

# 109 impulse

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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



## Gesundheit als (Mega-)Trend?!

### Licht- und Schattenseiten für die Gesundheitsförderung

**EDITORIAL »** Als wir im Sommer 2019 das Thema für diese Ausgabe geplant haben, war COVID-19 noch ein völlig unbekannter Virus. Was 2020 für ein pandemisches Jahr werden würde, war noch vor einem Jahr nicht im Geringsten absehbar. Gerade wo die Zeichen weltweit auf eine krankheitsvermeidende Gesamtpolitik stehen, machen wir eine Ausgabe zum (Mega-)Trend Gesundheit. Dies geschieht zwar in manchen Artikeln auch unter dem Eindruck der aktuellen Entwicklungen, aber das Trendthema Gesundheit umfasst viel mehr als die Pandemiebekämpfung. Daher fragt einer der beiden Eröffnungartikel auch, ob wir in einer »Gesellschaftsgesellschaft« leben. Andere Schwerpunktbeiträge beleuchten unter anderem die Gesundheitswirtschaft, Gesundheitskompetenzen und die Selbstoptimierung. In einem Punkt reagieren wir aber auch auf die jetzige Situation. Wir benennen unsere lieb gewonnene Rubrik »Quergedacht« in »Impuls« um. Das Querdenken ist in Zeiten von gleichnamigen Demonstrationen, wo sich Rechtsextreme mit naiven Verschwörungstheoretikern zusammentun, leider in Verruf geraten.

Das Ausnahmejahr 2020 geht nun zu Ende. Das möchten wir wieder zum Anlass nehmen, uns bei allen Mitgliedern und Kooperationspartner\*innen der LVG & AFS herzlich für die gelebte Zusammenarbeit, den Austausch und die Unterstützung zu bedanken. Auch bei unserer treuen Leserschaft möchten wir uns, insbesondere auch für die Rückmeldungen zu den Ausgaben bedanken. Einen ganz besonderen Dank möchte ich den über 100 externen Autor\*innen in 2020 aussprechen. Die impulse lebt von Ihren Beiträgen! Wir wünschen allen Mitgliedsorganisationen, Kooperationspartner\*innen, impulse-Leser\*innen, Unterstützer\*innen und Interessierten an unserer Vereinsarbeit einen versöhnlichen Jahresausklang und ein gesundheitsförderliches sowie lebenswertes Jahr 2021, hoffentlich ohne langes Fortdauern der aktuellen Ausnahmesituation!

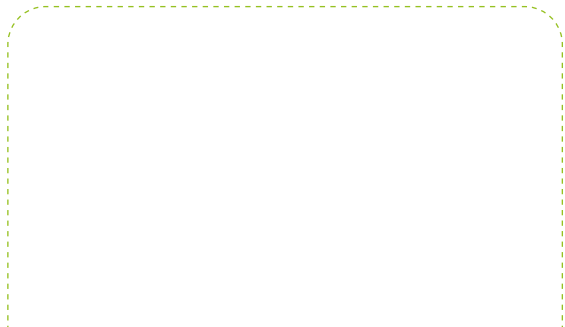
Die Themen der nächsten Ausgaben lauten »Rassismus in der Gesundheitsförderung und -versorgung« (Redaktionsschluss 31.01.2021) und »Ein Zwischenfazit zur Pandemie« (Redaktionsschluss 03.05.2021). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen aus Hannover und Bremen!

Thomas Altgeld und Team

### AUS DEM INHALT

Wie viel Ottawa-Charta steckt im Gesundheitstrend des 21. Jh.?	02
Leben wir in einer »Gesellschaftsgesellschaft«?	03
Trends sind Trend	05
Selbstoptimierung, Self-Tracking, Achtsamkeit: Ist das gesund? ...	06
Gesundheit und Gesundheitssystem als Markt	08
Die Zukunft der Arbeit in der Gesundheitswirtschaft	09
Gesundheitskompetenz – ein Megathema auch für Schulen? .....	10
Reden wir über Gesundheit!	11
Am Trend vorbei? Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit ..	13
Gesundheitstechnologien und das Präventionsdilemma .....	14
Impuls: Von der Gesundheitsförderung zum Gesundheitswahn ....	16
Projekt »Gesundheit im Quartier«	18
Broschüre »Gesundheit gehört in jedes Quartier!«	19
Zugänge in die Rehabilitation. Modellprojekt »Rehakompass« ...	20
15 Jahre Netzwerk Jungen- und Männergesundheit .....	21
Living Care Lab Schaumburg	22
Leitfaden zum Gesundheitsmarketing für Quartiersakteure .....	23
Bedarfserhebung mit Erwerbslosen und Fachkräften .....	23
Jetzt werde ich ein Schulkind!	24
Checkliste Armutssensibilität	25
Bücher, Medien	26
Termine LVG & AFS	30
Termine	32
Impressum	15



THOMAS ALTGELD

## Wie viel Ottawa-Charta steckt im Gesundheitstrend des 21. Jahrhunderts?

In den vergangenen Jahrzehnten ist Gesundheit zu einem Megathema und Wachstumsmarkt geworden. Doch fördern diese Entwicklungen unsere Gesundheit? Inwieweit ist eine gesundheitsförderliche Gesamtstrategie, die 1986 als zentrales Ziel in der Ottawa-Charta von der WHO formuliert wurde, in den letzten 34 Jahre umgesetzt worden?

### Überzeugungskraft und Handlungsebenen der Charta

Die Verabschiedung der Ottawa-Charta wurde von einer enthusiastischen Aufbruchsstimmung hin zu neuen Gesundheitsuffern begleitet. Die Bewegung, die seinerzeit daraus entstand, ist nur mit der ersten umfassenden Definition von Gesundheitsförderung und der damit verbundenen Benennung konkreter Handlungsebenen zu erklären. Die radikale Abkehr von krankheitsdominierten Gesundheitstheorien wird in der zentralen Formulierung der Charta besonders deutlich: »Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen«. Gesundheit ist somit nicht länger eine ausschließliche Expert\*innenaufgabe für medizinische Fachberufe, sondern liegt in der Verantwortung jedes/r einzelnen sowie aller Politikbereiche, nicht nur der sogenannten Gesundheitsministerien, die aber vor allem die Krankenversorgung regeln.

Deshalb ist die Entwicklung einer gesundheitsfördernde Gesamtpolitik die erste und zentrale Handlungsebene der Charta: »Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheitsförderung verdeutlicht werden«. Sie bildet im Verständnis der Gesundheitsförderung das Dach oder den Rahmen für die anderen Handlungsebenen. (Abbildung 1)

Ohne eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik sind die Gesundheitsgewinne, die in den anderen Ebenen erzielt werden können, deutlich begrenzter, weil alle Politikbereiche Einfluss auf die Gesundheit haben und zur Förderung von Wohlbefinden und Lebensqualität beitragen. Bis dato wurde in Deutschland keine nennenswerte gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickelt. Der ein oder andere Nationale Aktionsplan, zum Beispiel InForm oder einige wenige Aktionsrahmen wie Umwelt und Gesundheit, wurden von zwei Bundesministerien gemeinsam verantwortet, aber von Gesundheit in allen Politikbereichen gibt es bislang allenfalls mikroskopische Spuren, wenn überhaupt. In 2020 erleben wir tatsächlich ein völlig neues Phänomen: Eine krankheitsvermeidende Gesamtpolitik, sprich eine Pandemiebekämpfung, die alle Ressorts betrifft und von ihnen mitgetragen

wird. Der Infektionsschutz macht es möglich, dem Primat der Gesundheit beispielsweise ökonomische oder bildungspolitische Belange unterzuordnen.

### Massive Individualisierungstendenzen

Der Megatrend Gesundheit förderte bislang eher die Individualisierung von Gesundheit und Krankheitsrisiken, etwa durch »personalisierte Medizin«. Die Möglichkeiten beispielsweise der Genomanalyse in Verbindung mit Big Data lassen momentan immer wieder Träume von der »perfekten Medizin des 21. Jahrhunderts« aufkeimen. Die fast schon explosionsartige Zunahme bei der Identifizierung immer neuer Risikogene für viele Krebsarten und andere häufige Erkrankungen und die damit verbundene Hoffnungen auf individualisierte, eben maßgeschneiderte Prävention blenden aber häufig aus, dass es sich bei den allermeisten Tumorerkrankungen um multifaktorielle Erkrankungen handelt.

Weitere Ausprägungen kostspieliger Individualisierungstrends sind unter anderem die boomende »Schönheitschirurgie«, andere Körperoptimierungsansätze, Lifestyleprodukte rund um »Quantified-Self«, also einer Art Selbstvermessung und -optimierung, und »Neuroenhancement«, der Versuch gesunder Personen, ihre geistige Leistungsfähigkeit durch die Einnahme psychoaktiver Substanzen zu steigern. Die Umsätze von nicht-verschreibungspflichtigen Substanzen und rezeptfreie Arzneimittel, sowie von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wie Methylphenidat (Ritalin®) haben in den letzten Jahrzehnten massiv zugenommen. Den Individuen werden in den Vermarktungsstrategien der genannten Produkte und Dienstleistungen suggeriert, mehr Gesundheit, Leistungsfähigkeit oder Schönheit seien käuflich. Es ist jedoch eher ein »Aufpimpen« von Körperfunktionen als wirkliche Gesundheitsförderung.

### Digitalisierung und Gesundheitskompetenzen

Auf der individuellen Ebene sind aber nicht nur die eben skizzierten Negativentwicklungen zu verzeichnen, sondern auch bedeutende Fortschritte durch den Megatrend Digitalisierung, insbesondere durch die damit wachsende Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen. Die Covid-19-Pandemie bringt dabei noch einen zusätzlichen Schub für die Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet. Die Anzahl der Follower des Robert Koch-Instituts bei Twitter explodierte von knapp 20.000 im Januar 2020 auf mittlerweile rund 372.000 Podcasts mit Virolog\*innen oder gut gemachte, auch unterhaltsame Erklärvideos erreichen ein Millionenpublikum. Im App-Store und Googles Play-Store finden sich unter der Rubrik Gesundheit und Fitness unüberschaubar viele Angebote. Kickbusch (2019) beschreibt die Motivation der Nutzer\*innen von Gesundheits-Apps oder anderen digitalen Möglichkeiten anschaulich:

- » Menschen wollen Information
- » Sie wollen sich selbst diagnostizieren
- » Sie wollen mehr über ihren Arzt und das Gesundheitssystem wissen und mitreden
- » Sie wollen Zugang zu ihren Gesundheitsdaten
- » Sie wollen Vernetzung

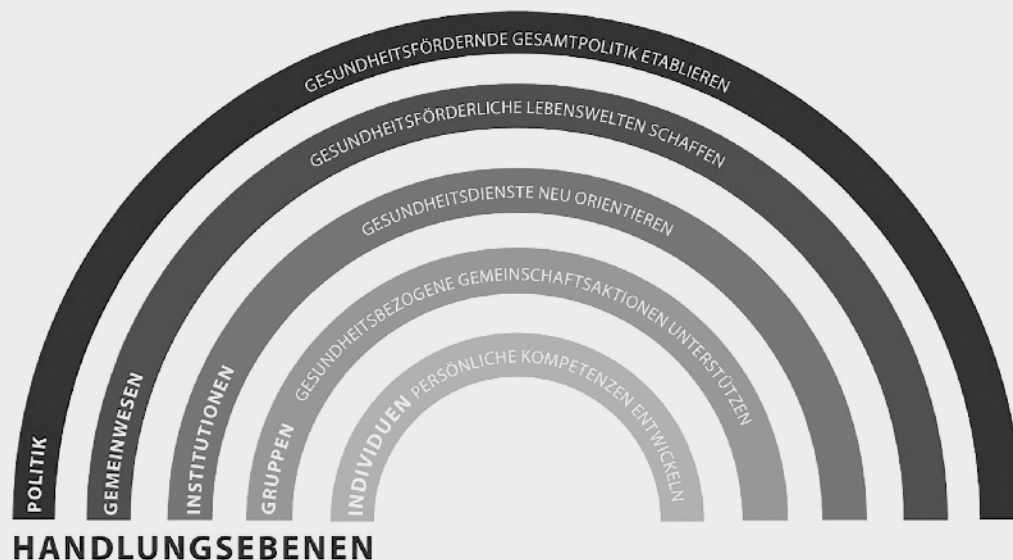


Abbildung 1:  
Mehrebenenmodell der  
Gesundheitsförderung  
(Altgeld 2020)

Ergänzend könnte man dazu noch festhalten: Sie wollen eigene Gesundheitsdaten generieren und verwenden. Baumann formuliert treffend, dass das »Informationsverhalten zunehmend (inter-)aktiv, dynamisch, ausdifferenziert, individualisiert« geworden ist. Die Bertelsmann-Stiftung hat Gesundheit-Apps deshalb als »bedeutenden Hebel für Patientenempowerment« charakterisiert. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass die Digitalisierung Menschen abhängt und der »Social Gap«, Unterschiede in der sozioökonomischen Lage und den damit verbundenen Gesundheitschancen, durch den »Digital Divide«, eine digitale Kluft also, verstärkt werden.

### Mehr Gesundheitsberufe aber kaum Veränderungen in Alltagsroutinen

Der Auftrag, die Gesundheitsdienste neu zu orientieren, ist nach der Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik die am wenigsten in Deutschland in die Umsetzung gebrachte Handlungsebene der Ottawa-Charta. In der patriarchal strukturierten, hochsegmentierten Krankenversorgung selbst hat sich, außer viel neuer Technik, im Kern wenig verändert. Dies überrascht umso mehr, weil eine Ausprägung des Megatrends Gesundheit auch die unglaubliche Ausdifferenzierung neuer Gesundheitsberufe und die Akademisierung alter Gesundheitsberufe darstellt. Bräutigam und andere sprachen gar von einem »Berufebasteln im Gesundheitswesen«. Statt einer Neuausrichtung der Praxis, beispielsweise hin zu interprofessionellen Teams oder Substitution bislang ärztlich verantworteter Tätigkeitsfelder anderer Berufsgruppen, erleben wir in Deutschland aktuell stattdessen eher eine Überlastung und zugleich teilweise Abwertung bestimmter Berufszweige und sehen geradezu eine Flucht aus dem Gesundheitssystem.

### Gemeinwesen und Gruppen

Fehlen noch zwei Handlungsebenen: die des Gemeinwesens und der Gruppen, die vergleichsweise schwer zu beurteilen sind. Auch wenn gesundheitsfördernde Settingansätze für fast alle Lebenswelten entwickelt wurden, ist ihre tatsächliche Verbreitung beispielsweise in Kommunen, Schulen oder Betrieben nach wie vor marginal. Das Gros der Lebenswelten ist mit anderen vordringlicheren Themen beschäftigt als denjenigen, mehr Gesundheit im Alltag zu ermöglichen, aktuell paradoxerweise mit der Pandemiebekämpfung.

### Fazit

Auch wenn Gesundheit ein Megathema geworden ist, fehlt es nach wie vor an einer Gesamtstrategie für mehr Gesundheit für alle. Die Handlungsebenen und -strategien der Ottawa-Charta bieten das Potenzial, die skizzierten Entwicklungen zu erden und weniger dem Diktat kommerzieller Wertbarkeit zu folgen. Gesundheitliche Chancengleichheit, gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und Empowerment sind keine nostalgischen Begriffe aus der Mottenkiste der Gesundheitsförderung, sondern zentrale ethische Forderungen, die heute noch lauter gestellt werden müssten als 1986, gerade unter den Kautelen der aktuellen Pandemie.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum

SUSANNE HARTUNG

## Leben wir in einer »Gesundheitsgesellschaft«?

### Lässt sich diese Frage überhaupt beantworten?

### Und welche Konsequenzen hätte ein »Ja« oder »Nein« für die Gesundheitsförderung?

Bedeutende Begriffe, wie es Gesundheit einer ist, stehen häufig und gern am Ende sozialwissenschaftlicher Gesellschaftsdiagnosen. Diese Begriffe dienen dazu, den Zustand der Gesellschaft über ein aktuell dominierendes gesellschaftliches Phänomen zu beschreiben (Risikogesellschaft, Wissensgesellschaft et cetera) und zu diskutieren. Solche Etikettierungen lösen einander ab, manche bestehen auch parallel, wie zum Beispiel die »Gesundheitsgesellschaft«. Unstrittig ist wohl, dass die Gesundheit heute eine große individuelle und gesellschaftliche Bedeutung besitzt. Den Begriff »Gesundheitsgesellschaft« wählte Ilona Kickbusch erstmals in ihrem gleichnamigen Buch 2006 (aktualisiert 2014), um eben diese zentrale Rolle von Gesundheit als treibende Kraft der modernen Gesellschaft im 21. Jahrhundert zu beschreiben. Die Leitsätze, die diesen Entwicklungen zugrunde liegen, fasst Kickbusch zusammen:

- » 1: Gesundheit ist grenzenlos (mehr Gesundheit ist immer möglich).
- » 2: Gesundheit ist überall (sie ist allgegenwärtig).





- » **3:** Gesundheit ist machbar (individuelle Lebensaufgabe und Aufgabe des Staates und damit gesellschaftliche Triebkraft).
- » **4:** Gesundheit ist aktives Handeln (jede Entscheidung ist auch eine Gesundheitsentscheidung).

Bereits durch neue Gesundheitsrisiken, die die weltweite Vernetzung der Menschen mit sich bringt, und die weiter zunehmenden Ungleichheiten wird deutlich, dass eine »Gesundheitsgesellschaft« nicht gleich gesünder ist. Auch sie ist geprägt von Ungleichheiten, Ambivalenzen und Paradoxien. Diese zu bearbeiten, wird aufgrund der verschiedenen Perspektiven auf Gesundheit zur großen Herausforderung. Das Verständnis von Gesundheit reicht dabei von der Idee menschlicher Perfektion und Gesundheit als ultimativem Wert über die Vorstellung von Emanzipation und Empowerment bis zur Gesundheit als Produkt.

### **Tritt Gesundheitsförderung in der »Corona-Gesellschaft« in den Hintergrund?**

Die Frage ist nun, ob wir in einer Gesundheitsgesellschaft leben. Wenn diese Frage überhaupt in dieser Kürze beantwortbar ist, dann hieße die Antwort sowohl ja als auch nein: JA lautet die Antwort, wenn Gesundheitsgesellschaft meint, dass Gesundheit in allen Bereichen der Gesellschaft ein relevantes Thema ist. NEIN heißt die Antwort, wenn Gesundheitsgesellschaft bedeutet, dass die Verbesserung von Gesundheit als Ziel in allen Politikbereichen (Health in all Policies) verankert ist.

Gesundheitsförderung ist in den letzten Monaten im gesellschaftlichen Diskurs in den Hintergrund getreten – auch wenn die sozialen und indirekten Gesundheitsfolgen der COVID-19-Pandemie gesundheitsförderliches Handeln verlangen. In einer »tatsächlichen Gesundheitsgesellschaft« wäre »Gesundheit« wohl das alles überstrahlende Thema. Doch Gesundheit ordnet sich in eine Reihe anderer Werte wie Freiheit, Menschenwürde, Sicherheit, Presse- und Meinungsfreiheit oder auch

Wirtschaftlichkeit ein, die in unterschiedlichen Wertehierarchien angeordnet werden. In der Zeit der COVID-19-Pandemie lässt sich ein Ringen um eben diese Plätze in der Wertehierarchie feststellen. Gesundheit – in erster Linie als die Abwesenheit einer Virusinfektion und nicht ganzheitlich verstanden – hat nur teilweise die Nase vorn und ringt mit Wirtschaftlichkeit, Solidarität sowie Freiheit und Selbstbestimmung. Diese veränderte Schwerpunktsetzung der Wertediskurse können und konnten wir in den letzten Monaten mitverfolgen. Andere dringend zu bearbeitende Felder wie Klimaschutz und Nachhaltigkeit, die die Gesundheit der Menschheit in naher und weiterer Zukunft auch maßgeblich mitbestimmen, sind in den Hintergrund gedrängt worden.

Deshalb lässt sich die Frage aktuell nicht beantworten, ob wir derzeit wirklich in einer »Gesundheitsgesellschaft« leben. Vielleicht müssen wir die Antwort auch zukünftig schuldig bleiben, denn dieses Jahr wurde bereits die »Corona-Gesellschaft« diagnostiziert. Aktuell ist es daher ein Krankheitsvirus, der unserer Gesellschaft – und der Weltgesellschaft – ihren Namen gibt.

### **Konsequenzen für die Gesundheitsförderung**

Kann die Diagnose der »Gesundheitsgesellschaft« zumindest die Arbeit in der Gesundheitsförderung unterstützen? Ich denke: Ja. Auch in Zeiten der COVID-19-Pandemie wird dies sichtbar: Die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit ist zur gesamtgesellschaftlichen Herausforderung geworden, die ebenso gesamtgesellschaftlich in einem dynamischen, interaktiven Dreieck angenommen werden muss: von den Individuen, dem Staat und der Wirtschaft. In einigen Handlungsfeldern, wie der Entwicklung persönlicher Kompetenzen und der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten zeichnen sich positive Entwicklungen ab. Das herausforderndste Handlungsfeld bleibt jedoch die Politik: Hier geht es darum, eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik zu entwickeln, die über eine Krankenversorgungspolitik weit hinausgeht. Deutlich wird dies an der aktuellen »Gesundheitspolitik« in der COVID-19-Pandemie: Sie richtet ihren Fokus auf die Kapazitäten der Krankenhäuser und verliert die (direkten und indirekten) gesundheitlichen Folgen der COVID-19-Schutzmaßnahmen weitgehend aus dem Blick (wie beispielsweise social distancing, soziale Isolation und daraus resultierende Einsamkeit, die körperliche und psychische Erkrankungen begünstigt, oder die sozialen Konsequenzen von Schul- und Kita-Schließungen). Eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik nähme aktuelle Herausforderungen (zum Beispiel Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit) sowie allgemeine ethische Werte in den Blick (wie Schadensvermeidung, Wohltätigkeit, Effizienz, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit). Chancen und Herausforderungen, die mit aktuellen Phänomenen wie der Digitalisierung, dem starken Einfluss des Marktes auf die Gesundheit und der Internationalisierung von Gesundheitsgefahren einhergehen, wären in den Handlungsfeldern quer dazu zu bearbeiten. Eine Beschränkung der Bemühungen allein auf die Entwicklung neuer Strategien erschiene nicht sinnvoll. Es würde kontinuierlich eine Diskussion über die Werte und ethischen Grundlagen der »Gesundheitsgesellschaft« geführt, in der sowohl die Bürger\*innen als auch die Akteur\*innen der Politik und des Marktes aufgefordert wären, auf neue Weise für eine nachhaltige Gesundheit zusammenzuwirken.

Insgesamt unterstreicht die Diagnose »Gesundheitsgesellschaft« die aktuellen Forderungen der Gesundheitsförder\*innen. »Gesundheit« als bedeutender, handlungsleitender Wert der Gesellschaft bleibt jedoch mehrdeutig und muss – wie sich aktuell zeigt – immer wieder neu gesellschaftlich verhandelt und von Fachkräften, Wissenschaftler\*innen und Zivilgesellschaft eingefordert werden.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. SUSANNE HARTUNG, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit Pflege Management, E-Mail: hartung@hs-nb.de

JASPER A. FRIEDRICH

## Trends sind Trend

Clean Meds, Dental Medutainment, Medical Fitness, Germophobia, FemTech – ja, und selbst die »ausgeschlafene Gesellschaft« – sind, glaubt man kommerziellen Beratungsunternehmen, alles wichtige Trends und Zukunftsthemen der Gesundheitsbranche. Ganz zu schweigen von der Beschwörung einer überbordenden Anzahl von Megatrends, die jeden Menschen auf diesem Globus betreffen sollen: Digitalisierung, Urbanisierung, Neo-Ökologie, Globalisierung, Individualisierung, Mobilität und nicht zuletzt »Gesundheit«. Aus wissenschaftlicher Sicht ist dieser Schwemme an journalistischen wie auch akademischen – und fast immer aus dem Englischen entlehnten – Begriffen mit Vorsicht zu begegnen. Trendforschung als Unternehmensaufgabe selbst ernannter Zukunftsinstitute und Beratungsunternehmen ist zumeist Marktforschung und unterliegt selbst auch den Gesetzen des Marktes. Und je mehr Trends solch ein Unternehmen beschwört, desto mehr glaubt es, Bedarf an Lösungen zu erzeugen. Dies gilt insbesondere für die kommerzielle Pharmazie- und Gesundheitsbranche. Doch auch die Wissenschaft ist vor solchen Mogelpackungen nicht gefeit. Nichts erregt mehr Aufmerksamkeit in der scientific community, als neue Trends mit hoher Relevanz in der Gesellschaft zu entdecken und zu untersuchen. Fast scheint es, als wäre das Ausrufen eines Trends schon wieder selbst ein Trend.

Für politische, ökonomische und andere gesellschaftliche Akteur\*innen bietet sich damit ein heterogenes Feld von trivialen Erkenntnissen, marktschreierisch überzeichneten Phänomenen sowie tatsächlichen zukunftsweisenden Entwicklungen als Grundlage möglicher Entscheidungsfindung. Diese Verwirrung zeitigt oft weitreichende Konsequenzen. Einen Trend zu verschlafen, kann für Unternehmen wie auch politische Akteur\*innen gleichermaßen gefährlich sein – wie sie zum anderen Gefahr laufen, viel Geld im Strohfeder kurzlebiger Hypes zu verbrennen. So wenig, wie man die Zukunft exakt voraussehen kann, so wenig existiert allerdings auch ein alltagstaugliches oder über jeden Zweifel erhabenes professionelles Instrument, um Trends mit Sicherheit zu bestimmen. Eine hohe Sicherheit ist jedoch notwendig – denn schließlich hat die »Entdeckung« von Trends die Funktion, der Gesellschaft, deren Institutionen in Politik, Wirtschaft und Alltag, Orientierungshilfe für die Ausarbeitung von Strategien zu leisten, sie für die Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft zu wappnen.

## Was ist ein Trend?

Die Wissenschaft löst dieses Dilemma durch Annäherung an den Gegenstand über elaborierte Kategorien und den Einsatz intersubjektiv nachvollziehbarer empirischer Methoden. Das heißt, »Trend« muss sich zum Beispiel von »Mode«, »Phänomenen« oder »Entwicklung« trennscharf abgrenzen lassen, ebenso muss sichergestellt sein, dass die semantische Bedeutunghaftigkeit der Kategorie über hierarchische Beziehungen etwa in Bezug auf »Megatrends« oder »Mikrotrends« hinweg konsistent und logisch bleibt.

Die Empirie und hier insbesondere die Verfahren, wie sie unter anderem im Controlling eingesetzt werden, stellen weitere rationale Kriterien zur Verfügung, die einen wissenschaftlichen common sense des Trendbegriffes begründen. So setzt sich ein Trend aus dem Zusammenwirken einer Anzahl von empirisch messbaren Sachverhalten oder methodisch gesehen aus verschiedenen Variablen zusammen. Diese für den Begriff »Trend« repräsentativen und wiederum trennscharfen Variablen sind: 1. Zeitspanne (zeitlicher Verlauf) und 2. Relevanz (Betroffenheit). Die COVID19-Pandemie zeigte und zeigt, wie schwierig es ist, ohne verlässliche Langzeitdaten den Verlauf verschiedenster Teilaspekte, wie zur Mortalität, Ansteckungsrate und Übertragungsrisiko bei Kindern oder Langzeitschäden bei milder schweren Krankheitsverläufen, und somit Trends zu prognostizieren.

Das Wesen des Trends ist damit sozialwissenschaftlich wie auch methodisch aber nur unvollständig umrissen, denn es fehlt noch die wesentliche Bedingung: ein konkretes längerfristiges Phänomen gerichteten individuellen oder gesamtgesellschaftlichen Handelns oder Wertewandels. Ein Trend beschreibt die generelle Richtung, in der sich ein Sachverhalt über einen Zeitraum hinweg verändert. Insbesondere die Größe der Grundgesamtheit definiert die Relevanz eines Trends erheblich: Reden wir zum Beispiel von einem »Trend zum alkoholfreien Lebensstil« ist es von Bedeutung, ob wir von den Jugendlichen in Deutschland sprechen oder der Weltbevölkerung. Auf jeden Fall ist dies kein für Schottland relevanter Trend, wo 2018 ein Mindestpreis für Alkohol eingeführt werden musste, um den mit Alkoholmissbrauch verbundenen steigenden Todesfällen etwas entgegenzusetzen.

## Gegentrends

Letzteres beliebig herausgegriffene Beispiel zeigt zweierlei: Zum einen müssen klare Kriterien angeführt werden, wenn wir von Trends reden, und zum anderen gilt es zu beachten, dass in vielen Fällen gleichermaßen Gegentrends zu beobachten sind, Globalisierung versus Nationalisierung; Gesundheitsoptimierung und »Bio«-Ernährung versus Fast-Food-Kultur und Ansteigen der Adipositas-Erkrankungen; Gesundheitsbewusstsein versus Hedonismus; Wissenschaftsfetischismus (Technokratie) versus Aberglauben und Verschwörungsideologien. Die Liste lässt sich beliebig fortsetzen. Wissenschaft und Politik müssen Fragen nach den möglichen Kausalitäten stellen, die einen Trend hervorrufen, beschleunigen oder abbrechen können. Gibt es notwendigerweise diesen einen Trend, weil es den anderen Gegentrend gibt? Oder sind alle Trends ein multivariates Bündel von sich gegenseitig beeinflussenden Entwicklungen? Der wissenschaftliche Diskurs zu Trends sollte sich also an der vorurteilsfreien und weitgehend interessenlosen Argumentation orientieren. Marktökonomische Erwägungen oder unbedeutende



Phänomene aus politischem Interesse heraus zu einem Megatrend hochzuschaukeln, widerspricht diesem Verständnis von wissenschaftlichem Diskurs.

### Megatrends – Mikrotrends

Rein semantisch und kategorisch betrachtet postuliert die Verwendung des aus dem Griechischen entstammenden Präfixes »Mega« ( μέγα = groß) im konkreten Fall eine Oberklasse der Kategorie »Trends« – genau wie »Mikro« eine messbare Verkleinerung der Ausprägung einer der Variablen »Zeit« und »Relevanz« bedingt. Auch hier ist wieder der Bezugsrahmen von entscheidender Bedeutung. Was uns nämlich in der entwickelten mitteleuropäischen Industriegesellschaft als ein Megatrend erscheint, spielt für den überwiegenden Teil der Weltbevölkerung oftmals keinerlei Rolle. Dort wo die Menschen ums alltägliche Überleben kämpfen, in prekären und gesundheitsgefährdeten Situationen arbeiten und sterben, sind Individualisierung oder die Optimierung des eigenen Fitnesszustandes weder relevant noch werden sie absehbar ein Trend.

### »Gesundheitstrends«

Gesundheit ist abseits einer synonymen und vulgärsprachlichen Verwendung per Definition kein Trend, sondern ein im alltagsweltlichen Umgang wie auch medizinisch-wissenschaftlichen Kontext wenigstens ordinal skalierbar. Es bezeichnet den Status quo menschlicher körperlicher Verfassung, der verschiedene Ausprägungen annehmen kann. Auf Menschen bezogene Gesundheit weist stets körperliche, psychische und soziale Dimensionen auf.

»Gesundheit« ist ein Nomen – ähnlich und doch anders ist die Verwendung des Begriffes »Gesundheitstrend«: Hier ist »Gesundheit« ein Attribut für diese Art von Trends. Exakt ist diese Begrifflichkeit nicht. Wenngleich dies in der üblichen Verwendung von »Gesundheitstrends« immer mitgemeint wird, ist es eigentlich lediglich das Streben der Menschen nach Erhalt und Optimierung dieses Wohlbefindens, das »Gesundheit« als Trend charakterisiert. Die sich verändernde Praxis bestimmter Bestrebungen lassen sich nun je nach Zeitverlauf und Bezugsrahmen (Relevanz) analysieren. Insbesondere Zweiteres erfordert das aktive Wirken einer signifikanten Menge von Akteur\*innen – individuelle wie auch organisationale oder gesamtgesellschaftliche. Nun aber ist ein Trend nichts, was ausnahmslos alle betrifft. Und damit ist auch schon

in etwa die Messbarkeit beziehungsweise die Spannweite der Ausprägung »alltagsweltliche Relevanz« umrissen – mehr als wenige und weniger als alle der Bezugsgruppe müssen über einen Zeitraum eine bestimmte oder wie auch immer gearbete und die Gesundheit betreffende Praxis ausüben. Dies muss in anwachsendem oder sinkendem Ausmaß zu beobachten sein. Im Falle der »Gesundheitstrends« bedeutet dies, dass man als Beobachter\*in stets mindestens zwei Zeitpunkte des Phänomens messen muss.

### Fazit

Die Kunst in der Identifizierung von Trends neben der Anwendung wissenschaftlicher Methoden ist es, triviale Phänomene, die letztlich nur im Zusammenhang größerer Entwicklungen erscheinen (Germophobia, »ausgeschlafene Gesellschaft«, das Tragen von Fitnessarmbändern et cetera) von tatsächlichen Trends zu isolieren, die einen bestimmten Zeitraum umfassen und vor allem einen signifikanten Schwellwert bezüglich ihrer Relevanz in der gewählten Grundgesamtheit in Bezug auf das Bestreben zum Erhalt des menschlichen Wohlbefindens überschreiten. Gefragt ist also eine sorgfältige Verwendung des Begriffes »Trend« unter Offenlegung der empirischen Zusammenhänge wie auch des Verwertungshintergrundes. So kann eine analytische Expertise jenseits markt-schreierischer und interessengeleiteter Hysterie Entscheider\*innen wie auch der Öffentlichkeit seriös Orientierung über erwartbare und relevante Entwicklungen im Gesundheitssektor geben.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. JASPER A. FRIEDRICH, Hochschule Hannover – Fakultät III, Medien, Information und Design, Expo Plaza 2, 30539 Hannover, E-Mail: jasper-andre.friedrich@hs-hannover.de

OSWALD BALANDIS, VIKTORIA NIEBEL & JÜRGEN STRAUB

## Selbstoptimierung, Self-Tracking, Achtsamkeit: Ist das gesund?

Gesundheit bis ins hohe Alter zu gewährleisten, ist ein zentrales Ziel der Gesundheitsvorsorge und -förderung. Ein funktionstüchtiger und ansehnlicher Körper, seelische Zufriedenheit, geistige Beweglichkeit sowie bereichernde Beziehungen in einem sinnerfüllten Leben: Das alles trägt zur Gesundheit bei. Offenbar sind aber die Grenzen zwischen Gesundheit im engeren Sinn, allgemeiner Zufriedenheit sowie dem eigentlich für den Moment reservierten Glück unscharf geworden. »Gesundheit« ist zu einem schillernden, höchst vieldeutigen Versprechen geworden. Das ist einerseits begrüßenswert, andererseits bringt die extreme Ausweitung und modische, auch kommerziell oder machtpolitisch motivierte Verwendung des Gesundheitsbegriffs auch Probleme mit sich.

### Gesundheit als soziale Norm

Nach einem vielschichtigen Gesundheitsideal zu leben, ist heute in vielen Gesellschaften ein attraktiver Wert, eine wirkmächtige soziale Norm, ja: ein für zahllose Menschen verbindlicher moralischer Imperativ. Unter »Gesundheit« lässt sich viel Verschiedenes verstehen. Man kann alle möglichen Bedeutungen, Empfehlungen und Appelle damit verknüpfen, auch positive und negative Sanktionen jedweder Art. »Bleibe oder werde gesund!« – so lautet die an alle gerichtete,





von vielen längst verinnerlichte Aufforderung, und sei es um den Preis unentwegter Selbstbeobachtung, beharrlicher Selbstdisziplin und vielfältiger Anstrengungen. Das ist der kategorische Imperativ der heutigen Gesundheitsgesellschaften, in deren Mitmachprogramme für alle sich die meisten Individuen willig einfügen. Das weite Terrain der Gesundheit ist ein Spielfeld für verbesserungsbereite, gegenüber Selbstoptimierungen aller Art aufgeschlossene Menschen. Wir nennen sie hier salutogenetische Subjekte. Sie schätzen Gesundheit und vollbringen mit ihrem dem eigenen Wohlergehen gewidmeten Handeln das Kunststück, Selbstinteresse sowie Allgemeinwohl auf wunderbare Weise zu vereinen. Was einem selbst wohltut, kommt allen zugute – den Nächsten in der Familie und im Freundeskreis, den Kolleg\*innen, dem Gesundheitssystem, der Wirtschaft und so weiter. Jedoch stellt sich bei genauerem Hinsehen die Frage, wo die jeweiligen Kriterien und Maßstäbe der Gesundheitsförderung eigentlich herkommen und wie sie gehandhabt werden sollten – ohne dass Menschen unversehens in eine unendliche und fremdbestimmte Selbstoptimierung oder in eine weltanschauliche Lebensform getrieben werden.

### Gesünder durch Self-Tracking?

Wie lässt sich dafür Sorge tragen, dass der Imperativ »Bleibe oder werde gesund!« nicht in eine Optimierungsspirale mündet, in der die Subjekte die Kontrolle über ihr eigenes Handeln und Leben sukzessive an einen mit allerlei Expertensystemen gespickten Gesundheitsapparat abgeben. Das der Selbstoptimierung dienende Self-Tracking kann auch selbst neues Leid hervorrufen. Stress, quälender Konkurrenzdruck, Gefühle der Unzulänglichkeit oder Überforderung zählen ebenso hierher wie allerlei Erschöpfungssymptome bis hin zur pathologischen Depression. Nicht selten gerät das ursprüngliche Ziel der Gesundheitsförderung völlig aus den Augen der Self-Tracker und schlägt in das Gegenteil um.

Schon längst ist das Self-Tracking in der Alltagswelt angekommen. Auch Institutionen wie die Krankenkassen erkennen an, dass inzwischen viele Smartphones standardmäßig eine Schrittzähl-App aktivieren, sodass Kund\*innen, die ihr gesteigertes Bewegungsverhalten mit Apps nachweisen, Boni und Rabatte erhalten. Auf den ersten Blick liegen die Vorteile auf der Hand: Bewegung tut gut und mit einem finanziellen Anreiz lohnt es sich doppelt. Aber auch hier lauern die erwähnten Fallen: exzessive, zwanghafte Selbstbeobachtung, -kontrolle und -disziplinierung, sich verselbstständigende Steigerungswünsche oder stark kompetitive Beziehungen

zu anderen Self-Trackern kann krank machen oder bereits Symptom einer psychischen Störung sein. Gleiches gilt für andere Apps, die den Schlaf, physiologische Werte (zum Beispiel Blutdruck), Emotionen, Sexualverhalten, soziale Beziehungen et cetera unter technisch vermittelte Dauerbeobachtung stellen – und dadurch die Benutzer\*innen fest im Griff haben. Das ursprüngliche Ziel wird durch die neue, kontinuierlich wachsende Aufgabe ersetzt: Man muss dranbleiben, mitmachen, immer besser werden. Die Frage, ob das gesund ist oder der Lebenszufriedenheit dient, tritt in den Hintergrund und verschwindet möglicherweise ganz.

### Gesund durch Achtsamkeit?

Auf der Website einer namhaften Krankenkasse ist zu lesen: »Achtsamkeit heißt das moderne Zauberwort gegen Stress«. Viele gesetzliche Krankenkassen nehmen Achtsamkeitskurse in ihr Portfolio auf und bezuschussen sie. Das sind oftmals Kurse im Sinne des Mindfulness Based Stress Reduction-Programms (MBSR), das vom Molekularbiologen Jon Kabat-Zinn Ende der 1970er-Jahre entwickelt wurde – zunächst mit dem Ziel, das Wohlbefinden von Schmerzpatienten zu fördern. Die Zielgruppe des Programms hat sich allerdings sukzessive ausgeweitet. Achtsamkeit als »Zauberwort« stellt heute eine manchmal fast wundersam anmutende Unterstützung im Dienste der Stressbewältigung und zur Förderung von Resilienz in Aussicht. Davon kann es, das scheint evident, in Zeiten steigender Prävention vor chronischer Überarbeitung, Burnout und Depression sowie weiteren Begleiterscheinungen spätmoderner, »entgrenzter« Arbeitsverhältnisse nicht genug geben. Hier nun stellt sich aber ein anderes Problem, das man kritisch reflektieren sollte: Kann der Weg in die Achtsamkeit auch weg von der Gesundheit führen – und hinein in eine ideologische Weltanschauung, in der auch andere Werte als »Gesundheit« eine maßgebliche Rolle spielen?

Die buddhistischen Wurzeln des Konzepts »Achtsamkeit« sind in Achtsamkeitskursen meistens kaum mehr erkennbar, oft auch nicht mehr bekannt. Achtsamkeitspraktiken wurden hinsichtlich ihrer gesundheitsförderlichen Aspekte manigfach untersucht, wodurch das Konzept zunehmende Anerkennung im Gesundheitssektor, aber auch in der Personalentwicklung von Unternehmen erfuhr. Fast überall, wo es um Persönlichkeitsentwicklung oder einfach um ein gelingendes Leben geht, ist heute auch von Achtsamkeit die Rede. Die Idee und Praxis der Achtsamkeit weisen längst über eine enge, allein ans Gesundheitshandeln gebundenen Bedeutung hinaus. Vielmehr geht es um höchst vielfältige Auswirkungen, die das Erleben und Handeln einer Person erheblich verändern, ja radikal umstrukturieren und in neuer Weise sinnhaft erscheinen lassen. Mitunter verwandeln sich salutogenetische Subjekte unversehens in spirituelle oder religiöse Menschen. Das ist nicht unbedingt schlecht oder generell kritikbedürftig – aber doch bedenkenswert, will man aus dem Gesundheitsdiskurs nicht eine ideologische Veranstaltung machen, bei der die verdeckten weltanschaulichen oder kommerziellen Interessen der jeweils profitierenden Akteur\*innen den Ton angeben.

Literatur bei den Verfasser\*innen  
OSWALD BALANDIS, VIKTORIA NIEBEL UND PROF. DR. JÜRGEN STRAUB,  
Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Sozialwissenschaft, Universitäts-  
straße 150, 44801 Bochum, E-Mail: juergen.straub@rub.de



DR. OLIVER GRÖNE, JONAH GRÜTTERS

## Gesundheit und Gesundheitssystem als Markt: Entwicklungsdynamik und Populationseffekte?

Das Gesundheitssystem in Deutschland nahm 2018 mit zwölf Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) und einer Bruttowertschöpfung (BWS) von 370 Milliarden Euro einen wesentlichen Anteil in der deutschen Wirtschaft ein. Durch eine immer schneller alternde, aber zunehmend auch gesundheitsbewusstere und medizinisch-technisch versierte Gesellschaft wächst der Gesundheitsmarkt im Schnitt pro Jahr um circa vier Prozent. Und obwohl die Dienstleistungen stationärer und ambulanter Einrichtungen mit 53 Prozent nach wie vor einen Großteil der BWS ausmachen, so werden vor allem der industrielle (22,8 Prozent des BWS) und der biotechnologische Teilbereich (13,1 Prozent des BWS) in Zukunft stark wachsen.

Den Gesundheitsmarkt kann man in drei Bereiche einteilen: Der Kernbereich, genannt »erster Markt« umfasst die klassische Gesundheitsversorgung durch die gesetzlichen (GKV) und privaten Krankenkassen (PKV) inklusive der Pflegeversicherungen. Er wird primär staatlich finanziert und muss mit 73 Millionen gesetzlich Versicherten und knapp neun Millionen privat Versicherten einem hohen Leistungsanspruch gerecht werden. Im zweiten Gesundheitsmarkt finden sich alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen (freiverkäufliche Arzneimittel und individuelle Gesundheitsleistungen, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus et cetera). Gesundheit als Lifestyle-Objekt sorgt vor allem in diesem Bereich für ein starkes Wachstum. Der Anteil der Exporte im Gesundheitswesen lag 2018 bei 131 Milliarden. Dies entspricht 8,4 Prozent der Gesamtexporte, eine Verdopplung des Wertes zu 2009. Der dritte Gesundheitsmarkt bildet sich vor dem Hintergrund der Share-Economy: Der erste und der zweite Gesundheitsmarkt verschwimmen und bilden ein neues Terrain. Es ist in diesem Bereich nicht mehr eindeutig nachvollziehbar, was privatwirtschaftlich oder gemeinnützig ist und ob es sich um Verbraucherinitiativen oder auch um Businessmodelle handelt. Dies macht die Abgrenzung zu den

anderen beiden Märkten schwierig. Darüber hinaus sind der zweite und dritte Gesundheitsmarkt mit ihren Leistungen noch nicht klar definiert und die Definition teilweise sehr umstritten.

### Missbrauch mit dem Megatrend – wem hilft das? Wirtschaft oder Mensch?

Die Dreiteilung der Gesundheitsmärkte führt zu einer Veränderung des Verständnisses von Wirtschaften, Wertmaßstäben und Wertschöpfung im Gesundheitswesen. Die direkten Effekte des Gesundheitsmarktes auf die Wirtschaft sind vielfältig. Zwar werden die Wirtschaft und die Unternehmen durch hohe Gesundheitsausgaben indirekt belastet (2018 betragen die Ausgaben 390 Milliarden Euro und damit 12 Prozent des BIP), allerdings bleiben die Arbeitskräfte dem Wirtschaftssystem durch eine gute Gesundheitsversorgung, sowie Rehabilitationsmedizin länger erhalten und können zudem länger störungsfrei arbeiten. Darüber hinaus sorgt das Wachstum bestehender Märkte sowie das Erschließen von neuen Wirtschaftsbereichen aktuell für eine »Goldgräber-Stimmung« im Gesundheitssektor: 2018 gab es hierzulande laut dem Europäischem Patentamt 26.700 Patentanmeldungen, womit die Bundesrepublik Platz zwei in Europa belegt.

Besonders der Umsatz mit Lifestyle Produkten, allen voran Gesundheits-Apps, steigt rasant. Im Jahr 2018 hatten 50 Prozent aller Smartphone-Nutzer\*innen (3,4 Milliarden) mindestens eine Gesundheits-App heruntergeladen. Doch am Beispiel von mobilen Gesundheitsapplikationen werden auch die Schwachstellen des zweiten Gesundheitsmarktes deutlich: Primär durch private Hand gefördert, orientieren sich die Angebote nicht immer an den Bedürfnissen der Bevölkerung, sondern an klar definierten Zielgruppen, für die ein Produkt zu vermarkten ist. Wie jedoch dieses Produkt denjenigen, die daraus am meisten Nutzen ziehen könnten, zugänglich gemacht werden könnte, bleibt häufig unklar. Auch orientieren sich Gesundheits-Apps nicht ausreichend an der Gesundheits- und Datenkompetenz der Bürgerinnen und Bürger. Durch das digitale Versorgungsgesetz wird die Nutzung von Gesundheits-Apps nun weiter Rückenwind erfahren. Um dadurch aber Effekte auf der Ebene des Gesundheitssystems erzeugen zu können, steht die Integration der Gesundheits-Apps in den Versorgungsprozess und die Berücksichtigung von vulnerablen Patientengruppen an erster Stelle.

Die eigentlich sinnvollen Effekte von Angebot und Nachfrage in einem funktionierenden Markt werden in Deutschland weiterhin durch das starke Überangebot von medizinischen Leistungen ausgehebelt (supplier-induced demand). Gerade in Deutschland werden viele Operationen und andere apparative Leistungen verschrieben, die nachweislich nicht notwendig sind und unter anderem dem Patienten sogar schaden können. Jährlich kommt es beispielsweise zu rund 70 000 Schilddrüsenoperationen, wobei bei etwa 90 Prozent der Eingriffe keine bösartigen Veränderungen vorliegen. Die Überversorgung im ersten Gesundheitsmarkt wird auch international durch die Choosing Wisely Initiative bestätigt. Auch im ambulanten Sektor sind solche Entwicklungen zu beobachten und schlagen sich in dem Anstieg der verordneten individuellen Gesundheitsleistungen, der sogenannten IGeL-Leistungen nieder. Laut dem IGeL-Report 2020 wurden acht von zehn IGeL von Ärzt\*innen selbst angeboten, während nur bei zwei von zehn IGeL Patient\*innen selbst danach fragten. Fast jeder fünfte Versicherte fühlt sich bei seiner Ent-



scheidung für oder gegen eine IGeL unter Druck gesetzt. Nicht selten werden IGeL-Leistungen schon bei der Anmeldung und nicht erst nach dem Arztgespräch angeboten. Dies ist problematisch, da der Nutzen von IGeL-Leistungen nur zum Teil durch klare Evidenz untermauert ist.

### Fazit

Der Gesundheitsmarkt hat sich in den letzten zehn Jahren substanziell verändert. Auf der einen Seite wird der Gesundheitsmarkt auch als Wirtschaftsmarkt entdeckt, privatwirtschaftliche Initiativen haben das Potential, die Versorgung deutlich zu verbessern und effizienter zu gestalten. Auf der anderen Seite ist der ökonomische Druck im Gesundheitssystem durch eben solche privatwirtschaftlichen Initiativen gestiegen, was sich in den Einrichtungen des Gesundheitssystems, in den Arbeitsbedingungen und der Problematik der Überversorgung niederschlägt. Letztlich darf sich ein Gesundheitssystem nicht nur daran messen lassen, wie gut die Versorgung im Idealfall sein kann, sondern wie gut die Versorgung auch unter erschwerten Bedingungen (strukturell schwacher Raum, Patient\*innen mit geringer Gesundheitskompetenz) gelingt. Hierbei werden sich zukünftig die Grenzen zwischen erstem, zweiten und drittem Gesundheitsmarkt weiter auflösen.

Literatur bei den Verfassern

DR. OLIVER GRÖNE, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender,  
JONAH GRÜTTERS, OptiMedis AG, Burchardstraße 17, 20095 Hamburg  
E-Mail: office@optimedis.de

MICHAELA EVANS, JOSEF HILBERT

## Trendthema Gesundheit – Auswirkungen und Herausforderungen auf die Zukunft der Arbeit in der Gesundheitswirtschaft

Der demografische Wandel, der medizinische, technische, lebens- und gesundheitswissenschaftliche Fortschritt sowie das wachsende Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung sind die Basis für den »Megatrend Gesundheit«. Zusammen mit dem steigenden Interesse an ökologischer Nachhaltigkeit sowie an mehr und besserer Bildung prägt er den Strukturwandel in Gesellschaft und Wirtschaft. »Mehr Gesundheit« ist ein Wert an sich, aber auch soziale Verantwortung und eine sozioökonomische Investitionschance. Mit Blick auf die Welt der Arbeit hat der Megatrend Gesundheit sowohl quantitative als auch qualitative Auswirkungen. In Tätigkeitsfeldern und Berufen mit Gesundheitsbezug werden künftig (noch) mehr Menschen als heute arbeiten und auch die Art, wie gearbeitet wird, wird sich grundlegend ändern.

### Dynamisches Wachstum in der Gesundheitsbranche

Bereits heute kommt der Gesundheitswirtschaft für Wirtschaft und Arbeit ein hohes Gewicht zu – das gilt insbesondere mit Blick auf die dort bereitgestellten Arbeitsplätze: Der Gesundheitswirtschaftsbericht des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie weist für 2019 insgesamt 7,5 Millionen Erwerbstätige aus; jeder sechste Arbeitsplatz ist hier angesiedelt. Gesundheitswirtschaft ist aber nicht nur sehr groß, sondern wächst auch dynamisch. Von 2010 bis 2019 entstanden



mehr als 1,2 Millionen neue Stellen. Für die Zukunft rechnen Arbeitsmarktforscher\*innen mit einer weiter steigenden Nachfrage nach Personal.

Die Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Pflegeberufen rücken – gerade auch im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie – wieder verstärkt in den Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit. Mit Blick auf Einkommensfragen ist aber etwa Carearbeit nach wie vor durch Ungleichheit geprägt. Dies zeigt sich nicht nur an den Verdienstunterschieden zwischen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege, sondern auch bezüglich der stationären und ambulanten (Langzeit-)Pflege (Care Pay Gap). Erfreulicherweise hat hier aber bereits ein Aufholprozess eingesetzt, der vermutlich durch den in Aussicht stehenden Tarifvertrag weiteren Rückenwind erfährt. Ein positives Charakteristikum vieler Berufe im Gesundheitsbereich ist ferner, dass sich die Mitarbeiter\*innen überdurchschnittlich stark mit ihren Aufgaben identifizieren, ihre Arbeit somit nicht nur als Job, sondern auch als Mission verstehen. Jedoch darf dies nicht dazu führen, dass gerade interaktiv-kommunikative Leistungen der Beschäftigten als »unsichtbare Arbeit« strukturell unterbewertet werden. Denn der »workload« wird auch mit neuen Qualifikationsmischen nicht einfach verschwinden: Nicht weniger, sondern eher mehr situative Koordination, Kommunikation und patientenindividuelle Abstimmungen werden hier notwendig werden, um die Versorgungsqualität sicherzustellen.

### Arbeitsanforderungen werden vielfältiger

Die Digitalisierung sowie die parallel wachsende fachwissenschaftliche Fundierung von Diagnosen und Therapien schaffen zum einen völlig neue Chancen für die Gesunderhaltung und Heilung (etwa bei onkologischen und neuro-degenerativen Erkrankungen), bringen zum anderen aber auch deutlich veränderte Anforderungen für das Qualifikations- und Kompetenzprofil der Beschäftigten. Hier lohnt es sich, die Perspektive auch jenseits der Pflegeberufe stärker zum Beispiel auf die therapeutischen, medizinisch-technischen oder labor-technischen Berufe zu richten.

Die Interessen in der Bevölkerung, aber auch medizinisch-technische, gesundheits- und pflegewissenschaftliche Fortschritte lassen künftig einen Bedeutungsgewinn präventiver und rehabilitativer Leistungen erwarten. Noch ist jedoch nicht

»durchdekliniert«, wie sich dies in neuen oder geänderten Berufsprofilen und neuen Wegen der betrieblichen Arbeitsorganisation konkret niederschlägt. Klar ist aber, dass sowohl mehr Wissen um geeignete Risikoeinschätzungsverfahren als auch über die Unterstützung von Verhaltensänderungen bei risikobedrohten Menschen gefragt sein wird.

Die trans- und interdisziplinäre Zusammenarbeit wird (höchstwahrscheinlich) die Zukunft der Gesundheitsarbeit deutlich stärker als heute prägen. Hierfür braucht es eine bedarfs- und kompetenzorientierte Versorgungs- und Arbeitsgestaltung, die nicht durch tradierte Grenzziehungen und fragmentierte Professionsinteressen ausgebremst wird.

Mit den skizzierten Änderungen könnte eine Aufwertung der nicht-medizinischen Gesundheitsberufe wie die im Bereich der Pflege einhergehen. Ohne »Augenhöhe« werden bei den nicht-medizinischen Gesundheitsprofis weder die fachlichen noch die motivationalen Ressourcen zu mobilisieren sein, um zusätzliche und neue Aufgaben bewältigen zu können.

### Aktuelle Initiativen in Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Vielfalt der Aktivitäten in Aus-, Fort- und Weiterbildung kondensiert zu umreißen, ist im Rahmen des vorliegenden Beitrags nicht möglich. Gleichwohl lassen sich drei Baustellen mit besonderem Gewicht ausmachen: Speziell in der aktuellen COVID-19-Pandemie wurde deutlich, dass eine Aufwertung – besser: Inwertsetzung – der Altenhilfeberufe unerlässlich ist, um die Versorgung aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Dies erfordert es, die Leistungen der Beschäftigten sowie den Wert ihrer Arbeit neu zu vermessen. Gerade in komplexen Veränderungsprozessen, wie sie beispielsweise mit betrieblichen Digitalisierungsstrategien adressiert werden, ist das Fachwissen der Beschäftigten eine bedeutende Voraussetzung für gelingende Innovationsprozesse. Bei Fragen der Arbeitsorganisation, der Technikgestaltung und Personalentwicklung könnten Beschäftigte und deren Interessenvertretungen viel hilfreiches Wissen einbringen, systematisch abgerufen wird es aber bislang allenfalls in Ausnahmefällen. Bei der mitbestimmten Erneuerung der Arbeitswelt sollte das Thema neue Chancen zur Fachkräftesicherung im Kontext neuer Versorgungskonzepte eine größere Rolle spielen. Denn die Weiterentwicklung der Versorgung »vor Ort« eröffnet oft auch Chancen für neue, attraktive Aufgaben- und Tätigkeitsfelder, für erweiterte Handlungs- und Autonomiespielräume und teambasierte Arbeitsorganisation.

Literatur bei den Verfasser\*innen

PROF. DR. JOSEF HILBERT, MICHAELA EVANS, Westfälische Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen, Institut für Arbeit und Technik (IAT), Neidenburger Straße 43, 45897 Gelsenkirchen, E-Mail: hilbert@iat.eu

KEVIN DADACZYNSKI, ORKAN OKAN

## Gesundheitskompetenz – ein Megathema auch für Schulen?

Gibt man in einschlägigen Suchmaschinen den Begriff »Gesundheitskompetenz« ein, so werden derzeit mehrere Hunderttausende Treffer zu verschiedenen Facetten und Perspektiven ausgewiesen. Allein auf wissenschaftlicher Ebene hat die jährliche Anzahl an deutschsprachigen Publikationen sprunghaft von 245 im Jahr 2010 auf mehr als 800 im Jahr



2019 zugenommen. Diese Entwicklungen dürften sicherlich auch auf den ersten repräsentativen Survey zur Erfassung der Gesundheitskompetenz in Deutschland (HLS-GER) zurückzuführen sein. Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass mehr als 50 Prozent der deutschen Bevölkerung (ab 15 Jahren) von Schwierigkeiten in der Beschaffung von und im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen berichten. Hiervon besonders betroffen sind Menschen mit niedrigem Sozialstatus, geringem Bildungsstand und Migrationshintergrund. Studien der Universität Bielefeld zeigen für das Kindes- und Jugendalter ähnliche Befunde. Auch wenn diese und weitere wissenschaftliche Erkenntnisse sowie der im Jahr 2018 verabschiedete Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP GK) wesentliche Entwicklungsschritte in Deutschland darstellen, hat die weltweite Verbreitung des Coronavirus seit Ende des Jahres 2019 die Relevanz dieses Themas um ein Vielfaches verschärft. Gesundheitsinformationen, darunter auch jene mit zweifelhafter Qualität, sind allgegenwärtig und in der neuen digitalen Welt meist lediglich einen Klick entfernt. Kurzum: Die Bedeutung der Fähigkeit zur Beschaffung und Nutzung gesundheitsbezogener Informationen steht aufgrund der quantitativen und qualitativen Informationsvielfalt sowie vor dem Hintergrund der Bedeutung für die individuelle Gesundheit, aber auch für die gesamtgesellschaftliche Entwicklung außer Frage.

### Gesundheitskompetenz als Determinante und Ergebnis des gesunden Aufwachsens

Gesundheit ist seit vielen Jahren Bestandteil des Bildungs- und Erziehungsauftrages von Schulen, auch wenn dies in den 16 Bundesländern äußerst heterogen und leider vielfach nur in Ansätzen in den Schulgesetzen verankert ist. Die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu reflektieren und zur Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit anzuwenden, kann als ein Kernanliegen von Schule verstanden werden. Hierfür lassen sich verschiedene Gründe anführen:

» 1: Ziel von Schule ist es, die Entwicklung und den Lernerfolg von Heranwachsenden zu fördern. Entwicklung meint hier die Befähigung von Menschen zur Bewältigung alltäg-

licher Anforderungen und zur proaktiven Gestaltung des eigenen Lebens. Ganz im Sinne des Gesundheitsbildungsauftrags soll Schule Kompetenzen und Wissen vermitteln, die es den Heranwachsenden erlauben, sich in einer Informationsgesellschaft zu orientieren und die für sie relevanten Informationen zum Wohle der eigenen und der Gesundheit ihrer Mitmenschen einzusetzen.

- » 2: Gesundheit und damit Gesundheitskompetenz sind nicht losgelöst von den bildungsbezogenen Ergebnissen zu sehen. Forschungsergebnisse zeigen, dass Gesundheitsverhalten und die Gesundheit einen Einfluss auf Bildungsindikatoren wie die Lernmotivation oder Schulleistung haben. Berücksichtigt man, dass die Gesundheitskompetenz ihrerseits als Determinante von Gesundheitsverhalten und Gesundheit wirkt, liegt die Annahme eines mindestens indirekten Zusammenhangs zwischen Gesundheitskompetenz sowie Bildungsergebnissen nahe.

### Gesundheitskompetenz in Schule – aber wie genau?

Neben den eingangs erwähnten Befunden verdeutlichen erste Studienergebnisse, unter anderem aus dem Projekt »Digitale Gesundheitskompetenz von Schüler\*innen (DiGKS)«, dass Jugendliche am häufigsten Schwierigkeiten in den Bereichen des Suchens und der kritischen Bewertung von digitalen Gesundheitsinformationen aufweisen. Der bereits angeführte NAP GK betont in seiner ersten Empfehlung die hohe Bedeutung, die dem Bildungs- und Erziehungssystem zur Förderung der Gesundheitskompetenz zukommt. Dabei ergeben sich bei der Frage des »Was« und »Wie« zahlreiche Anknüpfungspunkte an ganzheitliche Ansätze der schulischen Gesundheitsförderung. Stark vereinfacht setzen diese an drei zentralen Säulen an:

- » Die Integration von Gesundheitskompetenz als fachübergreifendes Querschnittsanliegen oder ferner eingebettet in die Gesundheitsbildung als eigenständiges Unterrichtsfach stellt einen wichtigen Bestandteil eines umfassenden Konzepts dar. Gerade im Zuge der digitalen Gesundheitskompetenz ergeben sich hierbei sinnvolle Synergien durch eine Ausrichtung an der KMK Strategie »Bildung für die digitale Welt«, die ihren spezifischen Niederschlag in der Medienbildung sowie insbesondere in den neuen Medienkompetenzrahmen der Bundesländer gefunden hat.
- » Curriculare Ansätze allein sind jedoch nicht hinreichend – dies schon deshalb nicht, da Gesundheitskompetenz auch das Ergebnis struktureller Bedingungen darstellt. Somit gilt es, Gesundheitskompetenz zum Gestaltungsprinzip von schulischen Rahmenbedingungen und Prozessen zu machen. Exemplarisch sei hier auf das derzeit laufende Projekt »Gesundheitskompetente Schule: Organisationsentwicklung für die Stärkung der Gesundheitskompetenz im Setting Schule (GeKoOrg-Schule)« verwiesen.
- » Schulen sind Teil einer umfassenden Lebenswelt, zu der weitere kommunale Settings und Akteur\*innen gehören. Diese miteinander zu vernetzen, ist essenziell, um Brüche zwischen einzelnen Settings zu vermeiden (zum Beispiel zwischen Schule und Elternhaus), aber auch weil das unterrichtende Schulpersonal aufgrund ihrer pädagogischen Kompetenz auf die Mitwirkung von externen Fachkräften mit gesundheitlicher Expertise angewiesen ist. Zudem lassen sich auf diese Weise Lebenslageneffekte verhältnispräventiv adressieren.

Zusammenfassend muss die Antwort auf die im Titel gestellt Frage klar lauten: Ja, Gesundheitskompetenz ist ein Megathema für Schulen, insbesondere im digitalen Zeitalter und dies nicht erst aufgrund der aktuellen COVID-19-Pandemie. Damit dieses nicht – wie so oft in der schulischen Gesundheitsförderung – eine Eintagsfliege in bildungsbezogenen Gesundheitsdiskussion bleibt, bedarf es systematischer Bemühungen, das Thema stringent und verbindlich mit den Kernaufgaben und -feldern von Schule zu verbinden. Dies umfasst es auch, Gesundheitskompetenz nicht nur auf Schüler\*innen zu begrenzen, sondern das unterrichtende und nicht-unterrichtende Schulpersonal sowohl als Zielgruppe als auch als Multiplikator\*innen gezielt zu adressieren.

Literatur bei den Verfassern

PROF. DR. KEVIN DADACZYNSKI, Hochschule Fulda, Leipziger Straße 123, 36037 Fulda, E-Mail: kevin.dadaczynski@pg.hs-fulda.de

DR. ORKAN OKAN, Universität Bielefeld, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, E-Mail: orkan.okan@uni-bielefeld.de

### DOREEN REIFEGERSTE

## Reden wir über Gesundheit!

### Gesundheitstrends und deren Kommunikation

Der Gesundheitstrend steht in enger Wechselwirkung mit weiteren gesellschaftlichen Veränderungsprozessen. In deren Kontext sind auch die Veränderungen zu betrachten, die sich für das gesundheitsbezogene Kommunikationsverhalten ergeben. So führen die Digitalisierung und die damit einhergehende Technologieentwicklung dazu, dass sämtliche Kommunikationsprozesse schneller, mobiler, umfangreicher, vernetzter, öffentlicher und medienvermittelter stattfinden. Parallel hierzu sind auch Gesundheitsinformationen für die Bürger\*innen schneller und einfacher zugänglich, wodurch das gesundheitsbezogene Informationsverhalten weiter stark zunimmt.

### Die Flut an Gesundheitsinformationen und der Umgang damit

Die überall vorhandene Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen ermöglicht somit im positiven Fall eine gesteigerte Gesundheitskompetenz sowie ein größeres Empowerment der Bürger\*innen, die sich umfangreich informieren und dadurch ihre Gesundheit besser fördern und selbst managen können. So können beispielsweise Patient\*innen mit seltenen Erkrankungen in unterversorgten Gebieten oder mit sehr spezifischen Anliegen besser Hilfe finden, indem sie telemedizinische Angebote oder Gesundheitsportale nutzen oder sich in Online-Selbsthilfegruppen gegenseitig helfen. Gleichzeitig stellt aber auch der Umgang mit der Informationsflut selbst eine Herausforderung dar. Während früher das medizinische Personal sowie staatliche Institutionen ein gewisses Monopol auf verlässliche gesundheitsbezogene Informationen in Krisensituationen hatten, zeichnen sich die entstandenen zahlreichen digitalen Angebote in unterschiedlichsten Plattformen durch eine große Heterogenität an Qualität, inhaltlich produzierenden Akteur\*innen sowie Evidenzbasierung aus. Im dysfunktionalen Fall führt das zu desinformierten, orientierungslosen Menschen, die davon überfordert sind.





Das Risiko für diese negativen Effekte besteht insbesondere in Krisenzeiten, wie derzeit der COVID-19-Pandemie, die von hoher Unsicherheit und folglich hohem Informationsbedarf geprägt sind. Vor allem wenn die wissenschaftlichen und staatlichen Akteur\*innen noch keine konsistenten Informationen oder eindeutigen Erklärungen liefern, besteht die Möglichkeit, dass sich Falschmeldungen, nicht-evidenzbasierte Behandlungsmethoden und Verschwörungsideen vielfach verbreiten und Gehör finden. Wenn alternative Akteur\*innen die Gefühle der Unsicherheit und Furcht mit Angstnarrativen verstärken, wird die Pandemie dann von einer zusätzlichen Infodemie begleitet.

### Individualisierungs- und Globalisierungstendenzen

Der Trend zur zunehmenden Individualisierung geht mit einer größeren Selbstverantwortung für gesundheitsbezogenes Verhalten und dessen Wirkungen einher. Die Entwicklung von Myriaden digitaler Anwendungen ist mit der Hoffnung verbunden, dass Menschen durch die Selbstverantwortung ihre Gesundheit fördern und selbst managen können. In vielen Studien zeigen sich diese positiven Gesundheitseffekte auch, allerdings sieht man auch hier dysfunktionale Effekte der zunehmend individuumsbezogenen Gesundheitskommunikation. So kann die Preisgabe von gesundheitsbezogenen Parametern im öffentlichen Raum zur Stigmatisierung in verschiedensten Lebensbereichen führen. Zudem kann die zunehmende Zuschreibung von Eigenverantwortung die psychische Gesundheit beeinträchtigen, weil der Veränderungsdruck allein beim Individuum zu liegen scheint. Die Globalisierung führt schließlich in der Gesundheitskommunikation vor allem zu mehr Diversität. Dies betrifft nicht nur die Sprachen, sondern ebenso die unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit. Damit einher gehen auch interkulturell sehr unterschiedliche Konzepte der Verantwortung für die Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten, die es jeweils in der Berichterstattung über Gesundheitsthemen, aber auch in der Ansprache der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen gilt.

### Aktionsplan Gesundheitskompetenz

Verschiedene Interventions- und Regulationsstrategien bieten sich nun an, um mit diesen ambivalenten Entwicklungen im gesundheitsbezogenen Kommunikationsverhalten konstruktiv umzugehen. Zunächst lassen sich die Kompetenzen im Umgang mit Medienangeboten und Gesundheitsinformationen fördern. So fordert etwa der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz, dass wir mit lebenslanger Bildung dazu beitragen, dass die Bürger\*innen darin geschult werden, Statistiken besser zu verstehen, Urheber\*innen zu hinterfragen oder Studienergebnisse einzuordnen. Allerdings liegt hierbei wiederum die Verantwortung beim Individuum. Dementsprechend ist auch das soziale Umfeld der Bürger\*innen in seinen Kompetenzen zu stärken. Das betrifft zum einen das medizinische Personal. Dieses braucht einerseits selbst eine Selektion evidenzbasierter und qualitativ hochwertiger Informationsquellen und andererseits fällt es ihm häufig schwer, mit diesen vorinformierten Patient\*innen umzugehen. Zum anderen sind es im sozialen Umfeld die Angehörigen oder die soziale Gemeinschaft, die ebenso wie das medizinische Personal eine essenzielle Informationsquelle und wichtige Multiplikatoren für Gesundheitsinformationen darstellen. Daher werden im Aktionsplan neben den individuumsbezogenen auch settingbezogene Maßnahmen der Kompetenzstärkung gefordert. Überdies bieten auch strukturelle Maßnahmen eine Möglichkeit, um den Gesundheitstrend und das damit verbundene Interesse an Gesundheitsinformationen zu gestalten. Entsprechende Maßnahmen betreffen etwa die Etablierung von Angeboten mit evidenzbasierten, vertrauenswürdigen und zugleich allgemeinverständlichen Angeboten, die Finanzierung von unabhängigem Qualitätsjournalismus oder die Anwendung von Algorithmen, die eine interessen geleitete Verbreitung von Falschinformationen detektieren. Ebenso könnte sich der Umgang mit den zahlreichen Gesundheitsinformationen verbessern, wenn die Zeit für Arztgespräche ausgeweitet wird und alternative, ergänzende Beratungsformen angeboten werden, wie digitale Entscheidungshilfen, die die Leitlinieninformationen in interaktive, personalisierte Kommunikationsformen übersetzen.

### Fazit

Letztlich zeigt sich, dass der Gesundheitstrend auch für die Kommunikation ein komplexer ist, der mit vielen anderen gesellschaftlichen Wandlungsprozessen in Verbindung steht und daher keine einfachen Antworten bereithält. Somit scheint es ratsam, für die Mitgestaltung wichtige Fragen zu stellen. Diese Fragen können etwa sein: Wer soll sich mit welchen Inhalten an der Gesundheitskommunikation beteiligen bzw. erreicht werden, in welcher Form und in welchen Kommunikationskanälen soll sie stattfinden, welche Effekte wollen wir damit erreichen und welche berücksichtigen und welche Interventions- und Regulierungsmaßnahmen leiten sich daraus ab?

Literatur bei der Verfasserin

DR. DOREEN REIFEGERSTE, Philosophische Fakultät der Universität Erfurt,  
Seminar für Medien- und Kommunikationswissenschaft,  
Postfach 90 02 21, 99105 Erfurt



TIMO-KOLJA PFÖRTNER, HOLGER PFAFF

## Am Trend vorbei? Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit

Betrachten wir die Prognosen zur Lebenserwartung in Deutschland, sehen wir einer positiven Zukunft entgegen: Lag die durchschnittliche Lebenserwartung nämlich im Jahr 1950 für Männer bei 64,6 und für Frauen bei 68,5 Jahren, wird sie nach Berechnungen des statistischen Bundesamtes im Jahr 2060 um 20 Jahre angestiegen sein. An dieser positiven Entwicklung hat auch das zunehmende persönliche Bestreben nach mehr Gesundheit Anteil. Der Erhalt sowie die Optimierung der eigenen Gesundheit gelten als Universalwertungen, die jeder Einzelne in Eigenregie zu verantworten hat. Diesem Gesundheitsverständnis folgt auch die gegenwärtige Gesundheitspolitik in Deutschland, die trotz einer epidemischen Verbreitung einer Vielzahl chronischer Krankheiten weiterhin mittels individueller Gesundheitsmaßnahmen auf die Selbstversorgungs-Kompetenz ihrer Bürger\*innen setzt. Dass in Deutschland laut der DEGS-Studie des Robert Koch-Instituts 23,3 Prozent der Männer und 23,9 Prozent der Frauen fettleibig sind, resultiert aber nicht aus einer individuellen Lifestyle-Entscheidung, sondern ist auch das Ergebnis soziostruktureller Lebensbedingungen, der Sozial- und Gesundheitspolitik und makroökonomischer Entscheidungen. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass die medizinsoziologische und epidemiologische Forschung bereits seit Langem beobachten kann, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen im gleichen Umfang vom Gesundheitstrend profitieren und dem Bestreben nach mehr Gesundheit folgen können. Sozial benachteiligte Menschen haben im Vergleich zu Bessergestellten eine bis zu zehn Jahre verkürzte Lebenserwartung. Angesichts dessen muss aus gesundheitspolitischer Sicht die Frage gestellt werden, ob ein Gesundheitstrend, bei dem die Eigenverantwortung der Bürger\*innen den maßgeblichen Anknüpfungspunkt bildet, noch zeitgemäß ist und der Maßgabe einer sozialen bzw. gesundheitlichen Gerechtigkeit entspricht.

### Soziale Ungleichheit und Armut

Soziale Ungleichheit stellt ein immer dagewesenes Phänomen von Gesellschaften dar. Sie ist Ausdruck einer Einteilung von Gesellschaftsmitgliedern in ein oben und unten beziehungsweise in ein besser- und schlechtergestellt auf Basis sogenannter sozial wertvoller Güter. Als sozial wertvoll gelten solche Güter, die in einer Gesellschaft mit Vorstellungen vom Wünschenswerten verknüpft sind, wie beispielsweise Wohlstand oder Sicherheit. Diese Vorstellungen lassen sich mittels unterschiedlicher Güter verwirklichen, wie etwa über Bildung, Einkommen oder Beruf.

Davon abzugrenzen ist der Armutsbegriff, der in Deutschland beziehungsweise in entwickelten Ländern in Abhängigkeit von der Einkommensverteilung gemessen wird. Bezieht ein Haushalt weniger als 60 Prozent des mittleren Nettoeinkommens, wird dies als armutsgefährdet bezeichnet. Es wird davon ausgegangen, dass bei einer solch geringen Einkommenshöhe eine gesellschaftlich angemessene Ausstattung an Lebensstandard und sozialer Teilhabe nicht möglich beziehungsweise gefährdet ist.

### Die Verkörperung der sozialen Lage

Bei der Erklärung, wie sich die soziale Lage buchstäblich verkörpert, werden meist drei Faktoren genannt: materielle, psychosoziale sowie verhaltensbezogene Faktoren. Die materiellen Lebensbedingungen können sich direkt wie auch indirekt auf das Auftreten und die Entwicklung gesundheitlicher Beschwerden auswirken. So gelten die Art und Lage des Wohnortes, die Qualität der Nahrung und Bekleidung, die Möglichkeiten, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen und/oder kulturelle, sportliche oder der Erholung dienende Aktivitäten auszuüben, als Paradebeispiele für die materiellen Lebensbedingungen, die einen Einfluss auf die Gesundheit ausüben und maßgeblich von den finanziellen Möglichkeiten einer Person bestimmt werden.

Als psychosoziale Begleitumstände sozialer Benachteiligung werden unter anderem die existenzielle Angst um die Sicherung des eigenen beziehungsweise familiären Lebensstandards genannt, negative Selbstwahrnehmungsprozesse oder auch stressinduzierte Einzelereignisse. Auch die wahrgenommene Benachteiligung im Vergleich zu anderen Personen (auch als Deprivation bezeichnet) kann zu psychischen Problemen führen.

Schließlich ist die soziale Lage auch eng mit dem gesundheitlichen Verhalten verknüpft. Das Repertoire an gesundheitlichen Verhaltensweisen sowie die Einstellung gegenüber der eigenen Gesundheit werden maßgeblich im Kindes- und Jugendalter bestimmt. Das Aufwachsen in Armut kann zu einer geringen Risikowahrnehmung und Selbstwirksamkeit sowie zu einem eher instrumentellen Verständnis zum eigenen Körper führen. Dieser Prozess kann nicht nur auf das gesundheitliche Verhalten negative Auswirkungen haben, sondern auch auf die generelle Überzeugung, durch Anstrengungen (wie beispielsweise in der Schule oder am Arbeitsplatz) bestimmte Lebensziele zu erreichen. Hinzu können mögliche Stigmatisierungs- und Exklusionserfahrungen, beispielsweise durch Lehrer\*innen in der Schule, die den gesamten Lebenslauf einer Person prägen und damit auch eine Vielzahl möglicher Entwicklungspotenziale negativ beeinflussen.



### Was bleibt?

In der kurzen Gesamtschau zeigt sich, dass das Selbstmanagement-Konzept der Gesundheitskompetenz zu kurz greift. Es lässt die Komplexität in der Entstehung und Veränderung von Gesundheit und Krankheit in Abhängigkeit von der sozialen Lage und der individuellen Lebensbiografie unberücksichtigt. Der maßgeblich auf Eigenverantwortung basierende Trend zu mehr Gesundheit vernachlässigt die Tatsache, dass der Mensch ein soziales Wesen ist und Produkt seiner sozialen Lebensumstände. Der Gesundheitstrend »läuft« – gewissermaßen – an den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen vorbei. Diese sind aufgrund ihrer Lebenssituation und Erfahrungen im Lebenslauf einer Vielzahl gesundheitlicher Risiken ausgesetzt. Hinzu kommt, dass soziale Benachteiligung häufig mit einem Mangel an materiellen und persönlichkeitsbezogenen Ressourcen einhergeht, die die Benachteiligten allerdings für den Erhalt und der Verbesserung der eigenen Gesundheit benötigen. Daher wäre es vermessend, zu glauben, dass Appelle und Forderungen reichen würden, um benachteiligten Personen zu mehr Gesundheit zu verhelfen. Insbesondere aus sozial- und gesundheitspolitischer Sicht bedarf es einer ganzheitlichen Perspektive, die die sozialen Lebensumstände der Menschen mit in den Blick nimmt sowie in die Entwicklung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen einfließen lässt.

Literatur bei den Verfassern

DR. TIMO-KOLJA PFOERTNER, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln, Eupener Straße 129, 50933 Köln, E-Mail: timo-kolja.pfoertner@uk-koeln.de

PROF. DR. HOLGER PFAFF, Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVBR), Direktor des Zentrums für Versorgungsforschung (ZVFK), Universität zu Köln, E-Mail: holger.pfaff@uk-koeln.de

CHRISTOPH DOCKWEILER, JOANNA ALBRECHT

## Gesundheitstechnologien zwischen Präventionsdilemma und Chancengerechtigkeit

Das Gelingen des Grundrechts Teilhabe ist von der Verteilung der eigenen Teilhabechancen und -risiken abhängig. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Wechselwirkung mit dem individuellen Gesundheitszustand. Durch eine positiv wahrgenommene Lebensqualität lassen sich Teilhabechancen steigern. Ebenso kann ein gelingendes Teilhabeerleben die wahrgenommene Lebensqualität verbessern und infolgedessen den individuellen Gesundheitszustand positiv beeinflussen. Somit bedingen sich Teilhabe und Gesundheitsförderung als jeweilige Schlüsselposition gegenseitig.

### Das gesellschaftliche Paradoxon

Durch die zunehmende Verbreitung digitaler Gesundheitstechnologien sowie die damit einhergehende Verlagerung der Angebotsstruktur besteht unter Beachtung einer evidenten digitalen Spaltung unserer Gesellschaft die Gefahr, dass sich auch die Verteilung von Gesundheitsressourcen sozialla-



genabhängig verändert. Die Annahme beschreibt ein gesellschaftliches Paradoxon: Mit der Zunahme verfügbarer Informationen vergrößern sich die Wissensunterschiede nach sozioökonomischem Status innerhalb einer Gesellschaft. Anfang der 1990er-Jahre etablierte sich vor allem in der US-amerikanischen Wissenschaftsdiskussion der Begriff »digital divide«. Bereits Ende der 1990er-Jahre wurde die mittlerweile evidente digitale Ungleichheit in der US-amerikanischen Gesellschaft durch die National Telecommunications and Information Administration (NTIA) als eines der zentralsten sozial-ökonomischen Ungleichheitsphänomene eingestuft.

Dabei handelt es sich um ein »modernes« Präventionsdilemma – denn dem Einsatz von digitalen Gesundheitstechnologien wird vielfach die Chance zugeschrieben, den Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten zu erleichtern und somit zu einer gesteigerten Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu befähigen. Durch die niedrighwellige Bereitstellung von Gesundheitsinformationen, gesundheitsrelevanten Daten aus der Lebensumwelt (etwa Luftqualität, Lärm, Zugänglichkeit von Grünräumen) oder in Bezug auf administrative Belange (beispielsweise Ansprüche von Präventionsleistungen) über diversifizierte Medien (zum Beispiel Internet, Apps auf mobilen Endgeräten) können Bürger\*innen vermehrt über gesundheitsrelevante Einflüsse der Lebensumwelt und des eigenen Verhaltens aufgeklärt sowie in Entscheidungen bezüglich Gesundheitsförderung und -versorgung einbezogen werden. Zudem lassen sich personenzentrierte Beratungen mit professionellen Gesundheitsakteur\*innen stärken. Darüber hinaus können digitale Gesundheitstechnologien, wie sogenannte Wearables, ausgewählte Gesundheitsinformationen und Vitaldaten erfassen und bei kritisch eingestuften Werten Interventionen unterstützen. Voraussetzung für die gesundheitsfördernde Potenzialentfaltung digitaler Technologien und gleichzeitig die zentrale Herausforderung für Public Health sind die Förderung der Chancengleichheit im Zugang sowie eine bedürfnisgerechte Digitalkompetenzentwicklung.

### Die Gerechtigkeitsfrage

Die Aneignung und Nutzung digitaler Gesundheitstechnologien ist dabei nicht ausschließlich von soziallagenbedingten Zugangsmöglichkeiten abhängig. Ebenso werden diese



# Impressum



durch unterschiedliche soziodemografische, -psychografische und geografische Faktoren beeinflusst. Hierzu zählen vor allem Alter, Gender, kultureller Hintergrund und Wohnort. Diese Faktoren stehen im Zusammenhang mit dem Vorhandensein von Zugangsmöglichkeiten zu digitalen Gesundheitstechnologien, notwendigem Wissen und Technikorientierungen/-haltungen, Leistungs- und Aufwandserwartungen sowie gesundheitlichen und digitalen Kompetenzen. Weniger davon profitieren können insbesondere Menschen mit tendenziell geringeren Gesundheitsressourcen, wie zum Beispiel Menschen mit einer kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigung oder mit einer chronischen Erkrankung. Die Förderung von digitaler Teilhabe entwickelt sich vor diesem Hintergrund in einer sich zunehmend digitalisierenden Gesellschaft zur zentralen Gerechtigkeitsfrage.

Digitale Teilhabe wird immer häufiger neben dem synonym verwendeten Begriff digitale Inklusion im allgemeinen Gebrauch verwendet. Eine allgemeingültige Begriffserklärung gibt es bislang jedoch nicht. Der Begriff impliziert das Einbezogensein in digitale Lebenssituationen und das Einbezogensein durch digitale Medien. Die dabei vorausgesetzte digitale Chancengleichheit bezieht sich nicht nur auf die Bereitstellung der Zugangsmöglichkeiten zu digitalen Medien, wie beispielsweise zu Smartphones und dem Internet, sondern darüber hinaus auch auf die Bereitstellung zielgruppenorientierter Möglichkeiten, Kompetenzen im Umgang mit solchen digitalen Anwendungen zu erwerben und zu erweitern. Zwingend erforderlich sind demnach der chancengleiche Zugang zu digitalen Technologien, digitalen oder teil-digitalen Lebenswelten (beispielsweise digitalen Bildungsangeboten) sowie die Bereitstellung von (Weiter-)Bildungsmöglichkeiten, um digitale Teilhabe zu fördern und eine digitale Spaltung zu reduzieren. Hierfür bedarf es vor allem zweier Entwicklungsschwerpunkte: zum einen der sozialstrukturellen Passung digitaler Gesundheitstechnologien und ihres Einsatzes in Lebenswelten, zum Beispiel als Teil einer Technikfolgeabschätzung. An diesen Prozess schließen sich aus Public-Health-Sicht relevante sozial-ethische Aspekte an: Fragen der Exklusion, der Selbst- beziehungsweise Fremdbestimmung oder der Wahrung von Privatheit. Auch sind die Wirksamkeit und die sozialen Folgen digitaler Gesundheitstechnologien in der Prävention und Gesundheitsförderung nicht ausreichend erforscht und gesellschaftlich diskutiert. Bislang fehlt es an einer praktischen, politischen und auch wissenschaftlichen Auseinandersetzung, insbesondere mit Blick auf den rasant zunehmenden digitalen Wandel in den verschiedenen Lebenswelten. Diese muss zwingend auf die Sinnzuschreibungen der Zielgruppen, also über die Bedarfe und Bedürfnisse hinaus, auf norm- und wertbezogenes Handeln und Verhalten sowie emotionale Erwartungen reagieren, so dass dargebotene Funktionen digitaler Angebote realweltliche Bedeutungen erhalten. Zum anderen bedarf es verstärkter Maßnahmen, in denen Medien- und Gesundheitskompetenzen systematisch miteinander verknüpft werden.

Literatur beim Verfasser  
 JUN.-PROF. DR. CHRISTOPH DOCKWEILER, JOANNA ALBRECHT,  
 Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften,  
 Centre for ePublic Health Research, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld,  
 E-Mail: christoph.dockweiler@uni-bielefeld.de

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

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

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

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

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

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Thomas Altgeld, Frank Herbert, Jan Kreie, Ilka-Marina Meyer, Sandra Pape, Kerstin Petras, Maxi Schäfer, Stephanie Schmitz

» **Beiträge:** Joanna Albrecht, Thomas Altgeld, Oswald Balandis, Britta Baumgart, Helle Bethke, Mario Bierschwale, Prof. Dr. Susanne Busch, Prof. Dr. Kevin Dadaczynski, Christina Diekhof, Prof. Dr. Martin Dinges, Prof. Dr. Christoph Dockweiler, Michaela Evans, Janna Fabian, Prof. Dr. Jasper A. Friedrich, Prof. Dr. Uta Gaidys, Marie-Christin Geissler, Dr. Oliver Gröne, Jonah Grütters, Prof. Dr. Susanne Hartung, Prof. Dr. Josef Hilbert, Kara Hövel, Ivonne-Nadine Jürgensen, Britta Kenter, Martina Kipp, Christina Kruse, Lars Masurek, Ilka-Marina Meyer, Daniel Moll, Viktoria Niebel, Annike Nock, Dr. Orkan Okan, Tatjana Paeck, Prof. Dr. Holger Pfaff, Dr. Timo-Kolja Pfortner, Dr. Doreen Reifegerste, Elena Reuschel, Isabelle Rudolph, Tanja Sädler, Sabrina Schöpfel, Dr. Friedrich Schorb, Dr. Ute Sonntag, Janine Sterner, Prof. Dr. Jürgen Straub, Kristina Supper, Astrid Thulke, Prof. Dr. Knut Tielking, Mareike Timmann, Theresa Vanheiden, Birgit Wolff

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 110: 31.01.2021

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» **Auflage:** 9.000

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

» **Druck:** Druckerei Hartmann GmbH & Co. KG

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

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

» **Titelbild:** © adobe.stock.com: © ~ Bitter ~

» **Fotos:** S. 3 © www.gesundheit-nds.de, alles anderen © adobe.stock.com:

© beeboys (S. 4), © Pixel-Shot (S. 6), © Halfpoint (S. 7), © Ekaterina Bag (S. 8), © Andrey Popov

(S. 9), © LStockStudio (S. 10), © Blue Planet Studio (S. 12), © Philip Steury (S. 13), © Mirko Vitali

(S. 14), © Vitte Yevhen (S. 16), © Tiberius Gracchus (S. 18), © Kzenon (S. 20), © Volodymyr (S. 21),

© oatawa (S. 22), © Kara (S. 26), © Andrey Popov (S. 30)

» **Liebe Leser\*innen,** wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der Impulse speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter info@gesundheit-nds.de widersprechen.

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



FRIEDRICH SCHORB

## Von der Gesundheitsförderung zum Gesundheitswahn Die gesellschaftliche Debatte um Gesundheit zwischen Healthismus und Inklusion

In Umfragen wird Gesundheit regelmäßig als das Wichtigste im Leben beschrieben. Daran hat sich in den vergangenen Jahrzehnten wenig geändert. Gleich geblieben ist auch die dominante gesellschaftliche Wahrnehmung von Gesundheit als Gegenteil von Krankheit. Wobei Gesundheit hier als biomedizinischer Normalzustand verstanden wird, der durch die Abwesenheit von diagnostizierbaren Erkrankungen und Risikofaktoren gekennzeichnet ist.

### Medikalisierung

Innerhalb dieser Wahrnehmung wurden allerdings die Definitionen davon, was als krank bzw. abweichend gilt, in den letzten Jahrzehnten erheblich ausgeweitet. So hat sich die Zahl der offiziellen Krankheitsdiagnosen in den vergangenen 40 Jahren mehr als verdoppelt, während sich die Zahl der zugelassenen Therapien für klassifizierte Krankheiten und psychische Störungen im selben Zeitraum sogar mehr als verdreifacht hat. Eine steigende Zahl sozialer Auffälligkeiten wird medizinischer Expertise unterstellt: Dies betrifft unruhige Schulkinder genauso wie Menschen, die unter Einsamkeit leiden, schüchtern oder unglücklich sind. Für immer mehr dieser gesellschaftlichen Leiden finden sich medizinische Diagnosen und nicht selten auch pharmakologische und/oder verhaltenstherapeutische Lösungsangebote.

Doch es sind nicht nur neue Krankheiten und Therapien, die für den Trend der Medikalisierung stehen und so die steigenden Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen erklären. Großen Einfluss auf die Medikalisierung nimmt zudem die kontinuierliche Absenkung der Grenzwerte für etablierte Risikofaktoren wie Körpergewicht, Blutdruck, Blutzucker und Blutfette mit der Folge, dass heute in fast allen Industrie- und Schwellen-

ländern die Bevölkerungsmehrheit unter mindestens einem, meist sogar unter mehreren dieser Risikofaktoren »leidet«.

### Healthismus

In jüngerer Zeit kommt zur Medikalisierung noch ein weiteres neues Phänomen hinzu: Healthismus. Healthismus lässt Gesundheit vom »Mittel zum Zweck« für ein erfülltes Leben zum Selbstzweck werden. Gesundheit wird in dieser Wahrnehmung zur Tugend, zur Belohnung für vorbildliches Verhalten. Krankheit hingegen wird zum Symbol des Scheiterns. Wer seine Risikofaktoren kennt, sich richtig ernährt, nicht raucht, nicht trinkt, sich genug bewegt, ausreichend schläft, Stress vermeidet, auf seine Work-Life-Balance achtet, bekommt nach dieser Logik keinen Schlaganfall oder Krebs. Wer dennoch krank wird, muss also irgendetwas falsch gemacht haben.

Während Medikalisierung die Zuständigkeitsbereiche der Medizin unter anderem dadurch ausdehnt, dass sie bislang moralisch degradierte Verhaltensweisen, wie zum Beispiel exzessiven Alkoholkonsum, zu medizinischen Problemen umdefiniert, transformiert Healthismus medizinische Probleme, wie beispielsweise einen erhöhten Cholesterinspiegel oder ein erhöhtes Körpergewicht, zu moralischen Problemen.

Wenn aber Gesundheit zur Ideologie wird, wird das Scheitern daran zum Stigma. Der Psychologe und Gesundheitswissenschaftler Jonathan Metzl hat diesen Prozess der Moralisierung von Gesundheit einmal so beschrieben: Wenn wir eine Raucherin sehen, sagen wir: »Rauchen ist schlecht für deine Gesundheit!«, während wir in Wirklichkeit sagen wollen: »Du bist ein schlechter Mensch, weil du rauchst!«. Wenn wir eine Mutter sehen, die ihren Säugling mit der Flasche füttert, sagen wir: »Stillen ist besser für dein Kind!« und denken:

»Du bist eine schlechte Mutter, sonst würdest du dich mehr bemühen, dein Kind zu stillen!«. Sehen wir einen dicken Menschen, sagen wir »Adipositas ist ungesund!« und denken uns: »Du bist undiszipliniert, sonst würdest du nicht so viel essen und dich mehr bewegen!«.

### Wellness

Healthismus beinhaltet allerdings mehr als nur Repression, sonst wäre das Konzept wohl kaum so erfolgreich. Das Pendant zu Verbot und Verzicht lautet Wellness. Zum einen verhöhnt Wellness die ökonomischen Forderungen nach Schonung und Optimierung der eigenen Ressourcen mit dem Konsum immer neuer Dienstleistungen und Produkte. Zum anderen wird mithilfe von Wellness Gesundheit mit dem Wunsch nach Entspannung und Erholung in Einklang gebracht. Wellness ermöglicht es, Gesundheit nicht länger nur mit Verzicht zu assoziieren, sondern ganz im Gegenteil, als lustvolle Investition in die eigene Leistungsfähigkeit zu interpretieren. Wellness ist heute längst zum Schlagwort in der Gesundheitsförderung geworden und wird in Betrieben, Universitäten, Schulen und sogar in Gefängnissen angeboten.

Um eine Idee dafür zu bekommen, wie sich Healthismus und Wellness auf den Alltag am Arbeitsplatz auswirken können, lohnt ein Blick in die USA. Hier wird mittlerweile nicht mehr nur das Tabakrauchen verbannt, sondern auch Süßgetränke und Schokoriegel. Bürostühle werden durch Laufräder ersetzt und während der Arbeitszeit wird meditiert. Trendsetter ist auch hier, wie so häufig, die Tech-Industrie. Im Silicon Valley breitet sich eine eigentümliche Mischung aus Sozialdarwinismus und fernöstlichen Entspannungstechniken aus. Dabei werden Wirtschaftsliberalismus, Technologiegläubigkeit und körperliche Fitness mit Achtsamkeitsübungen, Yoga und Meditation verknüpft. Das Ziel ist allerdings nicht die Suche nach Selbsterkenntnis oder dem Sinn des Lebens. Vielmehr stehen im Mittelpunkt die Optimierung von Selbsttechniken, die Kreativität und Leistungsfähigkeit steigern und so den eigenen finanziellen Erfolg beziehungsweise den der Firma vorantreiben sollen. Weil die so verdienten Milliarden zwar alle erdenklichen irdischen Güter, aber keine Lebenszeit kaufen können, investieren viele ihre Mittel in moderne Gentechnologie, in der Hoffnung, mit deren Hilfe das Dasein auf Erden zu verlängern. Während aber die einen nach der Formel für ewige Jugend suchen, stagniert für die anderen die Lebenserwartung trotz medizinischen Fortschritts und kontinuierlichen Wirtschaftswachstums mittlerweile schon eine ganze Dekade. Als »deaths of despair« wird das Phänomen bezeichnet, das dafür verantwortlich ist, dass abseits der Ballungszentren die Lebenserwartung für weite Bevölkerungsteile in den USA als Folge von Unfällen, Medikamentenmissbrauch, Alkoholismus, Tabakkonsum, schlechter Ernährung und Suiziden in den letzten Jahrzehnten sogar rückläufig ist. Armut und Perspektivlosigkeit bilden ganz offensichtlich das Gegenstück zu Achtsamkeit und Wellness.

Doch nicht nur in den USA nimmt die gesundheitliche Ungleichheit kontinuierlich zu. Auch in Deutschland betragen die Unterschiede in der gesunden Lebenserwartung zwischen Arm und Reich mittlerweile 15 Jahre. Und auch hierzulande sind die – nach wie vor fast immer männlichen – Manager und Vorstandschefs fast immer schlank und durchtrainiert.

Unter den Spitzenmanager\*innen in Deutschland läuft jede\*r zehnte Marathon, in der Gesamtbevölkerung ist es hingegen nur eine\*r von 600. Diese narzisstische Nabelschau geht mit einer »Winner-takes-it-all-Mentalität« einher, bei der sich die Eliten nicht nur finanziell und mental, sondern auch körperlich der breiten Masse überlegen fühlen dürfen.

### Inklusive Gesundheit

Wie können sich die Gesundheitswissenschaften und die Gesundheitsförderung zu dieser Entwicklung verhalten? Was können sie der Instrumentalisierung von Gesundheit und Fitness als Distinktionsmittel und ideologisches Herrschaftsinstrument entgegensetzen? Als die WHO Gesundheit nicht nur als Abweichung von Krankheit und körperlichem Gebrechen, sondern als den Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens definierte, gab es dafür neben viel Lob auch Kritik. Das Ziel sei unerreichbar, Gesundheit werde zu einem Sammelbegriff ohne klare Bedeutung. Aber gerade dieser, oft als beliebig und ausschweifend kritisierte Gesundheitsbegriff der WHO bietet auch Chancen. Er offeriert einen Möglichkeitsraum, in der jeder\*m nach Fähigkeit und Bedürfnis Platz gegeben wird, eigene Vorstellungen von Gesundheit zu entwickeln. Als Vorbild für einen inklusiven Gesundheitsbegriff kann der UN-Bericht für das Recht auf Gesundheit für Menschen mit Behinderung dienen. Hier wird das Recht auf Gesundheit als eines definiert, das Abweichungen nicht automatisch als ungesunde Beeinträchtigungen, sondern als Teil gesellschaftlicher Vielfalt und der individuellen Identität betrachtet. Wirksam wird solch ein inklusives Gesundheitskonzept allerdings nur, wenn es allen Betroffenen neben der symbolischen auch die materielle Teilhabe an der Gesellschaft garantiert.

Aber auch im Kleinen kann die Gesundheitsförderung mehr tun, um Healthismus zu vermeiden. Zum Beispiel die Menschen einbeziehen und fragen, welche Probleme für sie relevant sind. Das sind oft nicht dieselben Probleme, die Expert\*innen im Kopf haben. Denn dass Sitzen das neue Rauchen ist und man sich daher nach Feierabend lieber bewegen sollte, statt sich auf der Couch zu fläzen – dieser und ähnliche Ratschläge werden meist von Menschen formuliert, die bei der Arbeit nicht acht Stunden lang gestanden oder gelaufen sind und sich gebückt, gestreckt und schwer gehoben haben. Und auch die gängigen Ernährungstipps haben oft weniger mit gesichertem Wissen als mit erlernten Vorlieben von Berater\*innen zu tun, die selbst fast immer Teil der Mittelschicht sind. Heruntergebrochen auf den Alltag der Gesundheitsförderung hat der Schweizer Gesundheitswissenschaftler Thomas Matzig den inklusiven Gesundheitsbegriff einmal so umschrieben: »Die Entscheidung, zu rauchen oder nicht, sich zu bewegen oder nicht, sich fett und süß zu ernähren oder nicht, ist einzig und allein Sache jeder und jedes Einzelnen und liegt in seiner respektive ihrer Freiheit. Wichtig ist lediglich, dass Gesundheitsförderung dazu beiträgt, dass sich die Menschen prinzipiell frei entscheiden können«.

Literatur beim Verfasser

DR. FRIEDRICH SCHORB, Universität Bremen,  
Institut für Public Health und Pflegeforschung, Grazer Straße 2, 28359 Bremen,  
E-Mail: schorb@uni-bremen.de





BRITTA KENTER, SABRINA SCHÖPFEL

## Gesundheit im Quartier – neues Programm zur Verzahnung von Quartiersentwicklung und Gesundheitsförderung startet in Niedersachsen

Am 22. September 2020 ist das Programm »Gesundheit im Quartier zur Verzahnung von Quartiersentwicklung und Gesundheitsförderung« mit einer digitalen Auftaktveranstaltung gestartet. Das von der AOK Niedersachsen geförderte und von der LVG & AFS koordinierte und begleitete Programm fokussiert die Quartiere als Setting für Gesundheitsförderung. Es soll sich insbesondere in sozial benachteiligten Quartieren für eine sozialraumorientierte Gesundheitsförderung starkgemacht werden, die eng verknüpft ist mit der Quartiersentwicklung. Aufbauend auf den bereits etablierten Strukturen des Programms »Sozialer Zusammenhalt – Zusammenleben im Quartier gemeinsam gestalten« sowie der Modellförderung »Gemeinwesenarbeit und Quartiersmanagement in Niedersachsen« sollen vor Ort die Bereiche der Gemeinwesenarbeit und der Gesundheitsförderung systematisch und langfristig miteinander vernetzt werden, um gesunde Quartiere für alle zu gestalten.

### Wer kann teilnehmen?

Voraussetzung für die Teilnahme ist, dass die Quartiere im Rahmen der Programme »Sozialer Zusammenhalt – Zusammenleben im Quartier gemeinsam gestalten« (ehemals Soziale Stadt) beziehungsweise der Modellförderung »Gemeinwesenarbeit und Quartiersmanagement in Niedersachsen« ein funktionierendes Quartiersmanagement aufgebaut haben. Im Rahmen des Programms »Gesundheit im Quartier« können Projekte zur Gesundheitsförderung mit mindestens 5.000 Euro und maximal 30.000 Euro durch die AOK Niedersachsen gefördert werden. Die Förderung der Projekte basiert auf den Inhalten und Maßgaben des Leitfadens Prävention in seiner aktuellen Fassung.

### Wie funktioniert das Programm?

Das Quartiersmanagement nimmt im Rahmen des Programms eine Dreh- und Angelfunktion ein: Die Quartiersmanager\*innen kennen die unterschiedlichen Bedarfe vor Ort und sind mit den Ausgangsvoraussetzungen in einem Quartier vertraut. Daher arbeiten sie ohnehin bereits vernetzt und fachübergreifend. Diese Netzwerke sowie die zusätzliche Beteiligung der Bürger\*innen sollen im Rahmen des Programms genutzt werden, um Projekte zur Gesundheitsförderung zu initiieren und umzusetzen. Ist vor Ort eine Projektidee entstanden, die durch das Programm Gesundheit im Quartier gefördert werden soll, gibt das antragsstellende Quartiersmanagement in der ersten Stufe des Förderverfahrens eine Projektskizze ab. Nach der Rückmeldung zur Projektskizze wird in der zweiten Stufe des Antragsverfahrens der ausgefüllte Antrag eingereicht. Die AOK Niedersachsen entscheidet über die Förderung. Wird der Projektantrag durch die AOK Niedersachsen bewilligt, kann die Umsetzung vor Ort beginnen. Im weiteren Umsetzungsprozess sollte nach Möglichkeit überprüft werden, inwieweit die Projektziele erreicht wurden oder ob gegebenenfalls nachjustiert werden muss. Die Förderanträge können fortlaufend gestellt werden.

### Wer hilft weiter?

Die LVG & AFS ist mit der Koordination und Prozessbegleitung beauftragt. Bei allen Fragen rund um das Programm sowie zur Antragsstellung können sich Interessierte und Antragsteller\*innen an die LVG & AFS wenden, alle Programmmaterialien sind zudem auf der Website verfügbar. Die LVG & AFS kooperiert im Rahmen des Programms mit der Landesarbeitsgemeinschaft Soziale Brennpunkte Niedersachsen e. V. sowie dem Umweltministerium. Darüber hinaus sollen Vernetzungen zu weiteren Programmen und Projekten der kommunalen Gesundheitsförderung angestrebt werden, die für die Arbeit vor Ort hilfreich sein können.

[www.gesundheit.de/Gesundheit-im-Quartier](http://www.gesundheit.de/Gesundheit-im-Quartier)

Literatur bei den Verfasserinnen

ELENA REUSCHEL

## 10. Niedersächsischer Gesundheitspreis ... in besonderen Zeiten!

Die COVID-19-Pandemie stellt seit mehreren Monaten alle Beteiligten im Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Die Niedersächsischen Ministerien für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung, die AOK Niedersachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die Apothekerkammer Niedersachsen haben sich dennoch bewusst dazu entschlossen, auch in diesem Jahr den Niedersächsischen Gesundheitspreis zum mittlerweile zehnten Mal auszuschreiben. Die Bewerbungslage – mit insgesamt 65 eingereichten Projekten in drei Preiskategorien – verdeutlichte, dass viele Akteur\*innen in Niedersachsen wertvolle Beiträge in diesen herausfordernden Zeiten leisten. Durch eine hochkarätige Fachjury wurden in diesem Jahr vorbildliche Ansätze in der Gesundheitsförderung und -versorgung während der COVID-

19-Pandemie prämiert. Schirmherrin des Preises ist Dr. Carola Reimann, Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

### **Preisträger\*innen in der Kategorie 1: Gesundheitskompetenz – mehr denn je gefragt!**

In der Preiskategorie 1 konnte sich das Projekt »So mokt wi dat« vom Gesundheitsamt Landkreis Rotenburg (Wümme) durchsetzen. Inspiriert von einer Aktion des Bundesamtes für Gesundheit in Bern, entstand die Idee, eine plattdeutsche Plakataktion mit den »Corona-Verhaltensregeln«, in Zusammenarbeit mit weiteren regionalen Akteur\*innen, zu initiieren. Das Projekt verfolgt einen kreativen und niedrigschwelligem Ansatz, der sehr gut auf die regionale Bevölkerung zugeschnitten ist, in die Fläche geht und adäquate sowie valide Informationen zur COVID-19-Pandemie zur Verfügung stellt. Mit dem Projekt wurden viele Bürger\*innen für die Corona-Verhaltensregeln und Hygienemaßnahmen auf vorbildhafte Weise sensibilisiert. Bedarfe und Wünsche der Menschen aus der Region wurden direkt miteinbezogen. Die Plakataktion half ebenfalls Praxen und Pflegeeinrichtungen dabei, Unsicherheiten bei den Bürger\*innen in der Region zu minimieren, Regeln in Erinnerung zu rufen sowie regelkonformes Verhalten zu unterstützen.

### **Preisträger\*innen in der Kategorie 2: Die psychosoziale Gesundheit in Zeiten von Distanz erhalten**

Das Projekt »Kulturspritzen gegen Coronablues« der AWO-Senioreneinrichtung Vahrenwald des AWO Bezirksverbands Hannover konnte die Jury in der Preiskategorie 2 überzeugen. Bereits seit Mitte März galt in niedersächsischen Senioren- und Pflegeeinrichtungen ein Besuchsverbot, um die Bewohner\*innen vor einer Infektion mit dem Coronavirus zu schützen. Die Schutzmaßnahmen zur Eindämmung der Pandemie gingen mit dem Fehlen einer gewohnten Alltagsstruktur sowie dem Verzicht auf soziale Interaktionen einher. Um den zu erwartenden psychischen Belastungen der Bewohner\*innen schnell entgegenzuwirken, bot die Senioreneinrichtung digitale Gespräche mit Angehörigen, Kreativangebote sowie Gartenkonzerte als Gruppenveranstaltung an. Die Konzerte waren vom Fenster, Balkon oder aus dem Garten mitverfolgbar und luden zum Mitsingen und Mitmusizieren ein. Ebenfalls wurden regionale Künstler\*innen gestärkt, die in Zeiten der COVID-19-Pandemie finanzielle und psychische Belastungen erleben.

### **Preisträger\*innen in der Kategorie 3: eHealth – digitale Lösungen in herausfordernden Zeiten**

Das Projekt »DICTUM Rescue« des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen setzte sich in der Preiskategorie 3 durch. Im Projekt wurde eine umfassende App entwickelt, die Rettungsdienstmitarbeiter\*innen die Verständigung mit nicht-deutschsprechenden Patient\*innen erleichtert und die Behandlungsqualität und -sicherheit bei medizinischen Notfällen erhöht. Im Zuge der Pandemie wurde die App um COVID-19-spezifische Fragen und Hinweise erweitert. Mit der App können die Mitarbeiter\*innen ihren Patient\*innen in 18 unterschiedlichen Sprachen bzw. Dialekten über 600 Fragen stellen und Informationen mitteilen. Auch kindgerechte Formulierungen sind in einem speziellen Modus möglich, um die Kommunikation mit kleinen Not-

fallpatient\*innen zu erleichtern. Die Inhalte, Struktur und Funktionen der App wurden gemeinsam mit Rettungsdienstmitarbeiter\*innen entwickelt und werden im Rahmen einer klinischen Studie erprobt und evaluiert.

Nähere Informationen zu den prämierten Projekten sowie zum Niedersächsischen Gesundheitspreis erhalten Sie unter [www.gesundheitspreis-niedersachsen.de](http://www.gesundheitspreis-niedersachsen.de).

Literatur bei der Verfasserin, Anschrift siehe Impressum

TATJANA PAECK

## **Neue Broschüre**

### **»Gesundheit gehört in jedes Quartier!«**

Einen Aktionstag »Gesundheit« gemeinschaftlich planen und umsetzen, einen Gesundheits-Stadtteilplan entwickeln, Ideenwerkstätten und Workshops im Stadtteil planen oder gesundheitsfördernder Netzwerke initiieren und stärken – Arbeitshilfen und Ideen zu diesen und weiteren Themen finden sich in einer im Mai 2020 erschienenen und kostenfrei erhältlichen Broschüre. Jene Themen basieren auf den Erfahrungen aus Bremerhaven-Lehe sowie den Bremer Stadtteilen Kattenturm, Huchting, Gröpelingen und weiteren Quartieren im Land Bremen.

#### **Hintergrund der Broschüre**

Die veröffentlichte Broschüre ist Bestandteil eines von der AOK Bremen/Bremerhaven von 2015 bis 2020 geförderten Projektes unter dem Titel »Gesunde Quartiere in Bremen und Bremerhaven«. Umgesetzt wurde es von der LVG & AFS in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. und zahlreichen Kooperationspartner\*innen aus Bremen und Bremerhaven. Ziel war es, das Thema Gesundheit in den Quartieren zu verankern.

Auf der Grundlage einer Bedarfserhebung im Land Bremen zur Gesundheitsförderung in ausgewählten Stadtteilen wurden im Projektverlauf sowohl landesweite als auch quartiersbezogene gesundheitsfördernde Aktivitäten entwickelt und durchgeführt. Die Förderung von Aktivität für die eigene Gesundheit und mehr Wohlbefinden im Quartier ist eng verknüpft mit den persönlichen Lebensbedingungen und Erfahrungen der Bewohner\*innen, aber auch mit der gesundheitlichen und sozialen Infrastruktur und dem Wohnumfeld, in dem sie leben – und wir wissen: Je niedriger der soziale Status, je geringer das Einkommen, die Bildung, je weniger eine gesellschaftliche Teilhabe zum Beispiel durch Erwerbslosigkeit, Alter, Behinderung oder Migration möglich ist, desto größer sind auch die gesundheitlichen Risiken und desto niedriger ist die Lebenserwartung.

Die Sensibilisierung und aktive Zusammenarbeit von und mit Akteur\*innen zum Beispiel aus den Bereichen Bildung, Gesundheit, Quartiersmanagement, Kultur, Soziales, Politik oder Wohnungsbau für das Thema Gesundheitsförderung war ein erklärtes Ziel des Projektes. Im Mittelpunkt standen eine auf Beteiligung ausgerichtete Vorgehensweise sowie die nachhaltige Verstetigung ausgewählter Gesundheitsaktivitäten in den Quartieren.



### Praxiserfahrungen

Neben grundlegendem Wissen zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention werden in der Broschüre, anhand von Praxisbeispielen aus dem Projekt »Gesunde Quartiere in Bremen und Bremerhaven«, Anregungen zur Integration von Gesundheitsförderung und Prävention auf Quartiersebene vermittelt. Die Inhalte liefern Anstöße sowie konkrete Ideen und Tipps für die eigene Quartiersarbeit und sollen die Angst vor dem ersten Schritt der Umsetzung nehmen. Denn das Projekt hat unter anderem gezeigt, dass eine Vielzahl an kleinen Möglichkeiten besteht, das Thema Gesundheit im Quartier anzudocken und voranzubringen.

Die Broschüre ist online unter [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de) in der Rubrik Medien verfügbar, die gedruckte Version und weitere Informationen unter: [tatjana.paeck@gesundheit-nds.de](mailto:tatjana.paeck@gesundheit-nds.de) oder [astrid.gallinger@hb.aok.de](mailto:astrid.gallinger@hb.aok.de).

Literatur bei der Verfasserin, Anschrift siehe Impressum

**KNUT TIELKING, CHRISTINA DIEKHOF**

## Frühere Zugänge in die Rehabilitation über Gesundheits- oder Präventionsthemen? – Ansätze eines neuen Modellprojekts im Rahmen des Bundesmodellprogramms rehapro

»Den ersten entscheidenden Schritt auf dem Weg der Entwöhnung müssen Betroffene selbst tun: Sie müssen die Entwöhnungsbehandlung beim Rentenversicherungsträger beantragen« (DRV Bund 2020). Doch bis zu diesem Schritt zu kommen, kann für Menschen mit Suchtproblemen ein langer Weg sein. Nur ein geringer Anteil von Menschen mit Suchtproblemen findet den Zugang zum Hilfesystem frühzeitig. Im Durchschnitt brauchen Menschen mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit 10 Jahre, bevor sie diesen Schritt gehen. Dabei sind sie im ambulanten und stationären Bereich durchschnittlich 46 Jahre alt und konsumieren an 17,9 Tagen im

Monat Alkohol. Nur vier Prozent sind sogenannte Selbstmelder\*innen, die sich in einer stationären Einrichtung zur Entwöhnungsbehandlung anmelden. Der Großteil kommt über ambulante Suchthilfeeinrichtungen in die Kliniken, in denen es laut aktueller Suchthilfestatistik 46 Prozent Selbstmelder\*innen gab. Doch auch das Ankommen im ambulanten Setting stellt eine Hürde dar. Betrachtet man die 46 Prozent Selbstmelder\*innen von der anderen Seite, sind es 54 Prozent, die extrinsisch motiviert Beratung aufsuchen. Doch gleich welcher Blickwinkel eingenommen wird, dauert es oft zu lange, bis Menschen mit Suchtproblemen die richtigen Hilfen finden.

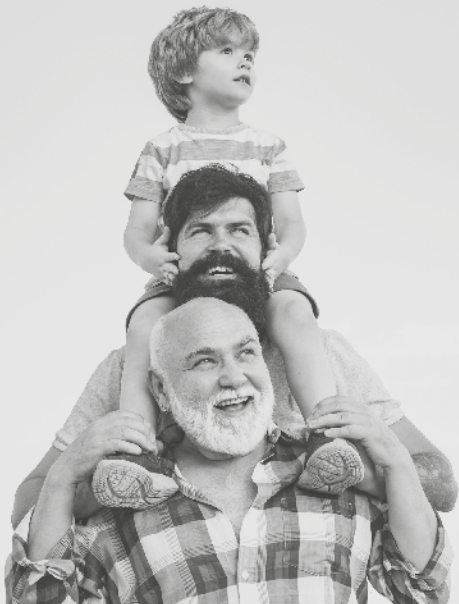
Deshalb bedarf es weiterer Bemühungen, die Zugänge in die Suchthilfe niedrigschwelliger zu gestalten. Hier setzt das Modellprojekt »Steuern mit dem Rehakompass: Alle in einem Boot. Schnittstellenmanagement zur frühzeitigen Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs und rechtzeitigen Vermittlung in die Rehabilitation von Menschen mit Suchterkrankungen«, kurz SEMRES, an. Das Projekt ist eines von insgesamt 55 geförderten Projekten des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales im Rahmen des Bundesprogrammes »Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro« und läuft vom 01.01.2020 bis zum 31.12.2024. Zielgruppe sind Menschen mit zu erwartenden oder beginnenden Rehabilitationsbedarfen und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Der Anspruch des Angebotes ist, dass es einfach erreichbar ist und die Betroffenen/Gefährdeten sowie ihr soziales und berufliches Umfeld dabei unterstützt werden, Rehabilitations- und Präventionsbedarf rechtzeitig zu erkennen und den Weg in die Prävention und Rehabilitation anzubahnen. Innovative Bausteine in dem Modellprojekt sind u. a. die Lotsen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), die Informationen anbieten und über die der Baustein »Rehakompass« gebucht werden kann. Dieser stellt eine zweitägige Maßnahme dar, in der in einer Rehabilitationseinrichtung ein Präventions-/Rehabilitationsbedarf festgestellt wird und im Bedarfsfall ein Antrag an die DRV gestellt werden kann. Das Besondere des »Rehakompass« ist, dass zunächst gesundheitliche Themen und erst am zweiten Tag der Maßnahme suchtspezifische Aspekte angesprochen werden. Über die gesundheitsbezogene Ansprache erhofft man sich, bekannten Stigmatisierungen bei Suchtproblemen entgegenzutreten. Indem zunächst Themen wie berufliche Belastungen und Ressourcen sowie Stress und Entspannung angesprochen werden, kann eine Basis für suchtspezifische Ansprachen geschaffen werden. Dadurch sollen die oben kritisierten Zugangswege in die Hilfen vereinfacht und früher ermöglicht werden.

An den Entwicklungen beteiligt werden, neben der DRV Bund, der DRV Oldenburg-Bremen und der DRV Braunschweig-Hannover, Jobcenter in Niedersachsen und Bremen sowie weitere Akteure, wie z. B. Betriebe und Gesundheitskassen. Die Hochschule Emden/Leer evaluiert das Projekt und wird die tatsächlich zu erzielenden Effekte während der Projektlaufzeit abbilden.

Literatur bei den Verfasser\*innen

PROF. DR. KNUT TIELKING, CHRISTINA DIEKHOF, Hochschule Emden/Leer, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Constantia Platz 4, 26723 Emden, E-Mail: [knut.tielking@hs-empden-leer.de](mailto:knut.tielking@hs-empden-leer.de), [christina.diekhof@hs-empden-leer.de](mailto:christina.diekhof@hs-empden-leer.de) Internet: [www.hs-empden-leer.de](http://www.hs-empden-leer.de)





MARTIN DINGES

## 15 Jahre Netzwerk Jungen- und Männergesundheit

Das Netzwerk Jungen- und Männergesundheit wurde am 7. November 2005 ins Leben gerufen. Bis heute versteht es sich primär als niedrig strukturierter Zusammenschluss engagierter Personen und Institutionen. Das lange Bestehen des Netzwerks, der Austausch und die gegenseitige Qualifizierung sind als sehr positiv zu betrachten. Die Netzwerktreffen entwickelten sich hin zu einer professionellen Zusammenarbeit mit öffentlichen Einrichtungen (zum Beispiel Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg, Stadt Nürnberg) und erlaubte die Mobilisierung zusätzlicher externer oder lokaler Referent\*innen. Beides verbessert die Qualifizierung der Teilnehmenden nach innen sowie die Bekanntheit des Themenfeldes nach außen. Die Vernetzung mit anderen wichtigen Akteuren ist über die Jahre gut vorangekommen: Ob mit der Stiftung Männergesundheit, der LVG & AFS oder dem Robert Koch-Institut (RKI) – all diese Kooperationen sind durch das Netzwerk gefördert worden. Darüber hinaus begünstigte das Netzwerk die internationalen Kooperationen mit anderen deutschsprachigen Ländern oder darüber hinaus. So wurde das Thema auch in den Gesundheitsministerien mit einer Reihe von Tagungen und Folge-Publikationen greifbar. Die Fülle von Netzangeboten und Materialien, die aus Aktivitäten einzelner Netzwerkmitglieder beziehungsweise der genannten Kooperationen hervorgegangen sind, ist beachtlich: Als Beispiele sind die Dresdener Website [www.pflege-deinen-schwanz.de](http://www.pflege-deinen-schwanz.de), die Männergesundheitsberichte und die Broschüren-Serie der Stiftung Männergesundheit und der Ergebnisbericht des europäischen Kooperationsprojektes Health Literacy Progress for Men in Europe (HelpMen) zu nennen.

### Transfer des Themas in Institutionen

Darüber hinaus ist das Thema auch in den Institutionen zaghaft angekommen: Der RKI-Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland (2014) war wohl auch symbolisch wichtig; er wurde parallel zum Männergesundheitsportal

der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [www.maennergesundheitsportal.de](http://www.maennergesundheitsportal.de) (Freischaltung 2012) entwickelt. Eine Stelle im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat mittlerweile sogar das politisch höchst sensible Thema Gewaltschutz entdeckt und fördert es institutionell. Länderberichte wie jener aus Baden-Württemberg (2015) waren ebenfalls Ausdruck einer höheren politischen Beachtung des Themas, die erstmals zu einer kleinen Projektfinanzierung führte. In Sachsen ist man mit der Landesarbeitsgemeinschaft Jungen- und Männerarbeit (LAG Sachsen) weiter. In den meisten Bundesländern kam man jedoch über parlamentarische Anfragen nicht hinaus. Auf der kommunalen Ebene sind, insbesondere in Bayern und in Stuttgart, im Rahmen von Gleichstellungsabteilungen erste Stellen für Männerbedarfe eingerichtet worden. Diese zarten Pflänzchen könnte man als institutionellen Frühling der Männergesundheitsarbeit feiern, aber sie bleiben regional sehr konzentriert. Nach den ersten 15 Jahren ist dem Netzwerk Etliches gelungen.

### Perspektiven

Es bleiben viele Aufgaben offen: Erstens müsste das regionale Ungleichgewicht behoben werden: Erstaunliche Lücken bestehen durchgehend im Westen sowie im Norden und Nordosten Deutschlands – dies zeigt, dass es sehr auf einzelne Aktivisten ankommt und von einer breiten Bewegung nicht die Rede sein kann. Vieles im Netzwerk ist dem kontinuierlichen Engagement von Wenigen verdankt. Zweitens wäre eine stärkere institutionelle Verankerung einer Männerbedarfe beachtenden Prävention und Gesundheitspolitik notwendig. Eine fachliche Revision der bisherigen Präventions- und Politikansätze steht noch aus. Kommunale, länder- und bundesweite Männergesundheitsziele und -pläne müssten formuliert und konsequent umgesetzt werden. Deutschland hat im internationalen Vergleich Einiges aufzuholen. Drittens fehlt Forschung, die die Praxis verbessert. Dafür und für eine bessere Implementierung wäre öffentliche Förderung notwendig, die über symbolische Peanuts hinaus geht. Das dürfte sich nur erreichen lassen, wenn das Netzwerk stärker wird, mehr Bündnispartner findet und sich in der Öffentlichkeit vernehmbar artikuliert.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. PHIL. MARTIN DINGES, Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Straußweg 17, 70184 Stuttgart

Kontaktperson für das Netzwerk: Gunter Neubauer

E-Mail: [gunter.neubauer@sowit.de](mailto:gunter.neubauer@sowit.de)

Internet: <https://netzwerkmaennergesundheit.wordpress.com/>



MARIO BIERSCHWALE, LARS MASUREK

## Living Care Lab Schaumburg – Innovationen in der Pflege- und Sozialwirtschaft

Der Pflegemarkt wächst jährlich um fünf Prozent. Jeder fünfte Euro der Bruttowertschöpfung wird in der Pflege erbracht. Die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen haben somit einen Anteil von 21,6 Prozent an der Bruttowertschöpfung der medizinischen Versorgung. Dem steht gegenüber, dass an die ambulante sowie stationäre Pflege enorme Herausforderungen gestellt werden. Der Fachkräftemangel ist in der Branche deutlich spürbar. Spätestens seit der COVID-19-Pandemie ist allen bewusst, welch herausragenden gesellschaftlichen Stellenwert eine funktionierende, fachkundige Pflege hat – allem Kostendruck zum Trotz. Die komplexen Problemstellungen rund um die Pflege lassen sich nicht nur durch personelle Maßnahmen lösen, die Transformation der Pflege braucht digital geprägte Anwendungen, Produkte, Service-Szenarien sowie Innovationen, die im Diskurs mit Anwender\*innen – darunter Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten oder Krankenkassen – auf ihre Funktionalität und Wirtschaftlichkeit entwickelt, optimiert und geprüft werden müssen.

### Startschuss für das Living Care Lab Schaumburg

Digitale und analoge Innovationen für (und mit) der Pflege entstehen aus offenen und lebendigen Netzwerkstrukturen. Seit März 2020 leitet Mario Bierschwale, der selbst viele Jahre in der Pflege tätig war, dieses innovative Projekt. Das »Living Care Lab«, das in der Stadthäger Niedernstraße 43 beheimatet ist, stellt einen entsprechenden Experimentierraum zur Verfügung und bietet mit der Open Space-Philosophie eine moderne und flexibel nutzbare Arbeitsumgebung. Gefördert durch das Land Niedersachsen, hat die Stadt Stadthagen ein breites Konsortium aus öffentlichen, privaten und institutionellen Stakeholdern zusammengeführt. Aktuell werden hier 14 innovative Produkte und Dienstleistungen vorgestellt, un-

ter anderem aus Berlin, München oder Dänemark, die sich bereits in der Phase der Markteinführung befinden. Die Branche »Pflege« steht im Wandel – bezeichnend dafür ist die ganze Bandbreite an Innovationen, die einen besonderen Nutzen für das Pflegepersonal oder die zu pflegenden Personen darstellen.

### Netzwerke schaffen

Trotz der Einschränkungen durch die Pandemie, mit mehrwöchigem Lockdown, ist es gelungen, intensive Kontakte zur Start-up-Szene der Pflegebranche aufzubauen. Seit Kurzem ist das Living Care Lab Mitglied im Verein »Care for Innovation« aus Berlin, ein Zusammenschluss der Innovationstreibenden für die Pflege. Eine strategische Zusammenarbeit wurde mit dem »NEXSTER Center für Gründungswesen« der Hochschule Hannover auf den Weg gebracht, die erstmals in dem Studienprojekt »Care Performance« ihren Ausdruck fand. Über die Schnittstelle des Living Care Lab haben Studierende des Fachbereichs Design und Medien unter Leitung von Professor Gunnar Spellmeyer während des Sommersemesters mit Pflegeeinrichtungen aus Stadthagen zusammengearbeitet. Basierend auf einem Design-Thinking-Prozess haben sie eigene Prototypen erarbeitet und im Juli vorgestellt. Darunter befinden sich eine Anziehhilfe für Kompressionsstrümpfe, ein anwendungsfreundlicher Reißverschluss für Rheuma- oder Gichtpatient\*innen, eine neuartige Lagerungsmatratze für Pflegebedürftige und ein Tool, das einzelne Insulinspritzen ersetzen könnte. Dies alles sind Lösungsansätze für spezifische Probleme aus dem Pflegealltag.

### Zukunftsvisionen verwirklichen

Geplant ist, im Laufe der Zeit die Präsentation neu zu konfigurieren. Es werden dann vor allem Produkte und Dienstleistungen Einzug halten, die sich noch in der Prototypenphase befinden. Hiesige Partner\*innen aus der Praxis, wie das Kreisaltenzentrum, das Josua-Stegmann-Heim, die Rosenblatt Seniorenresidenz oder die Ludwig-Fresenius-Schulen, stehen für den Praxistest bereit und unterstützen mit ihrer fachlichen Expertise die Weiterentwicklung der innovativen Anwendungen im Pflegealltag. Schon nach wenigen Monaten ist das Living Care Lab ein fester Bestandteil der von der städtischen Wirtschaftsförderung getragenen Strategie »Start Stadthagen«. Dabei rücken Innovationen, Gründerkultur und Kreativität in den Fokus. Auf längere Sicht soll dies ein Ausgangspunkt für neue Arbeitsplätze in der Pflege- und Sozialwirtschaft sein, wobei Start-ups, Entwicklungsteams sowie Hochschulen in Stadthagen ihre Kreativität entfalten können. Gründer\*innen kann durch die im Aufbau befindliche Business-Angel-Initiative »Start-Up-Stadthagen«, in der sich lokale und regionale Investoren engagieren, eine Perspektive bei der Finanzierung ihres Vorhabens gegeben werden.

Literatur bei den Verfassern

MARIO BIERSCHWALE, LARS MASUREK, Living Care Lab Schaumburg, c/o Stadt Stadthagen, Niedernstraße 43, 31655 Stadthagen, E-Mail: m.bierschwale@stadthagen.de, www.start-stadthagen.de/living-care-lab

IVONNE-NADINE JÜRGENSEN, UTA GAIDYS,  
SUSANNE BUSCH

## Wie können gesundheitsfördernde Angebote im Quartier zielgruppengerecht bekannt gemacht werden? Entwicklung eines praxisorientierten Leitfadens in zwei Hamburger Quartiersprojekten

Die Projekte Aktive und Gesunde Quartiere Uhlenhorst und Rübekamp (Förderer: Europäischer Fonds für regionale Entwicklung und Behörde für Gesundheits- und Verbraucherschutz Hamburg) und Gesunde Quartiere (Förderer: Landesforschungsförderung Hamburg) werden von der HAW Hamburg verantwortet. Die jeweiligen Teilprojekte »Gesundheitsförderung« und »AG Gesundheitsmarketing« fokussieren die Planung und (langfristige) Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen für die Quartiersbewohner\*innen der ausgewählten Quartiere. Die Bedarfe und Bedürfnisse der Quartiersakteure wurden mittels qualitativen Interviews und Fokusgruppen erhoben. Die vorläufigen Ergebnisse zeigen, dass eine Vielzahl gesundheitsbezogener Angebote existiert. Die Angebote scheinen jedoch nicht alle Quartiersbewohner\*innen zu erreichen. Zudem verdeutlichten die Befragten Schwierigkeiten in der Umsetzung von Kommunikations- und Werbemaßnahmen für ihre Angebote. Beide Teilprojekte sollen die Quartiersakteur\*innen unterstützen, zielgruppengerechte Bekanntmachungsstrategien für ihre gesundheitsfördernden Angebote zu entwickeln, um damit die Reichweite ihrer Angebote zu steigern und langfristig mehr Quartiersbewohner\*innen anzusprechen.

### Gesundheitsmarketing – Begriffsdefinition und Anwendung

Mittels Gesundheitsmarketing kann für gesundheitsförderliches Verhalten sensibilisiert und gesundheitsfördernde Angebote zielgruppengerecht entwickelt und kommuniziert werden. Gesundheitsmarketing setzt sich aus den Disziplinen Marketing, Gesundheitspsychologie und Gesundheitsökonomie zusammen. Diese Disziplinen analysieren die Bedarfe und Bedürfnisse von Zielgruppen, um das jeweilige Leistungsangebot zielgruppenorientiert zu planen und zu kommunizieren. Für die Entwicklung und Umsetzung optimaler Marketing-Maßnahmen ist ein umfassendes Verständnis von gesundheitsförderlichem Verhalten unerlässlich.

### Gesundheitsmarketing – Ein praxisorientierter Leitfaden für die Quartiersakteure

In den Hamburger Projektquartieren bestehen vielfältige Angebote zur Gesundheitsförderung, welche lokale Gesundheitsdienstleistende und Freiwillige (Quartiersakteure) anbieten. Eine adäquate Ansprache der potentiellen Zielgruppe über eine öffentlichkeitswirksame Bekanntmachungsstrategie wird bislang verfehlt, obwohl dies zentral für den Erfolg eines Angebotes ist. Daher wird gemeinsam mit den Gesundheitsdienstleistenden in einem iterativen Arbeitsprozess ein praxisorientiertes und niedrigschwelliges Instrument entwickelt. Das Instrument »Leitfaden Gesundheitsmarketing« fokussiert wesentliche Marketingbausteine: 1) Angebot, 2) Zielgruppe, 3) Kommunikation, 4) Rahmenbedingungen, 5) Netz-

werkarbeit. In dem Leitfaden werden die wichtigsten Aspekte zu den jeweiligen Bausteinen beschrieben und Umsetzungsmöglichkeiten beispielhaft erläutert. Der Leitfaden wird den Gesundheitsdienstleistenden der Quartiere nach der Finalisierung analog und digital zur Verfügung gestellt, um die Nachhaltigkeit nach Projektende zu sichern.

### Fazit

Das Wissen der Gesundheitsdienstleistenden bezüglich nicht-kommerzieller Gesundheitsmarketingaktivitäten scheint ein wichtiger Aspekt zu sein, um bestehende Quartiers-Angebote zielgruppengerecht bekannt zu machen. Der iterative und evaluative Arbeitsprozess war wichtig, um die Fachinhalte aus der Literatur systematisch zu extrahieren, zu clustern und anschließend für die Akteure aufzubereiten. Der entwickelte Leitfaden wird den Gesundheitsdienstleistenden in den Quartieren ein hilfreiches Instrument für die Umsetzung öffentlichkeitswirksamer Marketing-Maßnahmen ihrer gesundheitsfördernden Angebote sein, auch über die Projektlaufzeit hinaus.

Informationen zu den Verfasserinnen:

IVONNE-NADINE JÜRGENSEN, M.A. Public Health

PROF. DR. UTA GAIDYS, Professorin für Pflegewissenschaft

PROF. DR. SUSANNE BUSCH, Professorin für Gesundheitsökonomie

HAW Hamburg, Pflege & Management, Forschung,

Steindamm 105, 20099 Hamburg,

E-Mail: [ivonne-nadine.juergensen@haw-hamburg.de](mailto:ivonne-nadine.juergensen@haw-hamburg.de)

[www.agqua.de](http://www.agqua.de) und [www.gesundequartiere.de](http://www.gesundequartiere.de)

ANNIKE NOCK, SABRINA SCHÖPFEL

## Partizipative Bedarfserhebungen mit Erwerbslosen und Fachkräften

In der Gesundheitsförderung gewinnen partizipative Beteiligungsprozesse zunehmend an Bedeutung. Die theoretischen und praktischen Erkenntnisse zeigen, dass ein partizipatives Vorgehen notwendig ist, um Menschen nachhaltig in ihrer Veränderungsbereitschaft zu befähigen. Insbesondere die kommunale Gesundheitsförderung hat die Aufgabe, Bedarfe und Auffassungen von Gesundheit der zu erreichenden Dialoggruppe zu identifizieren, um geeignete Interventionen abzuleiten. Denn langfristige Veränderungen sind nur möglich, wenn sie alltagstauglich sind und mit den eigenen Wertvorstellungen und subjektiven Belangen übereinstimmen. Gerade weil Gesundheitskonzepte sehr individuell sind, ist die Beteiligung der Dialoggruppe Voraussetzung für eine zielführende Handlungsstrategie.

### Umsetzung in Niedersachsen und Bremen

Die durch das GKV-Bündnis für Gesundheit finanzierte, bundesweite »Initiative zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt« wird in Niedersachsen und im Bundesland Bremen an 38 Standorten umgesetzt. In einer vernetzten Struktur arbeiten in den Regionen Jobcenter, Agenturen für Arbeit, Krankenkassen sowie Kommunen gemeinsam daran, erwerbslose Menschen durch niedrigschwellige Zugänge zu primärpräventiven Angeboten für einen gesunden Lebensstil und dessen Bedeutung



für die (Re-)Integration in einen strukturierten Alltag und für das Berufsleben zu sensibilisieren. Die Arbeitsweise an den Projektstandorten orientiert sich stark an den Bedarfen der sehr heterogenen Dialoggruppe der Erwerbslosen, die im Rahmen partizipativer Bedarfserhebungen mithilfe der Methode Fokusgruppendifkussionen erhoben werden. Überdies wird die Expertise der Fachkräfte für Arbeitsförderung eingeholt und mit den subjektiven Bedarfen der Dialoggruppe verglichen.

### Fokusgruppen mit Erwerbslosen

Im Zeitraum der ersten beiden Förderphasen bis 2020 erfolgten dynamisch gestaltete Gruppendiskussionen mit Kund\*innen der Jobcenter aus dem Leistungsbezug SGB-II an insgesamt 11 Projektstandorten. Über 150 Personen aus der Dialoggruppe wurden darüber erreicht und konnten ihre subjektiven Sichtweisen und Bedürfnisse hinsichtlich gesundheitsförderlicher Angebote in der Kommune äußern. Laut einer Gesamtanalyse der Bedarfe aus allen Gruppendiskussionen mit Erwerbslosen wurden die Bereiche Bewegung und Ernährung, wie zum Beispiel Spaziergruppen, Wassergymnastik und Kochkurse, am häufigsten geäußert. Zudem zeigten die Ergebnisse, dass viele Teilnehmende sich Angebote wünschen, die ihre Selbstkompetenz stärken oder zur Förderung von sozialer Teilhabe beitragen. Andere Bereiche, wie mentale Gesundheit oder Transparenz bei Präventionsangeboten, wurden hingegen seltener angegeben. Das methodische Vorgehen ermöglichte es, die geäußerten Bedürfnisse durch die Erklärung von Hintergründen oder emotionalen Anforderungen zu untermauern – zum Beispiel die Gründe für die Nichtinanspruchnahme bestehender Angebote.

### Fokusgruppen mit Fachkräften der Arbeitsförderung

Die Ergebnisse der 26 Fokusgruppen mit Fachkräften unterschieden sich in einigen Punkten von jenen mit der Dialoggruppe. In 19 Fokusgruppen wurden die Themenfelder Bewegung, Entspannung und Stressbewältigung genannt. Vonseiten der Fachkräfte wurde mehrfach geäußert, dass die Beratung und Begleitung zentrale Bedürfnisse darstellen, ebenso der Wunsch nach größerer Transparenz in Hinblick auf Anlaufstellen und Präventionsangebote. Die Auswertung zeigte kongruente Ergebnisse für Angebote zur Stärkung der Selbstkompetenz sowie im Bereich Ernährung.

### Fazit

Die Möglichkeit der Beteiligung im Rahmen der Methode Fokusgruppe wird von der beteiligten Dialoggruppe und den Fachkräften gut angenommen. Angesichts der Heterogenität der Dialoggruppe ist es notwendig, Teilgruppen zu bestimmen, um die Vielfalt der subjektiven Bedürfnisse abzubilden. Die Expertise der Fachkräfte erweist sich wiederum als hilfreich, um bestehende, regionale Strukturen zu erfassen und Bedarfe zu erkennen, welche die Dialoggruppe manchmal nicht selbst benennen kann. Die Bedarfserhebung sollte stets reflektiert und im Sinne der Befähigung der Erwerbslosen bestmöglich angepasst werden. Hier besteht ein wesentlicher Auftrag an alle Beteiligten im Projekt.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum

BRITTA BAUMGART, MARIE-CHRISTIN GEISSLER

## Jetzt werde ich ein Schulkind! Förderung des Übergangs in die Grundschule in Zeiten der COVID-19-Pandemie

Im März 2020 wurden im Zuge des Lockdowns die Kindergärten geschlossen. Die Familien standen vor der großen Herausforderung, Beruf, Kinderbetreuung und den Übergang ihres Kindes in die Grundschule mit allen notwendigen Förderungen zu bewältigen. Sie mussten in einer Zeit, in der viele auch vor existenziellen Herausforderungen standen, zusätzliche Rollen wie Krisenmanagement und Lernförderung sowie den Freundesersatz übernehmen. Niemand wusste, ob die Kindergärten bis zu den Sommerferien wieder öffnen können und eine Förderung speziell der diesjährigen Schulanfänger\*innen stattfinden kann. Hinzu kommt, dass in Wilhelmshaven viele Familien leben, deren Familiensprache eine andere als Deutsch ist und deren Kinder in den Kindertageseinrichtungen Deutsch lernen. Eine dringend benötigte persönliche Förderung der Sprache konnte aufgrund der Kontaktbeschränkungen nicht stattfinden.

### Das Förderpaket

Die Mitarbeiterinnen des Landkreises Wittmund und der Stadt Wilhelmshaven aus dem Programm »Präventionsketten Nds.« haben in enger Kooperation mit den Sprachförderkräften und vielen weiteren Kooperationspartner\*innen ein Projekt umgesetzt, das Kindern und deren Eltern den Übergang vom Kindergarten zur Grundschule erleichtern soll. Besonderer Schwerpunkt lag auf der Stärkung der Elternverantwortung und der Sprachförderung. So entstand die Idee, eine CD sowie ein dazugehöriges Übungsheft zu entwickeln, um ein wenig Sprachförderung zu den Kindern »nach Hause« zu bringen. Die Lieder, Reime, Witze und Übungen auf der CD sollen den Kindern Spaß am Mitsingen und Mitsprechen vermitteln. Die CD wurde eigens für die Region (maritime Texte und Melodien), die aktuelle »Corona-Zeit« sowie die Bedürfnisse der Kinder (Aussprache) konzipiert. Das Übungsheft basiert auf Übungen, welche die Kinder möglichst selbstständig ausführen können, wie auch auf Handlungen, in die die Eltern eingebunden sind (etwa den Weg zur Schule gemeinsam gehen). In dem Heft aufgenommen sind die Kompetenzbereiche aus dem Dokumentationsbogen »Wachsen und Reifen«, den die Kindergärten verwenden, um Entwicklungsschritte bei den Kindern zu dokumentieren. Ein separates Anschreiben gibt den Eltern praktische Tipps für den Schulanfang. Zusätzlich zu dem Übungsheft und der CD wurden Materialien zusammengestellt, die in den ersten beiden Schuljahren benötigt werden, jedoch in der Regel nicht in den im Handel üblichen Federtaschen enthalten sind und von den Eltern zusätzlich erworben werden müssen. Mit der Beigabe dieser Materialien, wie beispielsweise dicke Dreikant-Bunt- und Bleistifte, sollen die Eltern finanziell entlastet und alle Kinder mit den gleichen Materialien ausgestattet werden.

Die Verteilung der »Pakete« haben die Kindergärten übernommen. Gleichzeitig wurde über die regionale Presse, Facebook und Instagram über das Projekt informiert, sodass auch jene Kinder die »Pakete« erhalten konnten, die keinen

Kindergarten besuchen. Die Koordinierungsstelle des NAVI-Netzwerkes (Netzwerk Aktionsgemeinschaft für verantwortungsbewusste Integration) in Wilhelmshaven hat Videos über das »Paket« und insbesondere das Anschreiben veröffentlicht, sodass auch Eltern, die der deutschen Sprache nicht mächtig und teilweise in ihrer Muttersprache nicht alphabetisiert sind, angesprochen und informiert wurden.

Die Auswertung des Projektes steht noch aus. Einzelne Rückmeldungen haben wir aber schon erhalten: »Man merkt, dass das Paket sehr überlegt und sehr liebevoll zusammengestellt wurde« und »Die Lieder sind eingängig und machen richtig gute Laune«. Das Projekt soll in den nächsten Jahren fortgeführt werden. Die Rückmeldungen aus den Evaluationen, in denen die Fachkräfte aus den Kindergärten und Grundschulen sowie die Eltern und Kinder beteiligt wurden, sollen in die Überarbeitung für das nächste Jahr einfließen.

Literatur bei den Verfasserinnen

MARIE-CHRISTIN GEISSLER, Familien- und Kinderservicebüro,  
Landkreis Wittmund

BRITTA BAUMGART, Netzwerkkoordination Frühe Hilfen / Präventionskette,  
Stadt Wilhelmshaven, Friedrich-Paffrath-Straße 41, 26389 Wilhelmshaven,  
E-Mail: Britta.Baumgart@wilhelmshaven.de

**CHRISTINA KRUSE, JANNA FABIAN**

## Checkliste Armutssensibilität: Handeln wir im Landkreis Osnabrück im Sinne armer Kinder und Familien?

Beim Blick auf die Kinderarmutsquoten macht sich Ernüchterung breit: Durchschnittlich 14,29 Prozent der Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren wachsen in Deutschland in einer SGB-II-leistungsbeziehenden – und damit armen – Familie auf. Zwar ist die Quote im Landkreis Osnabrück mit 7,27 Prozent vergleichsweise niedrig, doch arme Kinder gibt es auch dort! Daher beteiligt sich der Landkreis seit 2017 am Programm »Präventionsketten Niedersachsen« und entwickelt integrierte Strategien zur Armutsprävention.

### Kinderarmut im Blick

Arme Familien erfahren in niedersächsischen Kommunen viel Unterstützung. Meist resultieren diese Aktivitäten allerdings aus dem Engagement einzelner Personen oder Fachstellen – es mangelt an Abstimmung zwischen den zuständigen Institutionen und freien Trägern und häufig fehlt das Wissen über Armut und Armutsfolgen. Wie können armen Kindern trotz der genannten Schwierigkeiten bessere Teilhabechancen eröffnet werden? Dieser Frage haben sich Politik und Verwaltung des Landkreises Osnabrück gewidmet und durch fachdienstübergreifende Zusammenarbeit das »Leitbild gegen Kinderarmut« und damit ein einheitliches Verständnis des Problems entwickelt.

Schon 2018 wurde von der Leitungsebene der Verwaltung gewünscht, dieses Leitbild mit Leben zu füllen und nicht zu einem »Papiertiger« werden zu lassen. Gesucht wurde nach einem Ansatz, der allen Verwaltungsmitarbeitenden eine praktikable Möglichkeit bietet, das eigene Handeln zu hinterfragen sowie die Belange armer Familien stärker als bisher

zu berücksichtigen. Ziel war und ist: das Thema Armut dauerhaft im Blick zu behalten und Angebote und Leistungen armutssensibel zu gestalten!

Die fachdienstübergreifend entwickelte »Checkliste Armutssensibilität« baut auf folgendem Dreiklang auf:

- » Kenntnis über das Thema Kinderarmut und dessen Auswirkungen als Voraussetzung für die Entwicklung einer reflektierten Haltung,
- » eine reflektierende Haltung als Voraussetzung für die Anpassung von Planung und Steuerung, von der arme Kinder profitieren können,
- » Handeln als Voraussetzung für eine gelingende Armutsprävention, von der arme Kinder tatsächlich profitieren.

Zu diesen drei Bereichen werden Reflexionsfragen gestellt sowie Aussagen für armutssensibles Handeln getroffen. Die Kernaussagen lassen sich bei Zutreffen mit einem Häkchen versehen, sodass Nutzende die persönliche Einschätzung visuell festhalten und später nachvollziehen können. Damit dient die Checkliste zur Eigenkontrolle. Schon bei der Entwicklung und ersten Anwendungstests wurden der Bedarf und die Praktikabilität aus diversen Praxisfeldern bestätigt. Das Formular steht daher nicht nur der Landkreisverwaltung, sondern allen Interessierten zur Verfügung – als Druckdatei, in einer Kurzversion sowie als interaktive Website unter [www.kinderarmut-im-blick.de](http://www.kinderarmut-im-blick.de).

### Was folgt?

Mit der jetzigen Form der Checkliste sollen bestehende Strukturen, Leistungen und Angebote kritisch auf Armutssensibilität hin überprüft und zukünftige Vorhaben entsprechend geplant werden. Die Checkliste wird daher in den kommenden Monaten allen kreisangehörigen Kommunen sowie dort verorteten Institutionen und sozialen Diensten zur Verfügung gestellt. Gemeinsam mit dem »Leitbild gegen Kinderarmut« sensibilisiert sie flächendeckend für das Thema. Dies kann Ausgang für einen intersektoralen Reflexions- und Diskursprozess sein und die Frage aufwerfen: Können arme Familien wirklich an unseren Leistungen teilhaben? Ein begleitendes Fortbildungsangebot für die Landkreisverwaltung ist ebenso denkbar, das sowohl Inhalte als auch Anwendungsfelder des Instruments berücksichtigt. Durch Rückmeldungen aus der Praxis soll der Nutzen kontinuierlich überprüft werden.

Diese Checkliste wird zwar das Auftreten von Armut nicht verhindern können – dazu braucht es vor allem bundespolitische Veränderungen. Die Fragesystematik kann aber sehr wohl den Umgang mit Armut verändern: Sie soll zur Reflexion und zum Diskurs anregen und eine Überprüfung der eigenen Handlungs- und Arbeitsweise innerhalb der Verwaltung befördern. Ziel ist, sich der Situation armer Kinder bewusst zu werden und diesen eine alle Lebensbereiche umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Dafür trägt jede\*r Einzelne Verantwortung!

Literatur bei den Verfasserinnen

CHRISTINA KRUSE – siehe Impressum

JANNA FABIAN, Landkreis Osnabrück, Fachdienst Jugend, Am Schölerberg 1,  
49082 Osnabrück, E-Mail: [janna.fabian@lkos.de](mailto:janna.fabian@lkos.de)



### Pflegegespräche richtig führen

Dieser Ratgeber über wertschätzende Kommunikation in Pflegesituationen richtet sich an Betroffene und professionell pflegende Menschen gleichermaßen. Der Fokus liegt auf dem sprachlichen Umgang mit pflegerischen Situationen sowie dem gegenseitigen Verständnis und Verständlich-Machen von Bedürfnissen und Anliegen. Im ersten Teil zeigt die Autorin typische Gesprächssituationen in der Pflege auf und spricht über die Strukturierung und Qualität von Interaktionen. In den beiden abschließenden Kapiteln blickt sie aus Sicht der Pflegebedürftigen und Angehörigen auf »gute« Gespräche mit verschiedensten Dialoggruppen. Veranschaulicht wird das Dargestellte durch begleitende Fallbeispiele und abgerundet durch Merkhilfen am Ende jedes Kapitels. Ein Serviceteil im Anhang, Merkzettel mit Informationen für Gesprächssituationen und lesenswerte Internetadressen zu Pflegefragen vervollständigen den Ratgeber. (ir)

SANDRA MANTZ: Pflegegespräche richtig führen. So mache ich mich verständlich. Duden, Berlin, 2019, 160 Seiten, ISBN 978-3-411-75644-5, 10,00 Euro

### Pflegerecht

Dieses Lehrbuch befasst sich in sieben Kapiteln mit den wesentlichen Aspekten der sozialen Pflegeversicherung und bezieht dabei auch angrenzende Rechtsnormen mit ein. Zunächst wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit erläutert sowie anschließend die leistungsrechtlichen Ansprüche der Versicherten beleuchtet. Ein weiteres Kapitel widmet sich den Rechtsbeziehungen zwischen Leistungserbringenden und Kostenträger\*innen. Einbezogen werden neben den Leistungen des SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) auch das SGB V (Krankenversicherung) sowie das SGB XII (Sozialhilfe). Aufgrund des strukturierten Aufbaus ermöglicht dieses Nachschlagewerk sowohl Studierenden der Rechts- oder Pflegewissenschaften als auch Praktiker\*innen einen kompakten Überblick über das aktuelle Pflegerecht und berücksichtigt dabei insbesondere auch gesetzliche Neuerungen durch die Pflegegestärkungsgesetze. Hilfreich sind zudem realitätsnahe Fallbeispiele sowie Wiederholungs- und Vertiefungsfragen. Im abschließenden Kapitel unterstützen drei praxisnahe Musterklausuren den juristischen Input. (mk)

CONSTANCE JANDA: Pflegerecht. Nomos, Baden-Baden, 2019, 178 Seiten, ISBN 978-3-8487-2767-4, 22,00 Euro

### Aktivierung und Beschäftigung für Männer

Dieses Werk bietet eine geschlechtersensible Sichtweise auf die Aktivitätengestaltung für pflegebedürftige Männer. In drei Kapiteln werden vorherrschende Rollenbilder als Verständnisgrundlage für die jeweiligen Verhaltensweisen von Männern dargelegt, auf deren allgemeine Bedarfe eingegangen und praxiserprobte Angebote zur Beschäftigung aufgeführt. Der erfahrungsbasierte und gut recherchierte Inhalt richtet sich an Personen, die den Alltag mit und für ältere Männer gestalten. Schön ist, wie der Autor Geschlechterrollen historisch begründet, das Zusammenleben in Einrichtungen und das Verhalten von Männern mit Sicht auf diese erläutert, aber gleichermaßen einführend darlegt, dass jeder Mensch und nicht das Geschlecht orientierungsgebend sein sollte. (ir)

BERND HOFFMANN: Aktivierung und Beschäftigung für Männer. Von der Planung bis zur Durchführung. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2019, 127 Seiten, ISBN 978-3-8426-0815-3, 24,95 Euro

### Altern. Sterben. Tod

Dieses Buch vermittelt auf allgemein verständliche Weise aktuelle Erkenntnisse aus der Naturwissenschaft über die menschliche Vergänglichkeit. Es beschreibt die Vorgänge des Alterns, des Sterbeprozesses und des Todes aus naturwissenschaftlicher Sicht und damit als etwas biologisch Vorgegebenes, als etwas Normales und allem Leben Immanentes. Es richtet sich an diejenigen, die im Privaten wie im Beruf mit dem Altwerden und Sterben konfrontiert sind, und an Menschen, die sich mit der eigenen Vergänglichkeit beschäftigen möchten. Das Buch kann einen Beitrag dazu leisten, Hemmungen gegenüber den Prozessen des Alterns, Sterbens und Todes abzubauen und sich den gesellschaftlich tabuisierten Themen vorurteilsfreier und offener zu nähern. (bw)

OLIVER MÜLLER: Altern. Sterben. Tod. Die Vergänglichkeit des Menschen aus der Sicht der Naturwissenschaften. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 2019, 310 Seiten, ISBN 978-3-579-01471-5, 22,00 Euro



## Humor und Führung

Arbeitsverdichtung, die Anforderungen immer höherer Effizienz, aber auch das Betriebsklima sind Faktoren, die wesentlich zu psychischen Belastungen in der Arbeitswelt beitragen können. Die Publikation, die im Rahmen einer Masterarbeit entstanden ist, geht der Rolle von Humor in der Führung von Organisationen und Unternehmen nach. Der Autor beleuchtet zunächst grundlegende Führungstheorien, -mythen und -dilemmata sowie das systemtheoretische Verständnis von Organisation und Führung. In der zweiten Hälfte geht er Humortheorien nach und zeigt (gesundheitsfördernde) Potenziale, aber auch Ambivalenzen von Humor auf. Das Überblickswerk bietet eine Einführung in das Thema sowie weiterführende Literaturhinweise. (jst)

ECKHARD LOTZE: Humor und Führung: Gesundheitsförderndes Potenzial in Organisationen? Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2018, 93 Seiten, ISBN 978-3863213954, 24,95 Euro

## Beziehungsgestaltung in der Pflege

Dem Kernelement pflegerischen Handelns, der Beziehungsgestaltung, widmen sich Pflegepraktiker\*innen und Pflegewissenschaftler\*innen in diesem Lehrbuch. Die Beziehungsgestaltung wird als Identitätsmerkmal und Instrument professioneller Pflege in einen zeitlichen Kontext sowie in Kommunikations- und Interaktionsmodelle eingebettet. Es werden sowohl Gestaltungselemente als auch Voraussetzungen dargestellt und Pflegebeziehungen mit spezifischen Personengruppen aufgezeigt. Die Verknüpfung von Theorie, Empirie und Praxis gelingt durch anschauliche Beispiele sowie hilfreiche Lern- und Reflexionsaufgaben sehr gut. Die übersichtliche Gestaltung und Auflistung von Literaturhinweisen eignet sich sowohl zur Prüfungsvorbereitung als auch als Nachschlagewerk. Das Lehrbuch richtet sich an Lehrende und Studierende. (tv)

CHRISTA BÜKER, JULIA LADEMANN: Beziehungsgestaltung in der Pflege. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2019, 182 Seiten, ISBN 978-3-17-032113-7, 29,00 Euro

## Angehörigenarbeit in der Pflege

Angehörige nehmen eine immer wichtigere Funktion im Berufsfeld Pflege ein. Umso wichtiger ist es, zu überprüfen, welche Rolle die aktuelle Angehörigenarbeit in der eigenen Einrichtung spielt. Welche Haltung haben Mitarbeitende gegenüber den Angehörigen? Welcher Stellenwert wird der Ressource »Angehörige« eingeräumt und welche Unterstützung erhalten diese bei der Bewältigung ihrer Herausforderungen. Dieser Praxisleitfaden versteht sich als Hilfestellung für die Entwicklung einer professionellen Angehörigenarbeit. Übersichtlich werden die hierfür relevanten Bausteine beschrieben. Dabei werden die Leser\*innen immer wieder eingeladen, sich selbst zu reflektieren. Ein besonderes Augenmerk liegt auf den Bedarfen bei einer Demenz und in der letzten Lebensphase. Zahlreiche Materialien sind zudem auf dem Onlineportal des Verlags digital verfügbar. (ts)

STEPHAN KOSTRZEWA, ALICE KOCKS-KOSTRZEWA: Angehörigenarbeit in der Pflege. Professioneller Umgang mit Angehörigen in der ambulanten und stationären Alten- und Krankenpflege. Mensch und Medien, Vilgertshofen, 2019, 164 Seiten, ISBN 978-3-86283-033-6, 99,00 Euro

## Das agile Mindset Mitarbeiter entwickeln, Zukunft der Arbeit gestalten

Die Publikation »Das agile Mindset« zeigt eine Bandbreite an Theorien und Ansätzen auf, die Führungskräfte und Personalabteilungen dabei unterstützen sollen, ihre Organisations- und Personalentwicklung »agil« zu gestalten. In der heutigen Gesellschaft streben viele nach Agilität, doch dafür brauche es neben neuen Prozessen und Arbeitsmethoden vor allem eine neue Haltung und ein anderes Denken. Die Autorin definiert den Begriff »Mindset« und zeigt anhand konkreter Ansätze aus der Entwicklungspsychologie sowie mit vielen Übungen, Fallbeispielen und Interviews, wie Führungskräfte ihre Mitarbeiter\*innen gezielt dahin entwickeln können. (jst)

SVENJA HOFERT: Das agile Mindset – Mitarbeiter entwickeln, Zukunft der Arbeit gestalten. Springer Gabler Verlag, Wiesbaden, 2018, 230 Seiten, ISBN 978-3-658-19446-8, 34,99 Euro

## Psychosoziale Pflege

Der Autor möchte für psychosoziale Aspekte des Menschseins in allen Pflegekontexten, nicht nur in der psychiatrischen Versorgung, sensibilisieren. Hierfür werden auf Basis österreichischer Rahmenbedingungen Hintergründe psychosozialer Probleme aus pflegerischer Perspektive beschrieben. Die Wichtigkeit der Beziehungsarbeit sowie ausgewählte Pflegekonzepte – Recovery, Adherence, soziales Kompetenztraining, Psychoedukation und Lebensqualität – werden kompakt aufbereitet. Anhand von Beispielen werden Interventionen bei aufsuchender Arbeit, in der forensischen Psychiatrie sowie bei Aufnahme gegen den Willen des/der Patient\*in fokussiert. Das Fachbuch richtet sich an Auszubildende in Pflegeberufen zur Weiterbildung der psychiatrischen Pflege sowie an alle interessierten Pflegekräfte. (tv)

GERHARD SCHOSSMEIER: Psychosoziale Pflege. Grundlagen – Modelle – Interventionen. Facultas Verlag, Wien, 2019, 144 Seiten, ISBN 978-3-7089-1815-0, 24,90 Euro

## Fehlzeitenreport 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen

Die Digitalisierung verändert unsere Gesellschaft und unsere Arbeitswelt. Der Fehlzeitenreport 2019 betrachtet diesen Wandel. Es werden Chancen und Risiken der Digitalisierung sowohl für die Arbeitswelt als auch für die Gesundheit der Beschäftigten beleuchtet. Des Weiteren wird diskutiert, wie entgrenztes Arbeiten gesundheitsgerecht gestaltet werden kann und welche Herausforderungen und Möglichkeiten sich für betriebliches Gesundheitsmanagement ergeben. Neben dem Schwerpunktthema finden sich Daten und Analysen zu aktuellen Entwicklungen krankheitsbedingter Fehlzeiten in Deutschland. Der Report richtet sich an Gesundheitsmanager\*innen, Personaler\*innen und Expert\*innen. (mat)

BERNHARD BADURA, ANTIJE DUCKI, HELMUT, SCHRODER, JOACHIM, KLOSE, MARKUS MEYER (HRSG.): Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. Springer Verlag, Berlin, 2019, 800 Seiten, ISBN 978-3-662-59043-0, 59,99 Euro

## Flucht ins Autoritäre

Seit 2002 erhebt ein Leipziger Forschungsteam um Elmar Brähler und Oliver Decker alle zwei Jahre die politische Situation in Deutschland. Auf Grundlage der Ergebnisse der 2018 durchgeführten, repräsentativen Umfrage erschien die aktuelle Studie der Sozialwissenschaftler\*innen zu gegenwärtigen Entwicklungen rechtsextremer Einstellungen. Stärker noch als in den vergangenen Jahren liegt der Fokus der Studie auf der autoritären Dynamik in der Gesellschaft. Die »Leipziger Autoritarismus-Studie« zeigt die seit einigen Jahren gravierenden gesellschaftspolitischen Veränderungen in Deutschland auf und weist auf die Gefahren für die Demokratie hin. Dieser Herausgeberband schließt mit Beiträgen zum Stand der Zivilgesellschaft ab. (jst)

OLIVER DECKER, ELMAR BRÄHLER (HRSG.):  
Flucht ins Autoritäre – Rechtsextreme Dynamiken in der Mitte der Gesellschaft. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2018, 328 Seiten, ISBN 978-3-8379-7461-4, 19,99 Euro

## Das Recht auf Arbeit für Menschen mit Behinderungen

Der vorliegende Band ist das Ergebnis einer Tagung aus dem März 2017, die auf Initiative der Arbeitsgruppe Teilhabeforschung des Forschungsverbunds Sozialrecht und Sozialpolitik der Universität Kassel und der Hochschule Fulda unter der Beteiligung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung erfolgte. Hintergrund der Tagung war die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention vor über zehn Jahren. Die Tagung war verbunden mit der Fragestellung, wie die Umsetzung des Artikels 27 der UN-Behindertenrechtskonvention im internationalen Raum von den Vertragspartner\*innen umgesetzt wird. Die Betrachtungen erfolgten aus verschiedenen, interdisziplinären Arbeitsbereichen und sollte den komplexen und vielfältigen Anforderungen und Fragestellungen auf den Grund gehen sowie gleichzeitig neue Fragestellungen und Themen öffnen. (at)

GUDRUN WANSING, FELIX WELTI, MARKUS SCHÄFERS:  
Das Recht auf Arbeit für Menschen mit Behinderungen. Internationale Perspektiven. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2018, 384 Seiten, ISBN 978-3-8487-4113-7, 74,00 Euro

## Das Harvard-Konzept

Das Buch will einen leicht verständlichen Leitfaden zum erfolgreichen Verhandeln liefern. Mit der Methode der sachbezogenen Verhandlung werden Menschen und Sachfragen getrennt, Interessen statt Positionen in den Mittelpunkt gestellt, Optionen erarbeitet, von denen alle profitieren. Im Buch geht es darum, wie sich tragfähige Lösungen im Interesse aller Beteiligten entwickeln lassen, welche Fehler auftreten können, welche Risiken und Erschwernisse es immer wieder gibt und wie sie gemeistert werden können. Acht Fallbeispiele aus Europa runden das Buch ab. Ob politische Konflikte, Vertrags- oder Gehaltsverhandlungen – viele Berufsgruppen werden Anregungen für erfolgreiches Verhandeln finden. (us)

ROGER FISHER, WILLIAM URY, BRUCE PATTON:  
Das Harvard-Konzept. Die unschlagbare Methode für beste Verhandlungsergebnisse. Deutsche Verlags-Anstalt, München, 2018, 336 Seiten, ISBN 978-3-421-04828-8, 30,00 Euro

## Übergänge in Beruf und Organisation Umgang mit Ungewissheit in Supervision, Coaching und Mediation

Dem Titel »Übergänge in Beruf und Organisation« folgend werden im Buch unterschiedliche Perspektiven, unter dem Gesichtspunkt von Herausforderungen und Ungewissheiten, in der beratenden Arbeit in 13 Aufsätzen reflektiert. Die unterschiedlichen Betrachtungsweisen zeigen neben den damit verbundenen Unsicherheiten auch die Möglichkeiten beziehungsweise Gedankenansätze auf, die das Spannungsfeld der Übergänge aufweist. Die Annäherung an dieses Thema erfolgt aus fachlich unterschiedlichen Perspektiven und gestaltet sich sehr abwechslungsreich. Dieser impulsgebende Reader richtet sich an Berater\*innen, Coaches, Organisationsentwickler\*innen und Mediator\*innen. (at)

KLAUS OBERMEYER, HARALD PÜHL (HRSG.):  
Übergänge in Beruf und Organisation. Umgang mit Ungewissheit in Supervision, Coaching und Mediation. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2019, 245 Seiten, ISBN 978-3-8379-2752-8, 24,90 Euro

## Die Ermöglichungsprofession

Von Wirklichkeit über Haltung bis zum systemischen Arbeiten greifen die Autoren in diesem Buch unterschiedlichste Themen auf, die im Kontext von Sozialer Arbeit eine Rolle spielen. In den Kapiteln werden die Themen nicht nur mit theoretischen Inhalten abgehandelt, jedes Kapitel versucht zudem, mit Fragen und Anregungen gegen Ende die Brücke zum Einsatz des Wissens in der Praxis zu bauen. Dabei werden die Lesenden dazu angeregt, die eigenen Standpunkte und Sichtweisen ihrer Arbeit zu hinterfragen. Die Hauptthemen werden in viele – selten mehr als drei Seiten umfassende – Kapitel aufgegliedert. Die Leser\*innen bringen bestenfalls schon etwas Hintergrundwissen aus dem Bereich der Sozialen Arbeit oder dem systemischen Arbeiten mit, um den Gedanken der Autoren gut folgen zu können. (dam)

JAN V. WIRTH, HEIKO KLEVE: Die Ermöglichungsprofession. 69 Leuchtfelder für systemisches Arbeiten. Carl-Auer Verlag GmbH, Heidelberg, 2019, 201 Seiten, ISBN 978-3849703097, 29,95 Euro

## Alter(n) - Lernen - Bildung Ein Handbuch

Mit diesem Buch möchte das Herausgeber\*innen-Team zu weiterführenden wissenschaftlichen Diskursen und Debatten zum Thema anregen. In einem ersten Teil werden Bildung und Lernen in verschiedenen Beiträgen innerhalb sowie als Teil der Gerontologie und der Sozialen Arbeit verortet. Es folgen einzelne Kapitel zu Forschungsansätzen und Forschungsmethoden und verschiedene Perspektiven und Forschungsergebnisse werden präsentiert. Im dritten Teil stehen unterschiedlichste fachliche Konzepte und Bildungsorte im Zentrum der jeweiligen Beiträge. Abschließend wird der Blick auf spezifische Themen und informelle Bildungssettings gelenkt. Das Handbuch richtet sich an Lernende und Lehrende in den Alterns- und Erziehungswissenschaften. (bw)

RENATE SCHRAMEK, CORNELIA KRICHELDORFF, BERHARD SCHMIDT-HERTHA, JULIA STEINFORT-DIEDENHOFEN (HRSG.): Alter(n) - Lernen - Bildung. Ein Handbuch. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2018, 335 Seiten, ISBN 978-3-17-032751-1, 39,00 Euro

## Fehlzeiten-Report 2020

Wir wirkt sich erlebte (Un-)Gerechtigkeit auf die Gesundheit aus, welche Rolle spielen Führungskräfte in diesem Kontext und inwiefern lässt sich dies mit den in der deutschen Wirtschaft erhobenen krankheitsbedingten Fehlzeiten in Bezug setzen? Der diesjährige Fehlzeiten-Report widmet sich dem Schwerpunkt »Gerechtigkeit und Gesundheit«. In 20 Fachbeiträgen wird das Thema ausführlich und aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Die Autor\*innen des Reports bieten einen vielschichtigen Einblick und wertvolle Gedankenanstöße für das betriebliche Gesundheitsmanagement. (heb)

BERNHARD BADURA, ANTJE DUCKI, HELMUT SCHRÖDER, JOACHIM KLOSE, MARKUS MEYER (HRSG.): Fehlzeiten-Report 2020. Gerechtigkeit und Gesundheit. Springer Verlag, Berlin, 2020, 790 Seiten, ISBN 978-3-662-61523-2, 59,99 Euro

## Formen Zur Kopplung von Organismus, Psyche und sozialen Systemen

Der Autor, Fritz Simon, ist in seiner Profession als Psychiater und Organisationsberater ein starker Verfechter des systemischen Denkens. Mit seinem Buch »Formen – Zur Kopplung von Organismus, Psyche und sozialem Denken« strebt er eine systemtheoretische Beschreibung verschiedener Wirklichkeitsbereiche und ihrer Beziehungen an. Der Wesenskern systemischen Denkens liegt nach seiner Beschreibung in einer einfachen, aber folgenreichen Unterscheidung: jener zwischen System und Umwelt. »Formen« richtet sich an am genauen und reflektierenden Denken Interessierte. Der besondere Aufbau, mittels nummerierter Absätze, lädt ein, die einzelnen Passagen zu reflektieren und zu diskutieren. Der gesamte Text wird vom Autor als Versuch verstanden und soll unter anderem Fachkräfte aus den Arbeitsfeldern Psychotherapie, Psychiatrie, Coaching und Organisationsberatung ansprechen. (imm)

FRITZ B. SIMON: Formen – Zur Kopplung von Organismus, Psyche und sozialen Systemen. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2018, 316 Seiten, ISBN 978-3-8497-0225-0, 54,00 Euro

## Die Perspektive(n) der Gesundheitsförderung

In dem Sammelband von Martin Staats als Herausgeber wird Gesundheitsförderung aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Die einzelnen Beiträge reichen von den Anfängen der Gesundheitsförderung über Gesundheitsförderung in der Gegenwart bis hin zu den verschiedensten Settings, wie zum Beispiel Kita, Arbeitswelt oder stationäre Pflegeeinrichtungen. Die interdisziplinäre Perspektive wird durch sechs unterschiedliche Beiträge dargestellt. Gesundheitsförderung wird zudem durch einen reflexiven Blick aus unterschiedlichen Perspektiven und Ebenen betrachtet. Die Beantwortung der zentralen Fragestellung soll erste Anregungen in Bezug auf die Herausforderungen für die Praxis in den nächsten Jahren bieten. (kah)

MARTIN STAATS (HRSG.): Die Perspektive(n) der Gesundheitsförderung. Beltz Juventa, Weinheim Basel, 2019, 364 Seiten, ISBN 978-3-7799-3850-7, 39,95 Euro

## Influencer in der digitalen Gesundheitskommunikation

Kommunikation über Gesundheit beschränkt sich schon lange nicht mehr auf das typische Arzt- und Patientengespräch. Diese Dissertation beschäftigt sich als wissenschaftliche und explorative Untersuchung mit dem Phänomen »Influencer« und inwieweit uns diese Personen mit ihrem Blick auf das Thema Gesundheit im Netz beeinflussen. Besonders interessant sind dabei die zwei empirischen Erhebungen: Zum einen wurden zehn Influencer selbst zu ihrem Rollenverständnis, ihren Absichten und ihrer Verantwortung befragt. Zum anderen wurden 13 Personen als Rezipient\*innen sowohl quantitativ als auch qualitativ untersucht. Bisher liegen noch keine einheitlichen Qualitätskriterien für die Vermittlung von Gesundheitsthemen im Netz vor, dafür bietet das Buch aber erste Orientierungshilfen für uns Follower bzw. Nutzer\*innen an. (krs)

LAURA-MARIA ALTENDORFER: Influencer in der digitalen Gesundheitskommunikation. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2019, 278 Seiten, ISBN 978-3-8487-5845-6, 54,00 Euro

## What works

Die fünf besten amerikanischen Orchester hatten jahrzehntelang einen Frauenanteil von 5 Prozent. Beim Vorspielen vor den männlichen Jurys fielen die Kandidatinnen regelmäßig durch. Als es aufgrund eines Vorhanges einer der Jurys nicht mehr möglich war, zu sehen, ob ein Mann oder eine Frau spielte, stieg die Frauenquote plötzlich dramatisch an. Diese verzerrten Wahrnehmungen, die unsere Entscheidungen beeinflussen, werden in vorliegendem Buch zu Beginn vorgestellt. Die Antwort auf dieses Dilemma ist das Verhaltensdesign, also geänderte Spielregeln. Verhaltensdesign für Schule und Arbeitsplatz wird in einem eigenen Kapitel besprochen. Gutes Verhaltensdesign beginnt mit Daten, um zu verstehen, ob und warum Ungleichheiten bestehen. Ausprobieren, die Lücken zu schließen, Signale und Wegweiser entwickeln und aufstellen, um Anstöße für mehr Gleichheit zu geben, sind die nächsten Schritte. Dabei wird stets auf der Grundlage verhaltenswissenschaftlicher Erkenntnisse gearbeitet. (us)

IRIS BOHNET: What works. Wie Verhaltensdesign die Gleichstellung revolutionieren kann. Verlag C. H. Beck, München, 2017, 381 Seiten, ISBN 978-3-406-71228-9, 26,95 Euro

## Führen mit Wertschätzung

Wie können wir die Bereiche »Wohlbefinden« und »Engagement« so miteinander verbinden, dass Spitzenleistungen entstehen? Mit wertschätzender Führung und wertschätzender Organisationsentwicklung! Das Buch erklärt, was darunter zu verstehen ist, wie diese gelingt und was sie verhindert. Mit dem Leadership-Kompass, dem Team-Flow und dem Change-Code werden drei praxiserprobte Führungsinstrumente vorgestellt. Das Buch stellt Organisationen in Aussicht, damit zukunftsfähiger zu werden. Noch überzeugender wäre dieses Werk, wäre es gender- und diversitätssensibel geschrieben. (us)

OLAF-AXEL BUROW: Führen mit Wertschätzung. Der Leadership-Kompass für mehr Engagement, Wohlbefinden und Spitzenleistung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2018, 221 Seiten, ISBN 978-3-407-36627-6, 24,95 Euro



# Termine LVG & AFS

## Hinweis

Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie wurden bzw. werden viele der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand November 2020) erfolgen daher vorbehaltlich.

Bitte informieren Sie sich auf unserer Website, ob die Veranstaltungen wie geplant stattfinden: [www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen](http://www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen)



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



### Nachkriegskinder, Kriegsenkel und Depression – Krieg und Nachkrieg in der Familiengeschichte 25. Februar 2021, online

Krieg hinterlässt Spuren. Sichtbar an Gebäuden und Städten, unsichtbar in den Seelen der Menschen. Das Ende des 2. Weltkriegs ist mehr als 75 Jahre her. Die Thematisierung der psychischen Folgen von Flucht und Vertreibung, von Beteiligung an Kriegshandlungen und Zerstörung erfolgt erst seit den 2000er Jahren. Die Erziehung, das Schweigen sowie Traumata und Depression können Ursachen sein, dass auch die Kinder der Kriegsgenerationen von diesem Geschehen beeinflusst sind. Wie lassen sich Fähigkeiten und Kraftquellen entdecken, um sich diesem Thema der eigenen Biografie zu stellen? Diesem Thema widmet sich dieses Online-Seminar des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover (Wiederholungstermin des Seminars vom 12. November 2020).

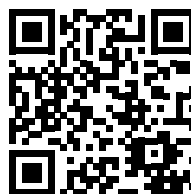
### Gesund durchstarten! Gesundheitsförderung in Berufsschule und Handwerk März 2021, online

Der Übergang zwischen Schule und Beruf ist eine sensible Phase für die psychische und körperliche Gesundheit von Berufsanfänger\*innen, aber auch eine große Chance für einen gesunden Start in die Arbeitswelt. Wie können die Gesundheitsressourcen der Berufsschüler\*innen bzw. Auszubildenden während der beruflichen Ausbildung gestärkt werden? Welche gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen können in Schule und Betrieb geschaffen werden? Vertreter\*innen von Berufsschulen, Ausbildungsbetrieben und Handwerksorganisationen sowie Interessierte aus den Bereichen Handwerk, Bildung und Gesundheit sind herzlich eingeladen, sich über diese Fragen zu informieren.

### #highways2health Digitaler Wandel in der Gesundheitsförderung

Auf der Website [www.highways2health.de](http://www.highways2health.de) veröffentlicht die LVG & AFS regelmäßig Podcasts und Blogbeiträge von und mit Expert\*innen aus Wissenschaft sowie Praxis zu Themen rund um den digitalen Wandel in Gesundheitsförderung und Prävention. In den neuesten Beiträgen greifen wir den »Digital Health Divide« auf und fragen Expert\*innen, ob digitale Gesundheitsangebote die soziale Ungleichheit noch weiter erhöhen. Die Themen digitale Gesundheitsanwendungen und eSports werden in weiteren Beiträgen aufgegriffen. Beispielsweise schauen wir uns an, wie der Gamification-Ansatz in Hochschulen dazu genutzt wird, um Gesundheitsförderung für Studierende umzusetzen oder welche Risiken hinter der zunehmenden Selbstvermessung mithilfe von Apps und Gadgets stecken. Lesen und hören Sie rein!

Alle Beiträge finden Sie auf [www.highways2health.de](http://www.highways2health.de)





## FORTBILDUNGSPROGRAMM

für Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung

**Der neue »Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege« 2020**

14. Januar 2021, online Fortbildung via Zoom

**Quartierszentren erfolgreich aufbauen und leiten**

19. Januar 2021, online Fortbildung via Zoom

**Update zum neuen Bundesteilhaberecht**

26. Januar 2021, online Fortbildung via Zoom

**Die ambulanten Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) des MDK**

27. Januar 2021, online Fortbildung via Zoom

**Beratungswissen in der Pflege – Das Update 2021**

28. Januar 2021, online Fortbildung via Zoom

**Digitalisierung in der Pflege**

11. Februar 2021, online Fortbildung via Zoom

**Tagespflege erfolgreich aufbauen und leiten**

16. Februar 2021, online Fortbildung via Zoom

**Beratungswissen in der Pflege – Das Update 2021**

23. Februar 2021, online Fortbildung via Zoom

**Der neue Expertenstandard zur Förderung und Erhaltung der Mobilität**

25. Februar 2021, online Fortbildung via Zoom

**Hygiene in Zeiten der Pandemie**

03. März 2021, online Fortbildung via Zoom

**Update für Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen**

22. März 2021, online Fortbildung via Zoom



## ELTERN-PROGRAMM SCHATZSUCHE

Eltern-Programm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern in der Kita

**Weiterbildungsdurchgang in Niedersachsen Frühjahr 2021**

**Modul I: Die Schatzsuche beginnt**

09. März 2021, Hannover

**Modul II: Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz**

10. März 2021, Hannover

**Modul III: Kommunikation und Kooperation mit Eltern**

15. April 2021, Hannover

**Modul IV: Umgang mit Vielfalt**

16. April 2021, Hannover

**Modul V: Das Eltern-Programm Schatzsuche I**

20. Mai 2021, Hannover

**Modul VI: Das Eltern-Programm Schatzsuche II**

21. Mai 2021, Hannover

Weitere Informationen unter: [www.schatzsuche-kita.de](http://www.schatzsuche-kita.de)



Kompetenzzentrum  
für Gesundheitsförderung  
in Kitas

## FORTBILDUNGSPROGRAMM

**Partizipation von Anfang an – wir entscheiden mit!**

14. Januar 2021, online Fortbildung via Zoom

**Ich führ dich gesund, sagte der Bär – Gesund führen im Kontext Kita**

03. Februar 2021, online Fortbildung via Zoom

Weitere Informationen unter: [www.kogeki.de](http://www.kogeki.de)

## Hinweis

Aufgrund der anhaltenden COVID-19-Pandemie werden derzeit einige Veranstaltungen abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Bitte informieren Sie sich auf den jeweiligen Webseiten der Veranstaltungen, ob diese wie geplant stattfinden.

### NIEDERSACHSEN

#### 22.–24.01.2021 » Präventionsarbeit für Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, Rheinhausen bei Göttingen

Kontakt: Akademie Waldschlösschen,  
Andreas Paruszewski

E-Mail: info@waldschloesschen.org

Internet: www.waldschloesschen.org

#### 22.–24.03.2021 » 30. Rehawissenschaftliches Kolloquium – Teilhabe und Arbeitswelt in besonderen Zeiten, Hannover

Kontakt: Deutsche Rentenversicherung Bund

Tel.: (0 30) 86 53 93 50

E-Mail: reha-kolloquium@web.de

Internet: www.dvfr.de/veranstaltungen

### BUNDESWEIT

#### 19.01.2021 » Ihre Verbindung wird gehalten – Einsamkeit im Alter digital und sozial begegnen, Online

Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit e.V., Iris Röntgen

Tel.: (0 40) 288 03 64 28

E-Mail: iris.roentgen@hag-gesundheit.de

Internet: www.hag-gesundheit.de/veranstaltungen

#### 26.01.2021 » Bildungschancen in Kiez-Kitas – Schlüssel zum Erfolg, Berlin

Kontakt: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Landeskoordinierungsstelle Kiez-Kita, Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg, Marion Amler

Tel.: (0 30) 44 31 90 72

E-Mail: amler@gesundheitbb.de

Internet: www.gesundheitbb.de

#### Ab 29.01.2021 » Kongress Pflege 2021 – Der Start ins neue Pflegejahr, Online

Kontakt: Springer Medizin Verlag GmbH

Tel.: (0 30) 82 787 5511

E-Mail: info@gesundheitskongresse.de

Internet: www.gesundheitskongresse.de/berlin/2021/

#### 17.–19.02.2021 » Ernährung heute – individuelle Gesundheit und gesellschaftliche Verantwortung, Online

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.

Tel.: (02 28) 3776-600

Internet: www.dge.de

#### 24.02.2021 » Deutscher Reha-Tag, Krefeld

Kontakt: Initiatorenkreis Deutscher Reha-Tag

Tel.: (0 30) 2400 899 0

E-Mail: info@rehatag.de

Internet: www.dvfr.de/veranstaltungen

#### 25.–27.02.2021 » 14. Endoprothetik-kongress, Berlin

Kontakt: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH

Tel.: (0 36 41) 31 16 305

E-Mail: dirk.eichelberger@conventus.de

Internet: www.dvfr.de/veranstaltungen

#### 02.–04.03.2021 » 6<sup>th</sup> German Pharm-Tox Summit – a joint meeting, Online

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie

Tel.: (0 36 41) 311 63 76

E-Mail: gpts@conventus.de

Internet: www.gpts-kongress.de

#### 04.–05.03.2021 » Parkinson und Bewegungsstörungen Highlights Digital, Online

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen e.V. in Kooperation mit dem Arbeitskreis Botulinumtoxin e.V.

Internet: www.dpg-akbont-kongress-2021.de

#### 04.–06.03.2020 » 31. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung, Online

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

Tel.: (0 70 71) 94 34 94

E-Mail: kongress@dgvt.de

Internet: www.dgvt-kongress.de

#### 11.–13.03.2021 » therapie LEIPZIG, Leipzig

Kontakt: Leipziger Messe GmbH

Tel.: (03 41) 678 82 68

E-Mail: p.schneider@leipziger-messe.de

Internet: www.therapie-leipzig.de

#### 17.–18.03.2021 » Kongress Armut und Gesundheit 2021 – Aus der Krise zu Health in All Policies, Online

Kontakt: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Tel.: (0 30) 44 31 90 73

E-Mail: kongress@gesundheitbb.de

Internet: www.armut-und-gesundheit.de

#### 17.03.2021 » 13. SEGA-Fachtagung – Wo der Schuh im Alter drückt, Amberg

Kontakt: Landratsamt Amberg-Sulzbach

E-Mail: sega-ev@online.de

Internet: www.sega-ev.de/fachtage/

### INTERNATIONAL

#### 21.–22.01.2021 » 15. International Conference on Immunology (ICI) 2021, Online

(Amsterdam, Niederlande)

Internet: waset.org/immunology-conference-in-january-2021-in-amsterdam

#### 03.–05.03.2021 » SGPP Jahreskongress, Lugano (Schweiz)

Kontakt: Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie – SGPP

Tel.: (00 41 31) 31 388 33

E-Mail: sgpp@psychiatrie.ch

Internet: www.psy-congress.ch

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