbänden entwickelt

Das KRH Klinikum Region Hannover unterstützt die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten, die auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz im Krankenhaus gezielt eingehen. Neben der eintägigen Basis- und Aufbaufortbildung, die sich an alle Mitarbeitenden im Krankenhaus wendet und ein Basis-



wissen über Demenzerkrankungen und den Umgang und Kontakt mit den Erkrankten vermittelt, bietet das KRH Bildungszentrum seit 2012 eine 160-stündige zertifizierte Multiplikatoren-Fortbildung für Mitarbeitende im Krankenhaus an. Das Curriculum für diese Fortbildung wurde in Zusammenarbeit mit der Niedersächsischen Alzheimer Gesellschaft e. V. und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. und weiteren Kooperationspartnerinnen bzw. -partnern wie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, der Ärztekammer Niedersachsen und dem Fachbereich Pflege der Region Hannover in einer Arbeitsgruppe und mehreren Fachtagungen zu dem Thema »Menschen mit Demenz im Krankenhaus« erarbeitet.

Die 160-stündige Qualifizierung soll die Teilnehmenden befähigen, im Krankenhaus Konzepte zur Verbesserung der Versorgungssituation zu entwickeln, umzusetzen und für Fragestellungen in den Kliniken beratend zur Seite zu stehen.

Eine einwöchige Hospitation in ausgewählten Einrichtungen wie Pflegeheimen, Pflegediensten oder Beratungsdiensten mit speziellen Angeboten in der Versorgung demenziell Erkrankter schließt die Fortbildung mit ein.

Teilnehmende erarbeiten Konzepte für die Praxis

Im Rahmen einer Abschlussarbeit am Ende der Fortbildung werden von den Teilnehmenden Konzepte erarbeitet, die die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus langfristig verbessern und an ihre Bedürfnisse anpassen, so dass im Klinikalltag belastende Situationen für die Patientinnen und Patienten, Angehörigen und das Klinikpersonal reduziert werden können. Ziel ist es, bei der Versorgung von und im Umgang mit Betroffenen eine Sensibilisierung des Krankenhauspersonals für die besonderen Bedürfnisse von Demenzerkrankten zu erreichen, die sich in den täglichen Behandlungs- und Arbeitsabläufen widerspiegeln.

An der erstmalig in Deutschland durchgeführten Fortbildung nahmen 21 Mitarbeitende aus dem KRH Klinikum Region Hannover teil. Die Teilnehmenden kamen vornehmlich aus der Profession Pflege, hierbei aber aus Bereichen mit den unterschiedlichsten Schwerpunkten. Die 160-stündige Qualifizierung wird derzeit von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. evaluiert und die daraus gewonnen Erkenntnisse werden in die Überarbeitung des Curriculums aufgenommen.

Nähere Informationen finden Sie auch im Internet unter <http://krh.eu/karriere/weiterbildung>.

MONIKA WAGEMESTER, KRH Bildungszentrum, KRH Klinikum Region Hannover, Stadionbrücke 6, 30449 Hannover, Tel.: (05 11) 92 71 71 50, E-Mail: monika.wagemester@krh.eu

Bücher, Medien

Praxishandbuch Social Justice und Diversity

Die Autorinnen legen, angelehnt an ein US-amerikanisches Modell, ein Training gegen strukturelle Diskriminierung für den deutschsprachigen Raum vor. Das Social Justice und Diversity Training ist ein Antidiskriminierungstraining, einsetzbar im Bildungsbereich. Neben Theoriebezügen und historischen Kontexten finden sich im Praxishandbuch vor allem Methoden und Übungen für die Praxis. Neben Sexismus geht es etwa um Ageismus, Antiziganismus, Klassismus und Rassismus. Auch der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen (Ableismus) und strukturellen Diskriminierungen, denen Kinder und Jugendliche in Bezug auf ihr Alter ausgesetzt sind (Adultismus), werden Module gewidmet. (us)

LEAH CAROLA CZOLLEK, GUDRUN PERKO, HEIKE WEINBACH: Praxishandbuch Social Justice und Diversity. Theorien, Training, Methoden, Übungen. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2012, 191 Seiten, ISBN 978-3-7799-2822-5, 21,95 Euro

Spiritualität in den Gesundheitsberufen

In den USA existieren Leitlinien, denen zufolge bei jedem Menschen, der neu in ein Akutkrankenhaus oder Pflegeheim kommt, eine spirituelle Anamnese gemacht werden soll. Und so kommt der vorliegende Leitfaden aus den USA. Es geht zum einen um die spirituellen Diagnosen, daraus folgenden Maßnahmen und deren Ergebnisse. Dabei werden verschiedene Tätigkeitsfelder wie Pflege, Rehabilitation oder Psychiatrie beleuchtet. Zum anderen wird thematisiert, wie die in einem Gesundheitsberuf arbeitenden Personen ihre eigene Spiritualität und Glaubensrichtung reflektieren können und welchen Einfluss diese auf ihre Arbeit haben. Dabei kommen auch negative Auswirkungen von Religion zur Sprache. Ein Musterlehrgang und Informationen zu spezifischen Religionen runden den Leitfaden ab. (us)

HAROLD A. KOENIG: Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfaden. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2012, 233 Seiten, ISBN 978-3-17-022279-3, 39,90 Euro

Versorgungs-Report Schwerpunkt: Gesundheit im Alter

Der Versorgungs-Report 2012 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO) beleuchtet das Schwerpunktthema »Gesundheit im Alter« aus verschiedenen Perspektiven unter der Leitfrage, welche Schritte für eine bedarfsgerechte medizinisch-pflegerische und präventive Versorgung notwendig sind. Thematisiert werden u. a. die demografische Entwicklung, der Versorgungsbedarf in der stationären Langzeitpflege, die Arzneimittelversorgung sowie die Gesundheitsförderung und die Prävention im Alter. Der Statistikteil basiert auf den Daten von 24 Millionen AOK-Versicherten und gibt u. a. Auskunft über Erkrankungshäufigkeiten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Zusätzlich bietet das Internetportal des Versorgungs-Reports einen Onlinezugang zu allen Abbildungen und Tabellen sowie Zusatzmaterial. (ml)

CHRISTIAN GÜNSTER, JOACHIM KLOSE, NORBERT SCHMACKE (HRSG.): Versorgungs-Report 2012 Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2012, 415 Seiten, ISBN 978-3-7945-2850-9, 49,95 Euro

MAQUA-HIV

In Deutschland lebende Migrantinnen und Migranten mit afrikanischem Migrationshintergrund sind zwar eine eher kleine Gruppe, sie sind jedoch stark von HIV-Infektionen und AIDS betroffen. Auf Grundlage eines Forschungsprojektes zu zielgruppenspezifischen Präventionswegen für afrikanische Migrantinnen und Migranten ist das vorliegende Manual zur Qualitätssicherung in der HIV-Prävention entstanden. Es bietet Projekten in jeder Projektphase Hilfestellungen für eine kritische Selbstreflexion. Das Manual ist didaktisch ansprechend gemacht, mit Checklisten, Literatur und Links, mit Hintergrundinformationen und Ergebnissen aus dem Forschungsprojekt, alles in kleine Informationseinheiten aufgeteilt und sehr praxisnah zusammengestellt. (us)

SILKE GRÄSER, HEINO STÖVER, GUDRUN KOCH-GÖPPERT, NORBERT R. KRISCHKE: MAQUA-HIV. Manual zur Qualitätssicherung in der HIV-Prävention für und mit Migrantinnen. Niebank-rusch-Fachverlag, Bremen, 2013, 104 Seiten, ISBN 978-3-939564-45-4, 20,00 Euro

Wechseljahre: Abschied und Neubeginn

Hitzewallungen, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen – Wechseljahrsbeschwerden. Das Gesundheitssystem behandelt Frauen im Wechsel wie Kranke. Das vorliegende Buch liefert einen wohlthuenden Gegenentwurf. Eine Gynäkologin und eine Soziologin helfen, die Sprache des Körpers zu entschlüsseln und geben Frauen Hinweise, respektvoll mit ihrer weiblichen Biologie umzugehen. Sie ermutigen Frauen, die Veränderungen des weiblichen Körpers als Chance für einen Neubeginn zu sehen. Das Buch bietet profunde Informationen über die Beschwerden, ein kritisches Hinterfragen der üblichen Behandlungsmethoden, praktische Tipps zu heilkundlichen Anwendungen bei Beschwerden, eine Einordnung in den gesellschaftlichen Kontext und viele Fallbeispiele. Es ist ein Ratgeber im positiven Sinne, aufklärerisch und respektvoll geschrieben. (us)

SABINE HAMM, URSULA MEINERS: Wechseljahre: Abschied und Neubeginn. Was Frauen über Menopause und Klimakterium wissen sollten. BuchVerlag für die Frau, Leipzig, 2013, 315 Seiten, ISBN 978-3-89798-354-0, 14,90 Euro

Geschlecht – Macht – Klima

Der internationale Klimadiskurs mitsamt seiner Problemlösungsstrategien zur Überwindung der Klimakrise ist geprägt von einer beachtlichen Technikgläubigkeit. Die soziale Dimension der Klimaproblematik zu thematisieren, wird dadurch erheblich erschwert. Der vorliegende Band gibt eine Übersicht über die anregenden feministischen Debatten um den Klimawandel und zeigt Strategien auf, um Anpassungsprozesse gerechter zu gestalten – sowohl bezogen auf die Geschlechterverhältnisse als auch auf Nord-Süd-Beziehungen. (us)

GÜLAY CAGLAR, MARIA DO MAR CASTRO VARELA, HELEN SCHWENKEN (HRSG.): Geschlecht – Macht – Klima. Feministische Perspektiven auf Klima, gesellschaftliche Naturverhältnisse und Gerechtigkeit. Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin, Toronto, 2012, 221 Seiten, ISBN 978-3-86649-330-8, 24,90 Euro



Wir müssen leider draußen bleiben. Die neue Armut in der Konsumgesellschaft.

Mit neun Analysen und Reportagen wird ein umfassendes Bild über die Ausgrenzung der in Armut lebenden Menschen in unserer Gesellschaft gezeichnet. Dabei beschreibt die Autorin neben den Methoden kontinuierlicher Abwertung auch den Profit, den die Gesellschaft aus der Position armer Menschen am Ende der gesellschaftlichen Stufenleiter zieht. Die Mehrheitsgesellschaft weist nicht nur Eigenverantwortung, sondern auch Schuld zu: Bürgerkinder in den Zeitungsredaktionen und Mitglieder der Oberschicht mit zunehmendem politischen Alleinvertretungsanspruch führen zu »Elitisierung«, zu kultiviertem Hass auf angebliche Sozialschmarotzer sowie bestenfalls zu Almosen aus dem Überschuss für die Überflüssigen. Daneben bestehen durch neue Strategien des Social Business auch Möglichkeiten unter dem Deckmantel des Sozialen, Profite mit den Ärmsten zu machen. Und trotz der deutlich vernehmbaren Rufe nach Bildung für alle als Allheilmittel gegen die Spaltung der Gesellschaft, kennzeichnet aus Sicht der Autorin eher Eliteförderung statt Bildungsgerechtigkeit die Realität unserer Gesellschaft. (ark)

KATHRIN HARTMANN: Wir müssen leider draußen bleiben. Die neue Armut in der Konsumgesellschaft. Blessing Verlag, München, 2012, 416 Seiten, ISBN 978-3-89667-457-9, 18,95 Euro

Arbeits- und Gesundheitsschutz gestalten

Gesunde, kompetente und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Voraussetzung für den Erhalt und die Steigerung der betrieblichen Innovationsfähigkeit. Um dieses zu fördern, hat der Projektverbund INDINA, bestehend aus vier Unternehmen und vier Instituten, das THMExcellence-Modell konzipiert und dieses drei Jahre lang in der Gießerei-Branche durchgeführt. Es zielt auf ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement ab und bietet Konzepte und Instrumente sowie Strategien zur Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. Diese Innovationsstrategie, die im Rahmen des Programms »Arbeiten Lernen Kompetenzen entwickeln« vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird, ersetzt traditionelle Managementstrategien und fokussiert die Auseinandersetzung mit dem Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Branche. Das Buch stellt die zentralen Ergebnisse und Erkenntnisse des Projekts vor. (sa)

RUTH HOLM, WOLFGANG ANLAUFT, VOLKER DAVID (HRSG.): Arbeits- und Gesundheitsschutz gestalten. Von der Insellösung zum ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagement. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2011, 147 Seiten, ISBN 978-3-8329-6742-0, 28,00 Euro

Jahrbuch für Erziehungsberatung

Die neunte Ausgabe des Jahrbuchs bietet eine große Bandbreite unterschiedlichster Themen. Von frühen Hilfen über Erziehungsberatung für Jugendliche, Hochbegabte und systemische Ansätze für hochproblematische Jugendliche gibt es einen Überblick über aktuelle Entwicklungen und Fragestellungen dieses Fachgebietes. Neben Konzepten, Praxisberichten und Untersuchungen wird in einem Teil der Schwerpunkt auf Trennung und Scheidung gelegt. Er fokussiert Hochkonfliktberatung, den Ansatz eines Gruppenangebotes für Familien und die Kooperation von Erziehungsberatungsstelle und Familiengericht. (bw)

KLAUS MENNE, HERMANN SCHEUERER-ENGLISCH, ANDREAS HUNDESALZ (HRSG.): Jahrbuch für Erziehungsberatung, Bd. 9. Beltz Juventa Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 332 Seiten, ISBN 978-7799-0489-2, 34,95 Euro

Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health

Das Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health listet über 500 Stichworte. Es enthält Schlüsselbegriffe der Epidemiologie, Demografie, Medizinsoziologie, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemwissenschaften und des Sozialrechts. Zudem setzt es die Erfahrungen in Deutschland in Relation zu denen in anderen Gesundheitssystemen, vor allem dem britischen, US-amerikanischen, französischen und niederländischen. Fachbegriffe werden für die Leserin bzw. den Leser in übersichtlicher Form und verständlicher Sprache, einschließlich kompakter Zusammenfassungen des jeweiligen Forschungsstandes erklärt. Hilfreich ist dieses Buch insbesondere für Studierende der Medizin, Pflegewissenschaften und Public Health. (sb)

JENS UWE NIEHOFF, BERNARD BRAUN: Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health. Nomos-Verlag, Baden Baden, 2010, 325 Seiten, ISBN 978-3-832-94025-6, 29,00 Euro

Altern mit Zukunft

Dem Altern eine Zukunft geben – mit dieser Perspektive befassen sich die Beiträge aus Forschung und Praxis in diesem Sammelband. In dem ersten Abschnitt des Buches werden Rahmenbedingungen für die Zukunftsfähigkeit einer alternden Gesellschaft skizziert. Im zweiten Abschnitt erfolgt eine Vorstellung von Forschungsansätzen, die Impulse für die gerontologische Praxis geben. Vielfältige Thematiken finden in diesem Zusammenhang Erwähnung, zum Beispiel Möglichkeiten der Lebensqualitätssicherung durch Altenberatung oder betriebliche Interventionsmöglichkeiten für die Unterstützung erwerbstätiger Pfleger. Im letzten Abschnitt werden aussichtsreiche Praxisansätze aufgeführt, wobei zum Beispiel auf die Arbeit des Kuratoriums Deutsche Altershilfe oder der Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung Bezug genommen wird. Das Buch bietet neue Perspektiven für die zukünftige Gestaltung des individuellen und kollektiven Alterns. (mp)

STEFAN POHLMANN (HRSG.): Altern mit Zukunft. Springer VS, Wiesbaden, 2012, 337 Seiten, ISBN: 978-3-531-19417-2, 49,95 Euro

Gendering 9/11

Der funktionale Zusammenhang von Geschlecht, Krieg und Medien ist bislang nur wenig erforscht worden. Die vorliegende Untersuchung zeigt die zentrale Rolle, die Geschlechterbilder bei der Wahrnehmung und Deutung von Terror und Krieg gegen den Terror spielen, und wie daraus politisches Handeln begründet wird. Die mediale Verarbeitung der Terroranschläge am 11. September 2001 in den USA wird anhand der Berichterstattung zweier deutscher Leitmedien, der Frankfurter Allgemeinen Zeitung und des Spiegels, untersucht. Die Autorin fragt danach, wie Bilder von Männlichkeit und Weiblichkeit die Wahrnehmung, Erklärung und Bewertung von Terror und Krieg gegen den Terror strukturieren. Kritisch beleuchtet werden insbesondere Funktion und Mobilisierbarkeit von Geschlecht im Kontext von Krieg und Terror. (us)

ANDREA NACHTIGALL: Gendering 9/11. Medien, Macht und Geschlecht im Kontext des »War on Terror«. Transcript Verlag, Bielefeld, 2012, 474 Seiten, ISBN 978-3-8376-2111-2, 34,80 Euro

Körper und Sprache – Theoretische und klinische Beiträge zu einem intersubjektiven Verständnis des Körpererlebens

Die erweiterte Neuauflage des Buches postuliert das Bild eines Körpers, der nicht getrennt von Sprache, sondern als Teil von Sprache zu sehen ist. Körpererleben als individueller Aspekt ist nur schwer in Worte zu fassen und nur in der Interaktion mit anderen Individuen erklärbar. Der Autor ergänzt hierzu die beiden wissenschaftlichen Zugänge der phänomenologischen Analyse von Formen und der psychoanalytischen Interpretation der Körpersprache um die historische Anthropologie des körperlichen Ausdrucksvermögens. Das Werk hilft Praktikerinnen und Praktikern ihre klinisch-therapeutische Arbeit mit Patientinnen und Patienten theoretisch neu zu fundieren und mit neuen Konzepten praktisch umzusetzen. (st)

JOACHIM KÜCHENHOFF: Körper und Sprache – Theoretische und klinische Beiträge zu einem intersubjektiven Verständnis des Körpererlebens. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2012, 370 Seiten, ISBN 978-3-8379-2165-6, 36,90 Euro

Journal Gesundheitsförderung

Der Verlag für Gesundheitsförderung gibt eine neue Zeitschrift heraus, das Journal Gesundheitsförderung. Im Mittelpunkt des ohne Werbung finanzierten circa 80seitigen Farb-Journals stehen Berichte und Analysen der heute in der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung angewandten Methoden. Schwerpunkt der ersten Ausgabe ist der Settingansatz. Die Schwerpunkte der beiden nächsten Ausgaben werden die »Betriebliche Gesundheitsförderung als Wachstumsmotor« sowie das Thema »Sportwissenschaften, Sportverbände und Vereine mobil machen« sein. Die Rubriken Politik, Methoden, Ausbildung und Forschung zeichnen ein kompaktes Bild der Professionalität im Feld Gesundheitsförderung. Initiativen und Projekte sind eingeladen, ihre Arbeit vorzustellen und kritisch zu reflektieren. Die Zeitschrift richtet sich an Akteurinnen und Akteure aus Politik, Wissenschaft und Praxis. Eine 12seitige Leseprobe sowie Bestellformular für ein Probeheft oder Abo finden Sie unter www.conrad-verlag.de (us)

Journal Gesundheitsförderung, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, 4 Hefte pro Jahr à 80 Seiten, ISSN 2195-9552, 49,00 Euro (einschl. MwSt. und Versandkosten)

Gender Turn – Gesellschaft jenseits der Geschlechternorm

Geschlechtliche Differenzvorstellungen bilden eine grundlegende Basis unseres Denkens und Handelns und prägen Diskurse in Politik, Gesellschaft und Religion. Die Autorinnen und Autoren des Sammelbandes hinterfragen diese Geschlechterkonstruktion kritisch und eröffnen Perspektiven auf einen »Gender Turn«, also eine Abkehr von einer dualistischen Wahrnehmung der Kategorie Geschlecht. Die Beiträge schlagen hierbei eine Brücke zwischen theoretischen Betrachtungsweisen und konkreten lebensweltlichen Fragen, z. B. die kontroverse Diskussion um Caster Semenya und gender tests im Leistungssport. Sie sind somit für Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft und Praxis von großem Interesse. (mp)

CHRISTIAN SCHMELZER (HRSG.): Gender Turn – Gesellschaft jenseits der Geschlechternorm. transcript Verlag, Bielefeld, 2012, 222 Seiten, ISBN 978-3837622669, 22,80 Euro

Schluss mit Prokrastinieren

Prokrastinieren heißt Aufschieben. Es gibt verschiedene Typen von Aufschieberinnen und Aufschiebern, die zu Hause, in Schule, Studium oder Büro Verzögerungstaktiken entwickeln, um nicht sofort anfangen zu müssen, anstehende Dinge zu erledigen. Das Buch gibt Hilfestellungen, wie damit aufgehört werden kann. Anschauliche Beispiele, Selbsttests und praktische Übungen helfen, die Fähigkeiten zu stärken, die Dinge sofort zu regeln. (us)

MONICA R. BASCO: Schluss mit Prokrastinieren. Wie Sie heute beginnen, mit dem Aufschieben aufzuhören. Verlag Hans Huber, Bern, 2012, 184 Seiten, ISBN 978-3-456-85081-8, 19,95 Euro

Gesundheitsförderung mit System: quint-essenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sind komplex: Meist gilt es, zahlreiche Akteure und Akteurinnen mit unterschiedlichen fachlichen Hintergründen, Interessen und Arbeitsroutinen an Interventionen zu beteiligen. Die Umsetzung des Anspruchs an Partizipation und Empowerment sowie die Notwendigkeit, bewährte Interventionen an den jeweiligen Kontext anzupassen, stellen zusätzlich eine Herausforderung dar. Das vorgestellte Qualitätssystem »quint-essenz« soll helfen, Projekte besser zu planen, umzusetzen und zu evaluieren. Das Buch wendet sich an Fachpersonen und Organisationen, die in ihrem Arbeitsfeld mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten zu tun haben und Möglichkeiten der Qualitätsentwicklung kennen lernen wollen. (sb)

PETRA KOLIP, GÜNTHER ACKERMANN, BRIGITTE RUCKSTUHL, HUBERT STUDER: Gesundheitsförderung mit System: quint-essenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag Hans Huber, Bern, 2012, 268 Seiten, ISBN 978-3-456-85048-1, 36,95 Euro

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



Ich hätte mal eine Frage ... Beratung in Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten Familienunterstützender Dienste 15.08.2013, Hannover

Koordinatorinnen und Koordinatoren in Familienunterstützenden Diensten Niedrigschwelliger Betreuungsangebote arbeiten in einem komplexen Aufgabenfeld. Sie müssen Bedarfe der Familien erkennen, Wünsche berücksichtigen, Angebote entwickeln, Mitarbeiterereinsatz steuern und einiges mehr. In vielen Situationen des Berufsalltages werden sie sowohl von den Familien als auch von den ehrenamtlichen Mitarbeitenden um Rat und Information gefragt. Die klassische Beratungssituation in einem geschützten Raum mit vereinbarter Zeit ist dabei eher die Ausnahme. Diese Beratungen bieten Möglichkeiten und haben Grenzen hinsichtlich dessen, was geklärt werden kann. Einer explorierenden und ergebnisoffenen Haltung des Beratenden kommt dabei eine wesentliche Bedeutung zu.

Kaiserschnitt Ja! Nein! Vielleicht? Tagung des Netzwerkes Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen 26.08.2013, Hannover

Fast jedes dritte Kind kommt mit einem Kaiserschnitt auf die Welt – Tendenz steigend. Dabei gibt es große regionale Unterschiede. In Niedersachsen liegt die Kaiserschnitt-Rate zwischen 26 und 43 % und liegt damit über dem Bundesdurchschnitt. Laut Weltgesundheitsorganisation WHO sind nur 10 bis 15 % dieser Eingriffe medizinisch wirklich notwendig. Im Rahmen der diesjährigen Tagung des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen wird den Ursachen für Kaiserschnitte nachgegangen und Ansätze zur Senkung der Kaiserschnittsrate vorgestellt. Die Tagung wurde in Kooperation mit der Kaiserschnittstelle Hannover und dem Frauen- und MädchenGesundheits-Zentrum Region Hannover e. V. vorbereitet. Trägerorganisationen des Netzwerkes sind pro familia LV Niedersachsen, LVG & AFS, das niedersächsische Sozialministerium und der SoVD LV Niedersachsen.

Sozialrechtliche Perspektiven zur ärztlichen Begutachtung von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen – Workshop des öffentlichen Gesundheitsdienstes 29.08.2013, Hannover

Inklusion, Integrationshelfende, Teilhabebeeinträchtigung, Hilfeplanung für passgenaue Hilfen – das sind die neuen Stichworte für die sozialmedizinische Begutachtung auch im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst. Obwohl die gesetzlichen Grundlagen zur Hilfeerbringung durch die Eingliederungshilfe grundsätzlich unverändert sind, gibt es doch viele spitzfindige Detailfragen, die die begutachtenden Ärztinnen und Ärzte vor oft unlösbare Probleme stellen. Welchen Spielraum gibt es hier für die beteiligten Ämter, für die Eltern und für die Schulen? Wann werden Leistungen nach SGB XII oder SGB VIII erbracht? Welche Pflichten haben die Schulen? Was können Eltern fordern? Diesen Detailfragen wird innerhalb des ganztägigen Workshops mit Hilfe eines versierten Sozialrechtlers nachgegangen und sie werden anhand praktischer Beispiele diskutiert.

20. Robert-Koch-Tagung 05.–06.09.2013, Hannover

In einem neuen Format, an einem neuen Ort findet die diesjährige Robert-Koch-Tagung erstmalig in Hannover statt. Traditionell werden den Ärztinnen und Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes auch auf der 20. Robert-Koch-Tagung interessante Beiträge zu den Themen »Kinder- und Jugendgesundheit«, »Gutachtenwesen«, »Trinkwasser und Umweltmedizin« und »Infektionsschutz« angeboten. Erstmals finden – neben einer Vielzahl an Fachvorträgen – in diesem Jahr am Nachmittag des ersten Veranstaltungstages zusätzlich Workshops zu den unterschiedlichen Themengebieten statt.

Abschlussstagung EWINA 12.09.2013, Hannover

Das Modellprojekt EWINA – Effekte, Weiterentwicklung und Inanspruchnahme Niedrigschwelliger Betreuungsangebote (NBA) – endet am 30. September 2013. Während der Abschlussstagung sollen zentrale Ergebnisse des Projektes vorgestellt und mit Beispielen guter Praxis verknüpft werden. Im Fokus stehen dabei die Arbeitsschwerpunkte Öffentlichkeitsarbeit, Qualifizierung Ehrenamtlicher, Angebotsformen, Vernetzung und Kooperationen sowie Beratung in NBA. Um einen guten Praxistransfer zu ermöglichen, soll in Workshops gearbeitet werden. Es werden neben den NBA-Anbietern Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus Beratungsstellen, Pflegekassen, MDK, Sozial- und Gesundheitsämtern sowie Seniorenservicebüros, Pflegestützpunkten und kommunale Vertreterinnen und Vertreter eingeladen.

Heimlich, still und leise? Umgang mit Sexualität in der Altenpflege 16.09.2013, Hannover

Lebensfreude, Lust und Sinnlichkeit werden in der Regel nicht mit Altenpflegeeinrichtungen in Verbindung gebracht. Die Fachtagung gibt Anregungen dazu, wie Organisationen der Altenpflege sich des Themas annehmen können. Es wird auch um Scham und das umstrittene Konzept der Sexualassistenz gehen. Die Tagung findet in Kooperation mit pro familia LV Niedersachsen statt.

Gesundheitsversorgung wohnortnah sichern – Gesundheits regionen als Perspektive 18.09.2013, Hannover

Die zukünftige Sicherstellung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung ist insbesondere für den ländlichen Raum herausfordernd. Eine alternde Gesellschaft, der Bedarf an Fachkräften sowie Schnittstellenproblematiken zwischen den Versorgungsbereichen machen eine kooperative Zusammenarbeit aller Beteiligten unabdingbar. Das dreijährige Modellprojekt »Zukunftsregionen Gesundheit – kommunale Gesundheitslandschaften« sollte genau dort ansetzen und mit einer breiten Beteiligung aller Akteurinnen und Akteure in den Landkreisen sowie auf Landesebene verbesserte und neue Formen der gesundheitlichen Versorgung und Kommunikationsstrukturen initiieren. Die Abschlussstagung soll die Projekterfahrungen und Ergebnisse sowie mögliche Perspektiven für die Gesundheitsregionen von morgen aufzeigen.

Führungsaufgabe Gesundheit – Was hält Frauen und Männer in der Arbeitswelt gesund? 23.09.2013, Hannover

Gesundheitsmanagement in Betrieben und Verwaltungen gewinnt aufgrund der sich wandelnden Arbeitswelt und der hohen Relevanz an psychischer Gesundheit zunehmend an Bedeutung. Führungskräfte haben zum einen besondere Belastungen im Arbeitsalltag, zum anderen nehmen sie Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden. Welche Rollen haben Führungskräfte in einer erschöpften Arbeitswelt? Was zeichnet ein gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten aus? Wie können Männer und Frauen im Gesundheitsmanagement erreicht werden? Auf der Veranstaltung werden vormittags unter anderem diese Fragen in Vorträgen und Diskussionen beleuchtet. Am Nachmittag werden in Foren die Themen »Führung und psychische Gesundheit«, »Teamentwicklung und Konfliktmanagement«, »Männergesundheit und Frauengesundheit in Organisationen« und »Arbeitsfähig in die Zukunft« vertieft.

»Leben mit Autismus – (k)ein Problem?!« 2. Interdisziplinäre Fachtagung 28.09.2013, Walsrode

Die 2. Interdisziplinäre Fachtagung hat zum Ziel, einen aktuellen und praxisrelevanten Überblick über die verschiedenen Facetten der Autismus-Spektrum-Störungen, sowohl durch Betroffene als auch durch Fachleute, zu vermitteln. Während die Settings Kindergarten und Schule bereits im Mittelpunkt der 1. Fachtagung standen, soll das Spektrum der diesjährigen Tagung um den Bereich Arbeit und Kommunikation erweitert werden. Die Tagung richtet sich neben Fachkräften des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens an Menschen mit Autismus, um auch ihnen die Möglichkeit zu bieten, ihre Sichtweise darzulegen, sowie an deren Bezugspersonen (Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrkräfte, Schul- und Arbeitsplatzassistentinnen und -assistenten).

Jahrestagung des »Netzwerks Kita und Gesundheit Niedersachsen« 2. Tagung Erzieher_innen sind Mehrwert! Position beziehen – Standort neu bestimmen – Gesundheit fördern 30.09.2013, Hannover

Die landesweite Fachtagung ist als Folgeveranstaltung zur Jahrestagung des vergangenen Jahres gedacht. Die Anforderungen an Fachwissen und Fertigkeiten der Erzieherinnen und Erzieher sollen ebenso thematisiert werden wie Fragen der Unterstützung, der beruflichen Selbst- und Fremdwahrnehmung und der gesundheitsfördernden Gestaltung des Arbeitsalltags. Die Tagung richtet sich an Fachkräfte aus Kindertageseinrichtungen sowie an andere Professionelle aus den Bereichen Erziehung, Gesundheit, Soziales und Bildung.

»Alles im Fluss – seelische Gesundheit und ihre Störungen im Lebenslauf« Fachtagung zum 6. Nds. Aktionstag für seelische Gesundheit 09.10.2013, Stade

Die Fachtagung setzt sich mit der seelischen Gesundheit in unterschiedlichen Lebensabschnitten auseinander. Dabei werden Kinder und Jugendliche, Erwachsene, aber auch ältere Menschen in den Blick genommen. Neben Vorträgen werden Workshops angeboten, wie zu den Themen Frühe Hilfen, Work-Life-Balance und Generationen wohnen. Der Aktionstag findet u. a. in Zusammenarbeit mit der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, dem Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen, der Medizinischen Hochschule Hannover, dem BKK Landesverband Mitte, der AWO Dialog gGmbH und dem Landkreis Stade statt.

VORSCHAU

23. Niedersächsische Suchtkonferenz 28.10.2013, Hannover

Jugendgesundheit 05.11.2013, Hannover

14. SOPHIA- Fachtagung – Ich sehe was, was du nicht siehst 08.11.2013, Hildesheim

Schulverpflegung in Bewegung Teil II 14.11.2013, Hannover

Preisverleihung des dritten Niedersächsischen Gesundheitspreises 20.11.2013, Hannover

Eine Frage des Geschlechts? Gesundheitskommunikation gendersensibel gestalten 21.11.2013, Hannover

Jahrestagung der Landesagentur Generationendialog 03.12.2013, Hannover

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Altenpflege motivieren 05.12.2013, Hannover

IMPRESSUM



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fensckeweg 2, 30165 Hannover

Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: (05 11) 3 50 55 95

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Sven Brandes, Sabine Erven, Sandra Exner, Birte Gebhardt, Anne Hinneburg, Jan Kreie, Michaela Ludewig, Angelika Maasberg, Dörthe Meier, Maren Preuß, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Stephanie Schluck, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Anna Stern, Nicole Tempel, Kerstin Utermark, Marcus Wächter, Veronika Warga, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

» **Beiträge:** Prof. Dr. Volker Amelung, Vertr.-Prof. Dr. Kerstin Baumgarten, Prof. Dr. Heidrun Becker, Emanuel Becklas, Kevin Dadaczynski, Ilka Dirnberger, Sabine Düver, Prof. Dr. Thomas Hartmann, Dr. Jan Böcken, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Gesellschaft für Evaluation e.V., Gabriele Groß, Dr. Tanja Hantke, Dr. Wolfram Hartmann, Dr. Klaus Koch, Katharina Kubisch, Dr. Joseph Kuhn, Rita Kuprecht, MDB Daniela Kolbe, Dr. Andreas Mielck, Dr. Karsten Neumann, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Britta Richter, Dr. Wiebke Sponagel, Dr. Silke Thomas, Monika Wagemester, Dr. Frauke Wildvang, Irmtraut Windel, Dr. Sascha Wolf, Anja Ziegenspeck

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 80: 31.07.2013

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

» **Auflage:** 8.500

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

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

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

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

» **Titelfoto:** © Szasz-Fabian Erika - Fotolia.com

» **Fotos:** S. 17 © www.gesundheitspreis-niedersachsen.de, alle anderen

© Fotolia.com: Africa Studio, vagabondo, djama, Jenseman04, Kzenon, www.Finanzfoto.de, udra11, Harald07, fovito, VRD, lassedesignen, JcJg Photography, bloomia, Artem Shcherbakov, Moritz Breuer, Comugnero Silvana, Rynio Productions, pectral-Design, tournee, fotos4people, Mopic

20.08.2013 » Impulse für das Wohnen im Alter: Neue Wohn- und Pflegeformen im Landkreis Heidekreis, Soltau, Kontakt: Niedersachsenbüro »Neues Wohnen im Alter«, Hildesheimer Str. 15, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 3 88 28 96, E-Mail: info@neues-wohnen-nds.de, www.neues-wohnen-nds.de

18.09.2013 » Ethikberatung in der Altenpflege – Erfahrungen und Perspektiven, Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG), an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 24 14 96, Fax: (05 11) 1 24 14 97, E-Mail: zfg@evlka.de, www.zfg-hannover.de

29.08.2013 » Kommunen im demografischen Wandel beleben: Neue Wohnformen und verbindliche Nachbarschaften im ländlichen Raum, Hannover, Kontakt: Niedersachsenbüro »Neues Wohnen im Alter«, Hildesheimer Str. 15, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 3 88 28 96, E-Mail: info@neues-wohnen-nds.de, www.neues-wohnen-nds.de

25.09.2013 » Männergesundheit – Krebs und Sexualität, Westerstede, Kontakt: Netzwerk Gesundheitsstadt im Grünen, Gaststr. 4, 26655 Westerstede, Tel.: (0 44 88) 5 20 72 88, Fax: (0 44 88) 5 20 58 59, E-Mail: gteusner@westerstede.de

30.09–01.10.2013 » Befristete Beziehungen – Menschengerechte Gestaltung von Arbeit in Zeiten der Unverbindlichkeit, Hannover, Kontakt: Leibniz Universität Hannover, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaften, Schlosswender Str. 5, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 7 62 48 46, Fax: (05 11) 7 62 39 66, E-Mail: sekretariat@wa.uni-hannover.de, www.wa.uni-hannover.de

04.07.2013 » Gesund älter werden: Ressourcen stärken – Potenziale nutzen, Düsseldorf, Kontakt: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Westerfeldstr. 35/37, 33611 Bielefeld, Tel.: (05 21) 8 00 70, Fax: (05 21) 80 07 32 00, E-Mail: poststelle@lzg.gc.nrw.de, www.lzg.gc.nrw.de

04.–06.07.2013 » 14. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin, München, Kontakt: Süddeutscher Verlag Veranstaltungen GmbH, Roswitha Kübler, Justus-von-Liebig-Str. 1, 86899 Landsberg, Tel.: (0 81 91) 12 54 33, Fax: (0 81 91) 12 59 74 33, E-Mail: roswitha.kuebler@sv-veranstaltungen.de, www.sv-veranstaltungen.de/medizin/

09.07.2013 » Gesundheitliche Chancengleichheit in Kindertageseinrichtungen, München, Kontakt: Regionaler Knoten Bayern – Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit, Iris Grimm, Pfarrstraße 3, 80538 München, Tel.: (0 91 31) 68 08 45 06, Fax: (0 91 31) 68 08 45 13, E-Mail: iris.grimm@lgl.bayern.de, www.lgl.bayern.de

12.–13.07.2013 » Kind & Sicherheit – Prävention von Verletzungen bei kleinen Kindern, Bochum, Kontakt: Deutsche Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter e. V., Sylvia Meier, Blankensteiner Str. 256, 44797 Bochum, Tel.: (01 76) 66 83 08 39, Fax: (0 32 12) 6 68 30 83, E-Mail: post@dapg.info

19.–20.07.2013 » Prävention und Gesundheitsförderung, die ankommt, Berlin, Kontakt: Verband der Oecotrophologen, Reuterstr. 161, 53113 Bonn, Tel.: (02 28) 28 92 20, Fax: (02 28) 2 89 22 77, E-Mail: vdoe@vdoe.de, www.vdoe.de

29.–30.07.2013 » Höher, schneller, weiter ... und immer anders – Klein, gesund und wettbewerbsfähig, Mannheim, Kontakt: DNBGF – Geschäftsstelle, c/o BKK Bundesverband GbR, Kronprinzenstr. 6, 45128 Essen, Fax: (02 01) 1 79 10 32, E-Mail: dnbgf@bkk-bv.de, www.dnbgf.de

06.09.2013 » DOSB Fachforum »Bewegungsräume für Ältere – Neue Impulse für die Sport- und Stadtentwicklung«, Hamburg, Kontakt: Deutscher Olympischer Sportbund, Katharina Latzel, Otto-Fleck-Schneise 12, 60528 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 6 70 00, Fax: (0 69) 67 49 06, E-Mail: latzel@dosb.de

11.–14.09.2013 » 43. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Immunologie, Mainz, Kontakt: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena, Tel.: (0 36 41) 3 11 60, Fax: (0 36 41) 3 11 62 41, E-Mail: registrierung@conventus.de

12.09.2013 » Kongress des »Paktes für Prävention« – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg, Hamburg, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., Denis Spatzier, Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg, Tel.: (0 40) 2 88 03 64 18, E-Mail: denis.spatzier@hag-gesundheit.de, www.hamburg.de/pakt-fuer-praevention/

16.–18.09.2013 » Dritte Hochschultagung »Sichere gesunde Hochschule«, Dresden, Kontakt: Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Paul Krönert, Königsbrücker Landstr. 2, 01109 Dresden, Tel.: (03 51) 4 57 19 29, E-Mail: sicherehochschule2013@dguv.de

18.–20.09.2013 » Kongress Gesundheit zwischen Demographie und Ökonomie, Marburg, Kontakt: Philipps-Universität Marburg, Institut für Medizinische Soziologie & Sozialmedizin, Martina Schmidt-Stolte, Thomas Wagner, Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg, Tel.: (0 64 21) 2 86 62 44 oder 2 86 40 15, Fax: (0 64 21) 2 86 56 60, E-Mail: tagung-GWD-2013@staff.uni-marburg.de

18.–21.09.2013 » Deutscher Suchtkongress, Bonn, Kontakt: CPO HANSER SERVICE, Hanser & Co GmbH, Zum Ehrenhain 34, 22885 Barsbüttel, Tel.: (0 40) 6 70 88 20, Fax: (0 40) 6 70 32 83, E-Mail: sucht2013@cpo-hanser.de, www.deutschersuchtkongress.de

20.–21.09.2013 » Gefordert und gefördert: Wie selbstbestimmt ist ehrenamtliches Engagement? Dritte Ökumenische Tagung zum ehrenamtlichen Engagement in Kirche und Gesellschaft, Köln, Kontakt: Projektbüro Ökumenische Tagung zum ehrenamtlichen Engagement in Kirche und Gesellschaft, Nathalie Pieper, c/o Zentralkomitee der deutschen Katholiken, Postfach 240141, 53154 Bonn, Tel.: (02 28) 3 82 97 78, Fax: (02 28) 3 82 97 44, E-Mail: anmeldung@zdk.de

27.09.2013 » 1. Gleichstellungspolitische Sportkongress des DOSB »Frauen in Führung«, Düsseldorf, Kontakt: Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB), Kirsten Witte-Abe, Otto-Fleck-Schneise 12, 60528 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 6 70 03 31, E-Mail: witte-abe@dosb.de

27.–28.09.2013 » 25 Jahre Institut für Sexualpädagogik – Fachtagung »Neugierig«, Frankfurt am Main, Kontakt: Institut für Sexualpädagogik, Huckarder Str. 12, 44147 Dortmund, Tel.: (02 31) 14 44 22, Fax: (02 31) 16 11 10, E-Mail: info@isp-dortmund.de

27.–28.09.2013 » Neue Wertschöpfung – Männer als Erziehungspartner, Frankfurt, Kontakt: Elementar-AG im Männernetz Hessen e. V., Wolfgang Englert, Egenolfstr. 22, 60316 Frankfurt am Main, Tel.: (01 60) 2 08 66 13, Fax: (0 32 12) 2 08 66 13, E-Mail: wolfgang.englert@maennerkitas.de

27.–29.09.2013 » 70. Jahrestagung Interdisziplinäre Studiengesellschaft – Visionen statt Illusionen, Halle/Saale, Kontakt: Interdisziplinäre Studiengesellschaft e. V., Dr. Dieter Korczak, Nymphenburger Str. 47, 80335 München, Tel.: (0 89) 54 34 49 60, Fax: (0 89) 54 34 49 88, E-Mail: dieter.korczak@gp-f.com, www.studiengesellschaft.de

14.–17.07.2013 » STI & AIDS World Congress 2013, Wien (Österreich), Kontakt: Vienna Medical Academy, Alissa McGregor, Alser Str. 4, A-1090 Wien, Tel.: (00 43) 14 05 13 83 11, Fax: (00 43) 14 07 82 74, E-Mail: STIvienna2013@medacad.org, www.stivienna2013.de

11.–14.08.2013 » European Congress of Epidemiology, Aarhus (Dänemark), Kontakt: Department of Public Health Aarhus University, Henrik Støvring, Bartholins Allé 2, DK-8000 Aarhus C, E-Mail: stovring@biostat.au.dk, www.euroepi2013.org

21.08.2013 » Nationale Tagung für betriebliche Gesundheitsförderung 2013 – »Mehr Wert durch Vielfalt: gesunde Teams und Führung«, Zürich (Schweiz), Kontakt: Gesundheitsförderung Schweiz, Dufourstr. 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6, Tel.: (00 41) 31 3 50 04 20, Fax: (00 41) 3 13 68 17 00, E-Mail: cathia.zbinden@meister-concept.ch, www.gesundheitsfoerderung.ch

20.–23.08.2013 » Environment and Health – Bridging South, North, East and West, Basel (Schweiz), Kontakt: Organizers Switzerland Ltd., Obere Egg 2, CH-4312 Magden/Basel, Tel.: (00 41) 06 18 36 98 78, Fax: (00 41) 06 18 96 98 77, E-Mail: registration@organizers.ch, www.ehbasel13.org

25.–29.08.2013 » Best Investments For Health, 21st IUPHE World Conference in Health Promotion, Pattaya, Thailand, Kontakt: 4/383 Moo 6, SoiNakniwas 37, Nakniwas Rd., Ladprao, Bangkok Thailand 10230, Tel.: (00 66) 29 56 15 80, Fax: (00 66) 29 32 44 54, E-Mail: conference@iuhpeconference.net, www.iuhpeconference.net/en/index.php

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

NIEDERACHSEN

BUNDESWEIT

INTERNATIONAL BUNDESWEIT