

95 impulse

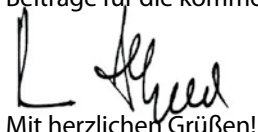
FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

#Gesundbleiben in einer digitalen Welt

EDITORIAL » 90 Prozent der Erwachsenen in Deutschland sind heutzutage digital vernetzt, mehr als 190 Millionen Treffer findet Google zum Stichwort »Gesundheit« und über 150.000 Gesundheits-Apps sind in der Anwendung, Gesundbleiben in der digitalen Welt ist also eine echte Herausforderung. Digitalisierung hat unverkennbar Einflüsse auf unsere Lebensstile sowie auf unseren objektiven wie subjektiven Gesundheitszustand. Gleich der erste Artikel analysiert deshalb den Gesundheitszustand des #HomoDigitalis. Anders als bei anderen Themenschwerpunkten ist Digitalisierung zugleich ein Thema, dass offensichtlich nach Meinungen und Positionierungen verlangt. Zumindest gefühlt verlaufen die Fronten häufig zwischen den digital natives, also denjenigen, die seit Anfang des Jahrtausends in diese Techniken selbstverständlich sozialisiert wurden und den digital immigrants, die sich für sie neuen Techniken erst mal zu eigen machen mussten. Wir haben deshalb viele Artikel in diesem Heft versammelt, die deutliche Meinungen entweder zu den Chancen dieser Prozesse oder zu deren Risiken vertreten. Das wird manchmal schon in den Überschriften deutlich.

Das Spektrum der Artikel reicht von den digitalen Public-Health-Herausforderungen, über Ressourcenverteilung, Patient*inneninformations- und -steuerungsmöglichkeiten bis hin zu virtuellen Realitäten und der Arbeitswelt 4.0. Dieser Newsletter kommt ohne viele Hashtags und neue Wortschöpfungen irgendwie nicht aus. Wir haben kurzzeitig überlegt, ihn nur online zu publizieren, aber die Sehnsucht nach gedrucktem Wort eint viele unserer Leser*innen mit großen Teilen der Redaktion. Aber die LVG&AFS hat in der Vorbereitung dieser Ausgabe bereits angefangen zu twittern (@LVGundAFS).

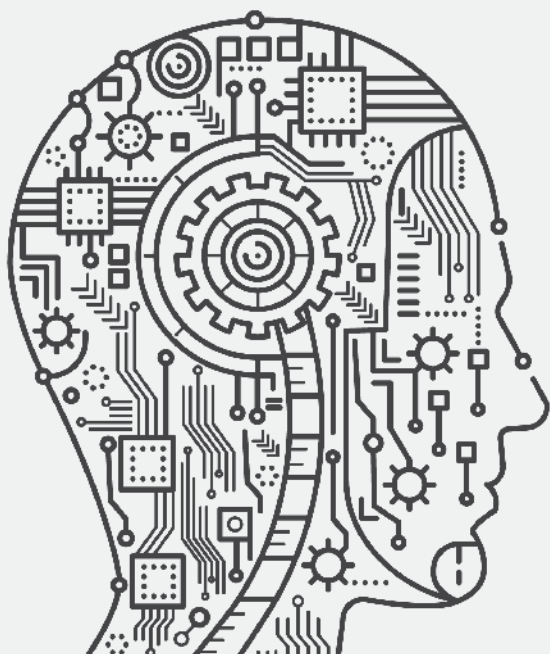
Im aktuellen Teil des Heftes berichten wir u. a. über die 7. Ausschreibung des Niedersächsischen Gesundheitspreises, Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung in der Gesundheitsversorgung und Telemedizin in Niedersachsen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Was hindert uns an der Herstellung gesundheitsförderlicher Verhältnisse?« (Redaktionsschluss 06.08.2017) und »Bildung und Gesundheit« (Redaktionsschluss 06.10.2017). Wir freuen uns über digitales oder anderes Feedback zu dieser Ausgabe genauso wie über Anregungen und Beiträge für die kommenden Impulse-hefte!



Mit herzlichen Grüßen!
Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Zum Gesundheitszustand des #HomoDigitalis	02
Digital #PublicHealth	03
Die Verteilung von Ressourcen in der #digitalenGesellschaft.....	05
Wie Medien unsere Wahrnehmung verändern	06
Durch #digitaleRisikokompetenz zu informierten Patient*innen	07
Online- #Gesundheitsinformationen: Wer profitiert (noch nicht)?	08
Die digitalisierten Patient*innen – #Cyborgs	09
#VirtuelleRealitäten: Die Zukunft in der Gesundheitsförderung?	10
Gute Arbeit – Kompetenzen stärken für den digitalen Wandel	12
Die Medien als Verstärker einer Zweiklassen-Gesellschaft	14
Impressum	15
Sonderseite: Große Erwartungen – kleine Freuden	16
Ausschreibung des 7. Niedersächsischen Gesundheitspreises	17
Digitale Anwendungen in der Gesundheitsversorgung	17
Entwicklung technischer Assistenzsysteme mittels Partizipation	18
Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung	19
Gemeinsame Stelle der GKV	20
Projektbeginn DICTUM Friedland: Digitale Kommunikationshilfen	20
Telemedizin in Niedersachsen	21
FIDEM Niedersachsen – Ergebnisse nach 6 Modelljahren.....	22
Leinen los! Schatzsuche in Niedersachsen	23
Gesundheitsförderung für Bewohner*innen	24
Bücher, Medien	25
Termine LVG & AFS	30
Termine	32



NICOLA DÖRING

Zum Gesundheitszustand des #HomoDigitalis

Deutschland ist vom Homo Digitalis besiedelt: 90 Prozent der Erwachsenen bis 60 Jahre sind laut ARD-ZDF-Onlinestudie (2016) heutzutage digital vernetzt. Bei den Jugendlichen sind es längst 100 Prozent. Dabei wird das Internet inzwischen am häufigsten per Smartphone genutzt – und ist somit allgegenwärtig. Mehr als 120 Minuten pro Tag verbringen wir durchschnittlich mit Internetnutzung: Es sind Dutzende von kürzeren wie längeren Onlineaktivitäten, die vom Aufstehen bis zum Schlafengehen unseren Tagesablauf begleiten, strukturieren, unterbrechen. Wir sind »always on«, ständig erreichbar. Was bedeutet das für unser körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden – für unsere Gesundheit?

Ist der Homo Digitalis in schlechter Verfassung?

Die Global Burden of Disease-Studie (2015) zeigt, dass der Bevölkerung in Deutschland durch drei Gruppen von Krankheiten am meisten gesundheitlich unbeschwerte Lebensjahre verloren gehen: 1. Rücken- und Nackenschmerzen, 2. Erkrankungen der Sinnesorgane und 3. Depressionen. Ist das also der Preis? Beahlt der Homo Digitalis, der allzu oft bewegungslos auf den Bildschirm starrt, seinen digitalen Lifestyle letztlich mit chronischen Rücken- und Augenproblemen sowie notorischer Erschöpfung und Überforderung? Es mehren sich tatsächlich die kritischen Stimmen, die dazu auffordern, den Glücks- und Heilversprechen der Digitaltechnologie zu misstrauen und stattdessen die Gesundheitsrisiken ernster zu nehmen. Sach- und Fachbücher warnen öffentlichkeitswirksam vor »Internetsucht«, »digitaler Demenz«, »digitaler Depression« und »digitalem Burnout«, manche gar vor dem »digitalen Verderben«. Empfohlen werden Internet-Abstinenz, Smartphone-Diät und Digital Detox, bei schweren Fällen Psychotherapie und Psychiatrie.

Oder geht es dem Homo Digitalis gut?

Im Gesundheitsmonitoring taucht das Internet indessen bislang weder global noch national, weder explizit noch implizit als Risikofaktor auf: Neben kontinuierlich steigender Lebenserwartung wird in den letzten Jahren und Jahrzehnten auch eine stetige Verbesserung der subjektiven Gesundheit verzeichnet, vor allem bei den Älteren. Laut dem Gesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts (2015) bezeichnen 75 Prozent der Erwachsenen in Deutschland ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, drei Prozent als schlecht oder sehr schlecht, die übrigen 22 Prozent als mittelmäßig. Bei den Jugendlichen erfreuen sich 90 Prozent subjektiv guter oder sehr guter Gesundheit. Auch die Lebenszufriedenheit in Deutschland ist hoch und tendenziell steigend. Gemäß aktuellem Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland (2016) sind 91 Prozent der Menschen in Deutschland mit ihrem Leben ziemlich oder sehr zufrieden, das sind acht Prozent mehr als zehn Jahre zuvor. Wie passt das zusammen? Wenn Online-Medien so gefährlich sind, müsste ihre zunehmende Nutzung doch mit einer Reduktion des allgemeinen Wohlbefindens einhergehen.

Ursachenforschung zum Interneteinfluss

Wie so oft bei Gesundheitsfragen ist es methodisch schwierig, den ursächlichen Einfluss einzelner Faktoren genau zu klären. Führt Internetnutzung zu vermehrter Depression? Wenden sich Depressive verstärkt dem Internet zu? Sind weitere Personen-, Situations- und Umweltfaktoren für das Ausmaß der Internetnutzung einerseits und den Grad an Depressivität andererseits verantwortlich? Im Folgenden werden vier Thesen vorgestellt, die erklären sollen, über welche Wirkmechanismen Online-Medien unsere Gesundheit beeinflussen.

Die Verdrängungsthese

Gemäß Verdrängungsthese ist das Internet ein starker Risikofaktor für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Denn gesundheitsförderliche Offline-Aktivitäten, wie Bewegung im Freien, Treffen mit Freunden oder ungestörter Nachtschlaf, werden durch gesundheitsschädliche Online-Aktivitäten zunehmend verdrängt: Bewegungsloses Herumsitzen in Innenräumen, entsinnlichte mediale Kommunikation mit hohem Aggressionspotenzial, Konkurrenzdruck bei der permanenten Online-Selbstdarstellung und suchtartiger Konsum von Online-Unterhaltungsangeboten prägen das Online-Leben – und können am Ende krank und unglücklich machen. Hier lautet dementsprechend die zentrale Präventionsbotschaft, Internetrisiken zu reduzieren, individuell und kollektiv wieder für mehr bewusste Offline-Zeiten zu sorgen, die Selbstregulation zu verbessern und öfter einmal abzuschalten. Gleichzeitig müssen wir uns vor Simplifizierungen hüten. Ungesunde Lebensweise ist oft keine direkte Folge allein der Internetnutzung, sondern wird durch viele andere gesellschaftliche Faktoren mitbestimmt, die es zu verbessern gilt, zum Beispiel das Angebot an Fahrradwegen und Naherholungsgebieten in urbanen Zentren.

Die Kompensationsthese

Die Kompensationsthese betont, dass nach wie vor zahlreiche Offline-Gesundheitsprobleme existieren, die durch gesundheitsförderliche Online-Aktivitäten kompensiert werden können. Gesundheitsbezogene Informationsmängel, Selbstzwei-



fel, soziale Isolation, Stigmatisierung vieler Erkrankungen und Behinderungen, Marginalisierung sexueller und geschlechtlicher Minoritäten – diese und weitere Risiko- und Stressfaktoren des Offline-Lebens werden abgemildert durch die vielfältigen Online-Möglichkeiten der Informationsversorgung, sozialen Unterstützung und Gemeinschaftsbildung. Das betrifft gleichgeschlechtlich liebende Jugendliche, depressionserkrankte Erwachsene, Angehörige von Demenz-Patient*innen und viele andere Bevölkerungsgruppen. Dementsprechend lautet die zentrale Präventionsbotschaft die Angebote der gesundheitsrelevanten Online-Unterstützung als Schutzfaktoren weiter auszubauen und besser bekannt zu machen. Gleichzeitig darf medienvermittelte Hilfe nicht als Allheilmittel verstanden werden. Sie muss mit Offline-Unterstützung Hand in Hand gehen. Und sie birgt ihrerseits neue Risiken – zum Beispiel im Bereich Datensicherheit und Datenschutz sowie Angreifbarkeit durch Online-Hass.

Die Strukturverstärkerthese

Gemäß dem biblischen Matthäus-Prinzip (»wer hat, dem wird gegeben«) beziehungsweise dem soziologischen »rich-get-richer-Effekt« bilden sich soziale Ungleichheiten in der Gesellschaft als digitale Ungleichheiten im Internet ab und verstärken sich wechselseitig: Privilegierte Menschen werden durch ihre besonders konstruktive Onlinenutzung ihre Gesundheit weiter verbessern, Unterprivilegierte im Zuge dysfunktionaler Internetnutzung ihre Gesundheit dagegen weiter gefährden. Sprich: Insbesondere die Bewegunswilligen laufen Gefahr, durch das Überangebot an Online-Unterhaltung noch sesshafter zu werden, während die Sportbegeisterten sich in Online-Communitys zu gesunder Ernährung motivieren und mit Fitness-Trackern ihr Training weiter optimieren. Gemäß Strukturverstärkerthese wären vorrangig Maßnahmen notwendig, die gezielt Menschen mit geringerer Internet- und Gesundheitskompetenz zu gesundheitsförderlicher Internetnutzung befähigen beziehungsweise ihnen passgenaue Angebote machen. Auch hier sind technische Lösungen nicht als Allheilmittel anzusehen, sondern mit Offline-Angeboten zu kombinieren.

Die Indifferenzthese

Die Indifferenzthese schließlich weist darauf hin, dass Internetnutzung im Hinblick auf die individuelle Gesundheit oftmals weitgehend wirkungslos bleibt, da andere Faktoren, wie Eltern-

haus, Schule, Peers, Gesundheitssystem oder Massenmedien, in ihrem Einfluss dominieren und da dezidiert gesundheitsrelevante Internetnutzung bei vielen Menschen nicht sehr intensiv und nachhaltig ist. Hieraus würde für die Prävention folgen, das Internet weder als Risiko- noch als Schutzfaktor zu hoch zu gewichten, sondern sich verstärkt auf andere Aspekte der Gesundheitsförderung zu konzentrieren.

Fazit

Unstrittig ist beim jetzigen Forschungsstand, dass die Digitalisierung Einfluss auf unsere Lebensstile und unseren objektiven wie subjektiven Gesundheitszustand hat. Dabei wirkt das Internet weder pauschal negativ, wie die Verdrängungsthese annimmt, noch pauschal positiv, wie die Kompensationsthese behauptet, sondern oftmals im Sinne einer Verstärkung sozialer Ungleichheit, wie die Strukturverstärkerthese es beschreibt. Teilweise werden, wie die Indifferenzthese betont, Interneteffekte auf die Gesundheit auch überschätzt im Verhältnis zu anderen Faktoren, die Gesundheit beeinflussen. In der Gesamtschau der Befunde ist festzuhalten, dass sich der Homo Digitalis in Deutschland mehrheitlich guter Gesundheit erfreut, da hierzulande im globalen Vergleich sehr günstige Lebensbedingungen vorherrschen. Gleichzeitig stehen wir vor der Herausforderung, unseren Umgang mit digitalen Medien stets kritisch zu reflektieren und digitale Medien auch geeignet in die Prävention einzubinden.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. NICOLA DÖRING, TU Ilmenau, Institut für Medien und Kommunikationswissenschaft (IfMK), Ehrenbergstraße 29, 98693 Ilmenau, www.nicola-doering.de

CHRISTOPH DOCKWEILER

Digital #PublicHealth: Zur Konvergenz zweier Perspektiven auf Gesundheit

Technologische Innovationen wirken in vielfältiger Weise (re-)strukturierend auf soziale Zusammenhänge, sie sind gleichzeitig soziale Innovationen. Die Auseinandersetzung mit Digital Health bietet daher Querbezüge und Potenziale für den Public-Health-Diskurs. So ermöglichen neue Technologien neue Interaktionsformen in der Gesellschaft und in ihren Teilbereichen wie dem Gesundheitssystem. Dies zeigt sich nicht nur in den Wegen, wie Menschen Gesundheitsinformationen suchen, rezipieren und wiederum selber innerhalb von Blogs, Foren und anderen sozialen Medien produzieren. Sondern auch darin, wie Online-Netzwerke sich auf die soziale und psychische Gesundheit auswirken und wie Krankheiten bewältigt werden. Schlussendlich zeigt es sich darin, wie gesundheitliche Versorgung technikunterstützt gestaltet und wie durch (neue) Medien Angebote sowie Botschaften der Prävention nachhaltig und zielgruppenspezifisch in die Lebenswelten integriert werden. Technologische Innovationen prägen darüber hinaus immer deutlicher unsere Lebenswelten durch die Veränderung von Arbeitsprozessen, von Organisationsmustern und interorganisations Beziehungen oder im Bereich der Mobilität und Transportlogistik. Die Digitalisierung begründet infolgedessen neue Regulierungserfordernisse in Form revidierter Gesetzgebung und Rechtsprechung und übt



einen mehr oder minder tiefgreifenden Einfluss auf vorhandene gesellschaftliche Institutionen und Systemstrukturen aus. Dabei ist sie längst keine Randerscheinung mehr im Sinne (medizin-)exklusiver Expert*innensysteme. Technologien gehen zunehmend eine Symbiose mit der Technik in unserem alltäglichen Leben ein und interagieren dabei mit unserer Lebensumwelt, zum Beispiel mit Blick auf die Förderung von Bewegung und sportlicher Aktivität, aber auch im Zugang zu barrierefreier Infrastruktur oder der Nutzung von Naherholungsräumen.

Chancen für Public Health erkennen

Die Digitalisierung bietet durch diese beachtliche gesellschaftliche Diffusion ein großes Potenzial für Public Health. Die Vernetzung unterschiedlicher Leistungserbringer*innen auf allen Versorgungsebenen kann dazu beitragen, in Gebieten mit geringer medizinisch-therapeutischer, aber auch pflegerischer Infrastrukturdichte die Versorgungssicherheit und -qualität zu gewährleisten. Durch die Digitalisierung können Gesundheitsinformationen und Informationen zu Rechtsansprüchen beispielsweise bei Krankheit niedrigschwellig über mobile Endgeräte bereitgestellt werden. Technologien ermöglichen es, Bürger*innen situativ über gesundheitsrelevante Einflüsse der Lebensumwelt und des eigenen Verhaltens aufzuklären und in Entscheidungen bezüglich Prävention, Gesundheitsförderung und medizinisch-pflegerischer Versorgung einzubeziehen. Eine weitere, allerdings schwerer einzuschätzende Chance, die mit unterschiedlichen ethischen und rechtlichen Herausforderungen einhergeht (zum Beispiel digitale Bevormundung, Datenmissbrauch, Spezifität der Datenquellen), liegt im Bereich von »Big Data«. Datensammlungen und -analysen ermöglichen tiefe Einblicke in das Zusammenspiel von gesundheitsrelevantem Verhalten und Verhältnissen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, und das zeitnah und mit wiederholten Messungen.

Herausforderungen für (Digital) Public Health

Zentrale Voraussetzungen dafür, dass sich die Potenziale der Digitalisierung entfalten können, sind insbesondere die industrieunabhängige Förderung, eine konsequente Versorgungs- und Implementationsforschung sowie ein dringender Perspektivwechsel, der von dem Leitgedanken der Nutzer*innenorientierung geprägt ist. Public Health kann dabei einen ent-

scheidenden Beitrag leisten, in der häufig technikgetriebenen Entwicklung von Digital Health eben diesen Perspektivwechsel hin zu einer konsequenten Nutzer*innenorientierung einzuleiten. Dazu gehört nicht nur die Explikation der Bedarfe, Bedürfnisse, Einstellungen und Wahrnehmungen von technischen Innovationen, sondern auch die Analyse des Umgangs der Nutzer*innen mit den Technologien. Auf dieser Basis kann die Etablierung von Empowermentprozessen auf der Mikroebene (zum Beispiel in Form von Schulungen, Information, Beteiligung), der Mesoebene (zum Beispiel Schulungen, institutionelle Beteiligungsformen) und der Makroebene (zum Beispiel Kampagnen mit dem Ziel der Aufklärung, Wissenssteigerung und Problemsensibilisierung) vorangetrieben werden. Nutzer*innenorientierung bedeutet auch, den Blick von den unmittelbaren Nutzer*innen auf die Rahmenbedingungen der Nutzung zu lenken und die vorliegenden Strukturen und Prozesse hinsichtlich ihrer nutzererleichternden Eigenschaften zu analysieren. Dies können Unterstützungs- und Bildungsstrukturen sein, die Fortentwicklung datenschutzrechtlicher Rahmungen entlang der informationellen Selbstbestimmung, berufsrechtliche Bedingungen, die das rechtssichere Handeln der Professionals unterstützen, aber auch die fortwährende ethische Reflexion der Digitalisierung unserer Gesundheit und unserer Lebenswelten, in denen Gesundheit (re-)produziert wird. Technologische Innovationen sind dabei mithilfe (patient*)relevanter gesundheitlicher Endpunkte evaluativ zu begleiten, Technikfolgen in sozialer, versorgungspraktischer und gesundheitlicher Hinsicht interdisziplinär zu beleuchten und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen aktiv mitzugestalten.

Orientierung am technisch Notwendigen

Public Health ist für die nutzenstiftende Entwicklung von Digital Health unentbehrlich. Dies zeigt sich auch mit Blick auf das integrative Potenzial der Interdisziplin. Interventionsfelder wie Digital Health verlangen einen konsequenten inter- und transdisziplinären Diskurs zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Wirtschaft, der möglichst frühzeitig in der Planung und Entwicklung von Innovationen ansetzt. Dazu gehören innovative Formen der Kooperation zwischen Praxis und Wissenschaft, die Koproduktion von Wissen sowie die Partizipation relevanter Nutzer*innengruppen in Forschung und Entwicklung. Denn Fragen einer bedarfs- und bedürfnisgerechten (oder gar diversitätssensiblen) Einführung und Nutzung von Versorgungstechnologien lassen sich nicht allein durch die Prämisse des »technisch Möglichen« lösen, sondern müssen sich viel mehr am »technisch Notwendigen« orientieren.

Ausblick

Die Diskussion »technischer« Aspekte (zum Beispiel technologische Interoperabilität) ist zwar ein notwendiger Bestandteil der gesellschaftlichen Diffusion von Technologien, und natürlich muss auch eine bedarfsadäquate (und standardisierte) Technikinfrastruktur geschaffen werden. Doch erscheint diese Engführung bisher mehr als Diskussion über die Nutzer*innen als mit ihnen. Eine Diskussion, die zukünftig eben auch dem Gedanken der »sozialen« neben der »technologischen« Interoperabilität folgen muss.

Literatur beim Verfasser

DR. CHRISTOPH DOCKWEILER, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Tel.: (05 21) 1 06 43 77, E-Mail: christoph.dockweiler@uni-bielefeld.de



DAN VERSTÄNDIG

Die Verteilung von Ressourcen in der #digitalenGesellschaft

Es ist keine neue These, dass die Gesellschaft auf komplexe Informationstechnologien angewiesen ist und sich mit dem technologischen Fortschritt selbst beschreibt. Das Netz macht es uns heute erstaunlich leicht, uns selbst mitzuteilen, gemeinsam zu diskutieren und auf eine nahezu zahllose Menge an Informationen zurückzugreifen. Wir konsumieren nicht nur Informationen, wir produzieren sie auch, indem verschiedenartige Daten bewusst und unbewusst erstellt werden. Doch von diesem Möglichkeitsraum profitieren längst nicht alle Gesellschaftsmitglieder. So hat bisher jeder gesellschaftliche Transformationsprozess Gewinner*innen und Verlierer*innen hervorgebracht. Die Durchdringung von vernetzten Technologien und digitalen Architekturen in den lebensweltlichen Alltag, wie wir sie im Begriff der Digitalisierung und maßgeblich verkörpert durch das Internet vorfinden, ist da keine Ausnahme.

Digitalität und Mobilität

Es lässt sich nur schwer von der Hand weisen, dass die Digitalisierung im engen Zusammenhang zu Fragen der Mobilität steht. Mobil sein bedeutet dabei, jederzeit und nahezu an jedem Ort mit dem mobilen Endgerät – vorzugsweise ein Smartphone oder Tablet – auf Informationen zurückgreifen zu können, sich mit anderen auszutauschen und die Welt zu beobachten. Sei es die Regenvorhersage, die Verspätungsmeldung oder die Erinnerung daran, doch mal wieder ein paar Schritte zu gehen, um das definierte Tagesziel an Bewegung zu erreichen. Wir befinden uns heute also nicht mehr nur in einem Transformationsprozess der Digitalisierung, sondern vielmehr schon in einer durch Digitalität geprägten Welt. Damit haben sich auch die Koordinaten hinsichtlich der digitalen Ungleichheitsforschung verschoben. Der Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen steht hier im direkten Zusammenhang zu digitalen Technologien.

Von der digitalen Kluft zur digitalen Ungleichheit

Die digitale Kluft, die in den frühen Studien um die Jahrtausendwende entlang des materiellen Zugangs zum Netz diagnostiziert wurde, hat sich längst zu einer digitalen Ungleich-

heit mit unterschiedlichen Ausprägungen ausdifferenziert. Dabei ist eine hohe Korrelation von sozialer und digitaler Ungleichheit zu verzeichnen. Das Netz ist nicht ungleichheitsblind. Wie Nicole Zillien aufzeigt, werden soziale Ungleichheiten durch den technologischen Fortschritt sowohl auf der Ebene des Zugangs und der Verfügbarkeit als auch auf der Nutzungsebene weiter verfestigt. Dies lässt sich bereits anhand einiger struktureller Phänomene, wie den Filterblasen und Echokammern, beschreiben.

Filterblasen und Echokammern

Eli Pariser hat 2011 den Begriff der Filterblase geprägt und damit beschrieben, dass wir uns aufgrund der algorithmischen Informationsverarbeitung in einer Blase befinden, in der unsere Ansichten und Präferenzen bestätigt werden. Zugleich werden die Informationen, die uns präsentiert werden, auf unsere bisherigen Gewohnheiten zugeschnitten. Es wird damit also einerseits die Personalisierung der Nutzungsweisen thematisiert und andererseits eine unsichtbare Grenze beschrieben, die in ihrer Ausprägung alles andere als klar definiert ist. Eine Folge dieser strukturellen Beschaffenheit ist die Tatsache, dass wir uns in den sozialen Netzwerken nicht selten auch in Echokammern befinden, also unsere Ansichten von denen unserer Freund*innen und Bekanntschaften weitestgehend geteilt und bestätigt werden. Während also Konsens strukturell verstärkt wird, ist für Dissens kaum Platz. In der Konsequenz führen diese Entwicklungen zu Verengungen in den Perspektiven und schließlich zur sozialen Schließung. Die Kraft des Netzes besteht jedoch nicht in der Abbildung von geschlossenen Gruppen, sondern in der offenen Vernetzung.

Veränderung als Konstante anerkennen

Das Netz bietet die Grundlage für die Nutzung niederschwelliger Angebote und Dienste. Es bestärkt uns durch Berechnungen und Vorhersagen in unseren Gewohnheiten und erleichtert somit verschiedene Abläufe ungemein. Doch die kontinuierliche Veränderung schon auf der Ebene von Algorithmen fordert dazu auf, die stetige Veränderung anzuerkennen und damit umgehen zu lernen. Der unsichtbaren Grenzziehung durch Filterblasen und Echokammern aktiv entgegen zu treten und sich Freiräume zu schaffen, bedeutet zunächst die Anstrengung aufzubringen, sich entgegen eingefahrener Gewohnheiten zu verhalten. Hierzu bedarf es zunächst an Wissen über diese Grenzen, um sie schließlich durch verschiedene Praktiken, beispielsweise durch die Nutzung alternativer Angebote oder eine subversive Wendung der Dienste, überwinden zu können.

Sich in der Veränderung orientieren

Die sogenannte Informationskompetenz, also die Fähigkeit Informationen zu beschaffen, zu bewerten und mit diesen weiter umzugehen, stellt vor dem Hintergrund digitaler Strukturen eine Herausforderung dar, die durch das Internet keineswegs erleichtert werden, wie man besonders deutlich an der Problemlage von Fake News sehen kann. In Anlehnung an den Matthäus-Effekt lässt sich hinsichtlich der Ressourcenverteilung eine ernüchternde Bilanz ziehen: Menschen, die bereits über ein gewisses Maß an Informationskompetenz verfügen, werden sich auch in neuen Zusammenhängen orientieren und an gesellschaftlichen Prozessen teilhaben können. Wem es daran mangelt, dem werden Teilhabechancen erschwert. Eine der wohl größten Herausforderungen kann also darin beschrieben werden, einen Weg zu finden, wie man mit



diesen Transformationsprozessen umgehen kann. Das heißt in erster Linie, dass es im Hinblick auf Digitalität die stetige Veränderung anzuerkennen gilt. Es ist dabei nicht mehr die Frage, ob man an einem aufkommenden vermittelten Kulturraum teilhaben möchte, sondern wie man mit der allgegenwärtigen Präsenz des Netzes und der Kultur umgeht. Dieser Herausforderung steht der Mensch als Individuum gegenüber. Es ist aber auch Aufgabe der Politik die Weichen für eine Gesellschaft zu stellen, die für morgen und nicht gestern konzipiert ist.

Literatur beim Verfasser

DAN VERSTÄNDIG, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Zschokkestraße 32, 39104 Magdeburg, E-Mail: dan.verstaendig@ovgu.de

FRANZ-JOSEF RÖLL

#SocialMedia – Wie Medien unsere Wahrnehmung, Kommunikation und Identität verändern

Online-Dienste, bei denen die Inhalte im Wesentlichen von den User*innen bestimmt werden, bezeichnet man als Social Media. Social Media ermöglicht Texte, Bilder, Filme und Informationen einzeln oder in einer Gemeinschaft zu erstellen, zu bearbeiten und zu verteilen sowie sich untereinander auszutauschen. Es gibt themen-, austausch-, transaktions- oder unterhaltungsbezogene Netzwerke. Es handelt sich zugleich um einen Paradigmenwechsel in der Art und Weise, wie Menschen miteinander arbeiten und kommunizieren. Durch die Möglichkeit der Selbstdarstellung in Social Media können Geschmackskoalitionen gebildet werden. Für die Nutzer*innen eröffnen sich neue Möglichkeiten zu individueller Selbstdarstellung und zur aktiven Gestaltung von sozialen Beziehungen. Dadurch erhalten sie eine zentrale Bedeutung für das Beziehungsmanagement. Die bisherige Trennung von privater und öffentlicher Kommunikation verschwimmt. Wenn wir ein Medium ständig nutzen, beeinflusst dies die Art und Weise, wie wir die Welt wahrnehmen. Unsere Erlebnisqualität sowie unsere Vorstellung von Teilhabe und Realität werden

durch Wahrnehmungsmuster beeinflusst. Bisher waren wir gewohnt, Medien aus der Distanz fokussiert zu beobachten (zum Beispiel Film, Fernsehen) und zu reflektieren. Bei Social Media ist die Wahrnehmungsform prozesshaft, der Blick ist schweifend und wandert ständig hin und her. Die neue Wahrnehmungsform ist die zerstreute Rezeption. Der Zustand der Zerstreung kann jederzeit verändert werden hin zu einem fokussierenden Blick. Der fokussierende Blick bedarf allerdings des Anreizes, um geweckt zu werden.

Selbstonnarration und Identitätskonstruktion

Social Media hat auch Auswirkungen auf die Identitätskonstruktion, zumal die Sicherheiten traditioneller Bindungen und Strukturen, die früher für die Entwicklung der Identität bedeutsam waren, verloren gehen. Die Komplexität der Lebenswelt nimmt zu, die gesellschaftliche Beschleunigung verlangt von jedem Einzelnen die Fähigkeit zur Flexibilität und Anpassung. Vermutet wird, dass Identität heute eher einem Patchwork entspricht. Die Vorlagen für Patchwork liefert vor allem bei Kindern und Jugendlichen Social Media. Nicht reale Erfahrungen, sondern virtuelle Erlebnisse in den unterschiedlichen Diensten von Social Media, wie Facebook oder Instagram, führen dazu, dass die Nutzer*innen ihre Vorstellungen vom eigenen Selbst durch die Interaktionen selbst konstruieren. Da es keine einseitigen Diskurse im Social Media gibt, bedeutet dies eine Demokratisierung der Subjektkonstruktion. Die Darstellungen in den sozialen Netzwerken werden Selbstonnarration genannt. Identität ist demgemäß vergleichbar einem Projekt, das sich mithilfe von Selbstonnarration ständig verändert. Es kommt zur Erprobung unterschiedlicher Selbstentwürfe und damit auch zu einer Aufspaltung in Teil-Identitäten. Die fragmentierten Teil-Identitäten müssen vom Individuum zu einem sinnstiftenden und bedeutungsvollen Ganzen verdichtet werden.

Risiken im Internet

Dieser Prozess eröffnet die Chance die bisherige Lebenswelterfahrung zu erweitern. Geschmackskoalitionen bieten Information und Austausch mit Gleichgesinnten, erweitern die persönliche Kommunikationskultur und fördern das persönliche Beziehungsmanagement. Allerdings »lauern« im Social Web auch Risiken. So gibt es im Internet bedenkliche Inhalte, das betrifft unter anderem die Themen Gewalt, Pornographie und radikale politische Botschaften. Narzisstische Neigungen von Nutzenden können begünstigen, dass Daten unreflektiert ins Netz gestellt werden. Problematisch bei Social Media ist die Verführung zur Selbstentblößung, der Verlust der Privatheit und der Kontrolle über die eigenen Daten, die Selbstveräußerung an die Marketingindustrie sowie das geschönte digitale Spiegelbild zur Steigerung des Ansehens im Netz. Wenn der persönliche Verhaltensraum durch die Nutzung von Medien eingeschränkt wird, wenn ein Kontrollverlust zu beobachten ist, Entzugerscheinungen auftauchen und allgemein negative persönliche Auswirkungen festgestellt werden, kann von einem suchttähnlichen Umgang mit Medien gesprochen werden. Die Mehrzahl der Wissenschaftler*innen geht davon aus, dass die Medien nicht die Sucht hervorrufen, sondern die Persönlichkeit von Nutzer*innen entscheidend ist. Wer Anforderungen mit vorhandenen Ressourcen begegnet, im Leben einen Sinn sieht, wer bereit ist, die anstehende Anforderungen als Herausforderungen aufzufassen und sich ihnen stellt, ist gut gewappnet im Umgang mit den Medien. Mangelnde Me-

dienkompetenz, eine geringe Selbstkontrolle und Reflexionsbereitschaft, eine negative auf das Selbst und das eigene Leben bezogene Grundhaltung steigert das Risiko einer dysfunktionalen Nutzung.

Positive Aspekte der Mediennutzung

Den Risiken stehen Chancen gegenüber. Kinder und Jugendliche benötigen für eine Existenz in einer von Medien und der Globalisierung geprägten Gesellschaft Schlüsselqualifikationen, wie zum Beispiel Kreativität, Flexibilität, Teamfähigkeit, Selbstständigkeit, mentale Beweglichkeit sowie systemisches und vernetztes Denken. Dieses Denken erwerben sie im alltäglichen Umgang mit und innerhalb der Medien. Die Skills, die in der Wissensgesellschaft benötigt werden, erwerben sie sich durch informelles Lernen. Neben den schon genannten Kompetenzen eignen sie sich auch hypermediale Kompetenz, induktives Denken, kommunikative Kompetenz, Orientierungswissen, Auge-Hand-Koordination und Multitaskingfähigkeiten an. Das Medium Social Media hilft somit die notwendigen Wahrnehmungsmuster zu erwerben, um in einer durch die Globalisierung, flexiblen Kapitalismus und einer digitalen Kommunikationskultur geprägten Gesellschaft Orientierung zu finden.

Medienkompetenz als Herausforderung

In der Vermittlung von Medienkompetenz beziehungsweise Medienbildung besteht der zentrale Ansatz, um mit den Gefahren umgehen zu können. In der handlungsorientierten Medienpädagogik geht es unter anderem um die Erziehung zur Mündigkeit (Emanzipation), den Erwerb von authentischen Erfahrungen, die Durchschaubarkeit der Angebote und Strukturen der (Neuen) Medien, den selbstbestimmten und kritischen Umgang mit den Medien, die Förderung gesellschaftlicher Partizipation und sozialer Kompetenz sowie die Stärkung der kreativen Potenziale und des Selbstbewusstseins. Mit Medien und nicht gegen Medien lautet die angemessene Strategie. Dieses Verständnis ist kompatibel zu dem Salutogeneseansatz in der Gesundheitsförderung. Es gilt Fähigkeiten und Kompetenzen zu vermitteln, damit Kinder und Jugendliche widerstandsfähig werden gegenüber schädigenden Einflüssen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. FRANZ-JOSEF RÖLL, Hochschule Darmstadt, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit, Adelongstraße 51, 64283 Darmstadt, Tel.: (0 61 51) 16 86 94, E-Mail: franz-josef.roell@h-da.de

FELIX G. REBITSCHK

Durch #digitaleRisikokompetenz zu informierten Patient*innen

Die Digitalisierung der verschiedenen Bereiche des Gesundheitssektors wird von vielen Akteur*innen vorseilend vor allem mit Vorteilen für das System als Ganzes sowie speziell für die Patient*innen verknüpft. Im Besonderen wird auf die Stärkung der Patient*innenseite zugunsten persönlicher Gesundheitsentscheidungen gesetzt. Doch ist ein solches »Empowerment«, um informierte Entscheidungen zu ermöglichen, realistisch und an welche Voraussetzungen ist es geknüpft?



Voraussetzungen für persönliche Gesundheitsentscheidungen

Patient*innen, die gezielt Gesundheitsinformationen im Internet suchen und dabei qualitätsgesicherte Informationen auffinden, oder sogar eigene physiologische Funktionen mit Apps vermessen, um mit Hilfe dieser Evidenz und zusammen mit der Ärzteschaft ihre persönlichen Präferenzen herauszuarbeiten, könnten theoretisch in ihrer persönlichen Versorgungssituation profitieren. Ein Zugewinn an Patient*innensicherheit ist denkbar, auch die Vermeidung von Überbehandlung und Polymedikation. Die Stärkung informierten Entscheidens durch die Digitalisierung ist jedoch an verschiedene Voraussetzungen geknüpft: Spezifische digitale und Risikokompetenzen der Patient*innen sowie eine Verbreitung von Gesundheitsinformationen, die dem aktuellen Stand der Forschung entsprechen – das heißt evidenzbasierte Risiko- und Gesundheitskommunikation. Informationsangebote, welche den Kriterien evidenzbasierter Gesundheitsinformationen folgen, sind in deutscher Sprache verfügbar. Ein Beispiel stellt die Website www.gesundheitsinformation.de, vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, dar. Sie stehen jedoch in ihrer Auffindbarkeit gegenüber populären Angeboten unzureichender Qualität oftmals zurück. Überdies müssen die Patient*innen zuverlässige Quellen als solche erkennen können. Der Sachverständigenrat für Verbraucherfragen empfiehlt in seinem Bericht zu Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich eine Versorgung mit verlässlichen und transparenten Gesundheitsinformationen sowie eine klare Kennzeichnung dieser.

Wie profitieren Patient*innen von der Digitalisierung?

Am Beispiel der Selbstvermessung lässt sich sehr deutlich erkennen, wo die Kompetenzen der*des Einzelnen gefordert sind. Mit dem eigenen Smartphone, einem elektronischen Armband oder intelligenter Kleidung körpereigene physiologische Parameter zu messen und mit Richtwerten zu vergleichen, kann mannigfaltige Anlässe für Verhaltensmodifikationen schaffen – sinnvolle wie gefährliche. Denn wie alle Technologien sind die Messgeräte nicht perfekt. So ist beispielsweise

die Zuverlässigkeit der Messungen sowie der Auswertungsmodelle begrenzt. Die Auswahl von Richtwerten, der Stichprobencharakter, potenzielle Einflussfaktoren sowie die Bandbreite möglicher Interpretationen fordern jeden heraus, der von der Selbstvermessung profitieren möchte. Beunruhigung, Belastungsempfinden und unnötige Kompensationshandlungen drohen. Damit Patient*innen von der Digitalisierung in der vorgestellten Weise profitieren können, ist einerseits die Risikokompetenz zu fördern, das heißt jenes Wissen und jene Fähigkeiten zu steigern, die es der*dem Einzelnen ermöglichen aus Risikoinformationen im jeweiligen Sinne Nutzen zu ziehen. Das bedeutet, nicht nur die eigenen Messdaten zu verstehen, sondern auch die potenziellen Nutzen und Schäden medizinischer Maßnahmen bewerten zu können. Zum Beispiel fragt der*die risikokompetente Patient*in bei Angaben von relativen Risiken (zum Beispiel eine Verbesserung um 80 Prozent) nach der Basisrate von Ereignissen sowie nach der absoluten Veränderung dieser Häufigkeit.

Digital Literacy als Schlüsselfunktion

Zum anderen muss auch die digitale Kompetenz gefördert werden, um die verfügbaren Technologieangebote lebensdienlich zu nutzen, das heißt durch diese zu lernen, ohne zu sehr von ihnen abhängig zu werden. Trotz der heterogenen Konzeptualisierung von Medienkompetenz lässt sich im konzeptuellen Rahmen der »Digital Literacy«, neben anderen, die spezifische Fähigkeit, verständlich und reflektiert aus digitalen Informationen Nutzen zu ziehen (Information literacy), als Schlüsselvoraussetzung isolieren. Im Zuge einer Internetsuche aufgefundene Gesundheitsinformationen müssen von Patient*innen kritisch nach etablierten Kriterien auf ihre Zuverlässigkeit bewertet werden können. Mit der notwendigen Risikokompetenz und spezifischen Anforderungen an die Digital Literacy offenbaren sich Bildungsanstrengungen, die sich über die institutionelle Bildung hinaus auch an die*den Einzelne*n richten müssen. Dieses Empowerment und notwendige Instrumente werden beispielsweise gegenwärtig im Verbraucherbereich erforscht und vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz gefördert (Projekt RisikoAtlas).

Fazit

Zuletzt sind gerade im Gesundheitssektor auch die Grenzen von Empowerment zu beachten. Selbst digital höchst kompetente Nutzer*innen sind der Anbieter*innenseite von Vermessungsarchitekturen aufgrund von zwingenden Informationsasymmetrien unterlegen, denn nur diese kontrollieren die Sammlung und Zusammenführung mit weiteren Datensätzen. Ein Ordnungsrahmen, der technische Standardeinstellungen überprüft, Transparenz von Algorithmen ermöglicht und gesundheitsbezogene Risikostratifizierung auf ein Minimum begrenzt, ist deshalb erforderlich. Die wesentlichen Chancen der Digitalisierung verlangen autonome und risikokompetente Verbraucher*innen, denen transparente und balancierte Gesundheitsinformationen zur Verfügung stehen. Somit geht der Stärkung der Patient*innenseite Digitalisierungs- und risikobezogene Bildungszusammenarbeit mit den einzelnen Bürger*innen voran.

Literatur beim Verfasser

DR. FELIX G. REBITSCHKE, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Harding-Zentrum für Risikokompetenz, Lentzeallee 94, 14195 Berlin, E-Mail: rebitschek@mpib-berlin.mpg.de

MARTIN SCHUMACHER

Online- #Gesundheitsinformationen: Wer profitiert (noch nicht)?

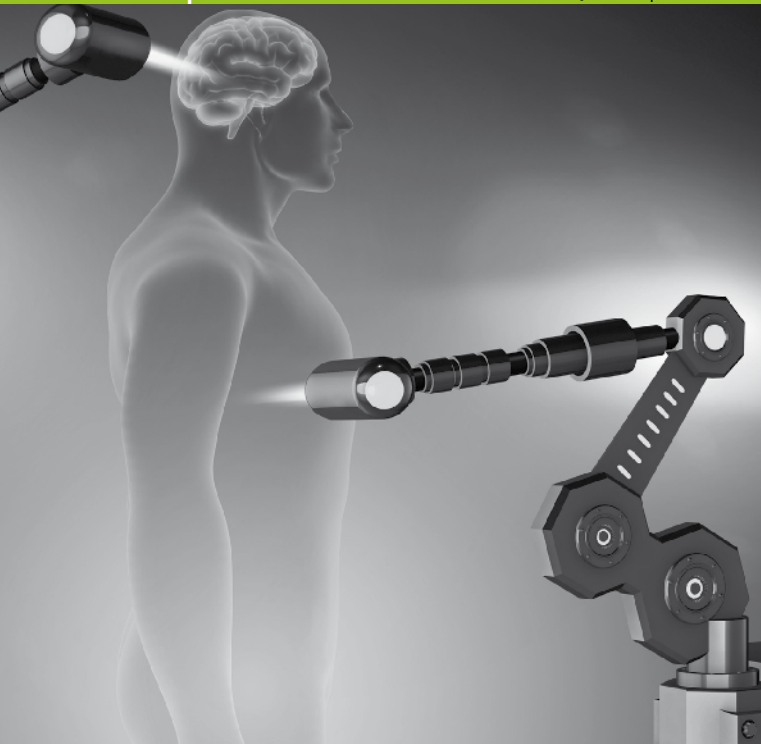
Die Recherche von Gesundheitsinformationen im Internet kann eine hilfreiche Maßnahme sein, um sich hinsichtlich Fragen der Gesundheitsförderung, Prävention, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Erreichung geeigneter Anbieter*innen zu informieren. Grundsätzlich bieten Gesundheitswebsites gute Möglichkeiten, sich (relativ anonym) über Gesundheitsthemen zu informieren und so gegebenenfalls Kontakte zu geeigneten Versorgungsstrukturen anzubahnen oder auch bereits manifestierte Störungen und Erkrankungen besser zu bewältigen.

40 Millionen Gesundheitssurfer*innen

Knapp die Hälfte der Deutschen sucht ausweislich des EPA-patient Surveys 2016 nach Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsinformationen im Internet. Von diesen 40 Millionen im Survey so betitelten Gesundheitssurfer*innen sind fast 60 Prozent allein auf die genutzten Websites oder Apps gestoßen. Bestrebungen, die Qualität von Gesundheitsinformationen im Netz zu erhöhen und Surfer*innen adäquat zur »richtigen« Information zu leiten, lassen sich bereits seit Beginn der flächendeckenden Etablierung von Internetschlüssen in Privathaushalten beobachten. Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurde Ende der 1990er Jahre das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) ins Leben gerufen, eine offene Plattform für Anbieter*innen, die sich der Förderung der Qualität von Online-Gesundheitsinformationen verbunden sehen. Eine weitere Maßnahme des BMG war die Etablierung eines evidenzbasierten Portals zur Gesundheitsinformation für Bürger*innen (www.gesundheitsinformation.de) im Rahmen der Einrichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Ebenfalls als umfassendes Angebot für qualitätsgeprüfte medizinische Informationen versteht sich das ab dem Jahr 2000 vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) aufgebaute Portal www.patienten-information.de

Wikipediarisierung und Googleisierung von Gesundheitsinformationen

Ein Blick auf die Zugriffszahlen verrät jedoch, dass die evidenzbasierten, quasi-behördlichen Informationsangebote nicht nur mit Informationen aus Lai*innenfeder konkurrieren, sondern von diesen sogar in den Schatten gestellt werden: So hat Wikipedia ausweislich des Gesundheitsmonitors 2016 der Bertelsmann Stiftung mit deutlichem Abstand den ersten Platz hinsichtlich Bekanntheit, aber auch hinsichtlich Vertrauenswürdigkeit inne, die beiden oben erwähnten Portale folgen mit weitem Abstand. Gleichwohl wird man politisch nicht müde – womöglich in Annahme einer linear steigenden Dosis-Wirkung-Beziehung – die Gesundheitskompetenz der Bürger*innen mit einem weiteren »deutschen Gesundheitsportal« adressieren zu wollen (Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe in einem FAZ-Beitrag vom 8. Januar 2017). Ziel soll es sein, eine Art Suchmaschine »Made in Germany« für Gesundheitsthemen zu etablieren. Suchmaschinen sind nach wie vor der wichtigste Einstiegspunkt ins Internet. Herausfordernd erscheint dabei, dass das Suchmaschinenange-



bot durch eine Quasi-Monopolstellung eines Anbieters gekennzeichnet ist, was sich auch durch Initiativen wie so genannte europäische Suchmaschinen bislang nicht geändert hat. Besagter Anbieter hat es bereits zu einem eigenen Fachterminus gebracht: Googleisierung der Informationssuche. Nach aktuellem Forschungsstand suchen rund 90 Prozent aller Internetnutzer*innen (nur) über Google. Zudem ist bekannt, dass sich Internetnutzer*innen im Wesentlichen nur an den ersten zehn angezeigten Treffern orientieren, den zusätzlichen Fingertipp beziehungsweise Mausklick zum Erreichen der Treffer ab Nummer 11 führen viele Surfer*innen gar nicht mehr aus.

Welcher Information kann ich vertrauen?

Nach welchem »Kochrezept« Google diese Top-Ten-Trefferlisten zusammenstellt, wird vom Unternehmen zwar grundsätzlich kommuniziert, ist im Detail aber selbstverständlich Betriebsgeheimnis. Fest steht jedoch, dass sich die Top-Ten-Liste von User*in zu User*in bei identischer Suche durchaus unterscheiden kann, da Google bestrebt ist, möglichst maßgeschneiderte Ergebnisse für jede Person zu liefern. Das Streben nach bestmöglicher Passgenauigkeit der vorgeschlagenen Ergebnisse relativiert sich jedoch bei gesundheitsbezogenen Suchanfragen dadurch, dass komplexere Qualitätsdimensionen wie Transparenz und Evidenz (noch) nicht automatisiert bewertet und gewichtet werden können. So können sich dann in der Trefferliste aktuelle und evidenzbasierte Websites in direkter Nachbarschaft zu lediglich auf Behauptungen oder Einzelmeinungen basierten Sites wiederfinden.

Investitionen in die Gesundheitskompetenz sind erforderlich

Gesundheitssurfer*innen kommen also nach wie vor nicht umhin, sich hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit von Online-Gesundheitsinformationen proaktiv zu orientieren. Ein Blick ins Impressum und auf die Datumsangabe der Erstellung beziehungsweise letzten Aktualisierung werden hier seitens Verbraucher*innen- und Patient*innenorganisationen als Mi-

nimum empfohlen. Eine im Verbraucher*innenschutz gut etablierte Orientierungsmöglichkeit können Qualitätssiegel darstellen, wie sie beispielsweise von der Stiftung Warentest angeboten werden. Speziell für Gesundheitsinformationen stehen im deutschsprachigen Raum hierfür auch Siegel von Fachorganisationen wie afgis oder der Stiftung Health on The Net (HON) zur Verfügung. Im Rahmen der Zertifizierungen werden neben den erwähnten auch weitere Dimensionen wie Transparenz über Qualifikationen der Autor*innen oder Trennung von Werbung und redaktionellen Inhalten geprüft. Die Fähigkeit, sich hinsichtlich der Güte von Gesundheitsinformationen zu orientieren, ist auch Thema des aktuell in der Entwicklung befindlichen Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz (NAP). Mehr als die Hälfte (54 Prozent) der Deutschen weist demnach eine eingeschränkte oder inadäquate Gesundheitskompetenz auf, was Appelle an (mehr) Eigenverantwortung in Gesundheitsfragen sicherlich fragwürdig erscheinen lässt. Das Idealziel der*des informierten Bürger*in beziehungsweise Patient*in lässt sich nur durch angepasste Bildungsangebote für alle Generationen und gerechte Allokation der entsprechenden Ressourcen erreichen, auch und besonders hinsichtlich der Digitalisierung unseres Gesundheitswesens. Es ist zu hoffen, dass der NAP hierfür neue Impulse vermittelt.

Literatur beim Verfasser

MARTIN SCHUMACHER, Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem e.V. (afgis), Fenskeweg 2, 30165 Hannover, E-Mail: schumacher@afgis.de, www.afgis.de

ENNO PARK

Die digitalisierten Patient*innen – #Cyborgs

Wenn wir uns ein digitalisiertes Gesundheitssystem vorstellen, denken wir vielleicht an Kliniken voller Computer mit Datenbanken voller Befunde und Untersuchungsberichten. Sie erscheinen per Knopfdruck auf dem Monitor gemeinsam mit den Bildern aus der bereits relativ alten Computertomographie, einem Verfahren, das den Computer und damit die Digitalisierung schon im Namen trägt. Visionär veranlagte Menschen malen sich vielleicht auch den OP-Roboter aus, der schon in naher Zukunft Menschen autonom operieren soll. Und das wird er einst wahrscheinlich schneller und präziser als ein*e menschliche*r Chirurg*in können. Oder wir denken an unsere Hausarztpraxis, wo nichts mehr ohne die PCs geht, die auf dem Tresen der Medizinischen Fachangestellten beziehungsweise auf dem Schreibtisch der Ärzt*innen stehen. Und da denken wir natürlich auch an die elektronische Gesundheitskarte, die immer noch nicht eingeführt wurde. Sie läuft Gefahr, noch für längere Zeit Zukunftsmusik zu bleiben, während die eine oder andere Science-Fiction-Vision längst Einzug in unseren Alltag gehalten hat. Ein weiteres Beispiel sind die Schrittzähler und andere »Quantified Self«-Geräte, mit denen Menschen gerne zeigen, dass sie fit und gesund leben. Sie messen allerlei Körperwerte, verarbeiten sie und veröffentlichen die Daten praktischerweise auch gleich auf Facebook. Angesichts der Digitalisierung fragen wir uns, wo all die Daten gespeichert sind und wer Zugriff drauf hat. Ob auch sicher gestellt ist, dass Arbeitgeber*in oder Krankenver-

sicherung keinen Zugriff auf Daten haben, die sie nichts angehen. Aber zugleich fragen sich einige auch, warum nicht gerade diese medizinischen Daten in einer möglichst großen Datenbank zusammen geführt werden. Dann könnte ihre Auswertung eine viel informiertere, individuellere und gezieltere Behandlung ermöglichen.

Cyborgs sind Alltag

Das sind im Großen und Ganzen die Fragen, an die wir denken, wenn es um die Digitalisierung des Gesundheitswesens geht. Dabei wird eines aber gerne übersehen: Auch die Patient*innen an sich werden technisiert und digitalisiert. Schließlich wandert immer mehr Digitaltechnik in den menschlichen Körper. Herzschrittmacher sind längst keine dummen Taktgeber mehr und können von außen programmiert werden. Insulinpumpen messen selbstständig den Blutzuckerspiegel und schütten entsprechend Hormone aus. Retina-Implantate geben blinden Menschen ein derzeit noch begrenztes Stück Sehfähigkeit zurück. Das Cochlea-Implantat lässt ertaubte Menschen wieder hören. Und moderne Prothesen haben nicht mehr viele Gemeinsamkeiten mit ihren Vorfahren: Dem angeschnallten Hilfsmittel mit Haken dran. Myoelektrische Prothesen sind Roboterhände, die sich per Gedankenkraft von ihrem Träger steuern lassen. Erste Modelle können sogar Feedback geben, sodass Nutzer*innen dieser Prothesen die Gegenstände, die sie damit greifen, auch spüren können – zumindest ansatzweise. Und Beinprothesen verhelfen mit digital gesteuerten Servomotoren längst ihren Träger*innen zu einem flüssigen Gang, denen man die künstliche Gehhilfe gar nicht mehr ansieht. Man kann eigentlich schon von Cyborgs sprechen, von Menschen – von Mischwesen aus Mensch und Maschine. Allerdings haben die Cyborgs der Gegenwart so gar nichts mit den Kampfmaschinen, wie wir sie aus Science-Fiction-Filmen kennen, zu tun.

Implantation als drastische Form der Kundenbindung?

Kaum ein Implantat und kaum eine Prothese kommt ohne digitale Prozessoren aus. Wir haben gute Chancen, dass den meisten von uns im Laufe des Lebens mindestens ein programmierbarer Computer direkt in den Körper eingepflanzt wird. Das bringt neue – für viele Menschen noch schwer vorstellbare Chancen mit sich – kann aber gleichzeitig alle Probleme, die einer Digitalisierung potentiell innewohnen, nochmal auf eine ganz neue Ebene bringen: Wen stört, dass sich auf einem eBook-Reader nur die Bücher eines einzigen Anbieters lesen lassen, wechselt auf ein anderes Modell. Wer hingegen mit dem Funktionsumfang eines Implantates unzufrieden ist, muss sich erneut unters Messer legen lassen – mit allen zugehörigen Kosten und Risiken. Zynisch betrachtet ließe sich Implantation also auch als drastische Methode der Kundenbindung begreifen. Je näher ein Gerät dem Körper kommt, je umfassender es genutzt wird, je wichtiger es für das Leben und Überleben seines*seiner Nutzer*in ist, desto weniger erträglich ist es, wenn die Nutzer*innen nur eingeschränkte Kontrolle darüber haben. Gerade wer programmieren kann, ist enttäuscht, ausgerechnet den einen Computer, der in den eigenen Körper eingepflanzt wurde, nicht programmieren zu dürfen. Das verhindern Hersteller*innen, die ihre Spezifikationen zu Betriebsgeheimnissen machen, und Gesetze, die Medizintechnik streng regulieren.

Das Internet of Medical Things

Andere Branchen haben bereits vor Jahren die Erfahrung gemacht, dass solch ein Vorgehen die Sicherheit nicht erhöht, sondern senkt. Erst da, wo Systeme offen sind und viele Augen einen Blick drauf werfen können, werden auch viele Sicherheitslücken gefunden und können geschlossen werden. Denn die Geschichte der Digitalisierung kann auch als eine Geschichte von Sicherheitslücken und Hacks betrachtet werden. Derzeit häufen sich so viele Meldungen über Exploits und Hackerangriffe beim so genannten »Internet of Things«, dass viele sich fragen, ob sie wirklich intelligente Glühbirnen brauchen und vielleicht doch besser den etwas teureren DSL-Router gekauft hätten.

Doch was, wenn statt eines Windows-PC plötzlich die Insulinpumpe aufhört zu arbeiten und erpresserische Hacker*innen die Überweisung einer großen Summe in Bitcoin verlangen, um sie wieder freizuschalten? Denn durch Implantate und Prothesen werden Menschen zum »Internet of Medical Things«. Natürlich wäre die schlichte Lösung, solche Geräte gar nicht erst mit dem Internet zu verbinden. Aber die Hersteller*innen tun das Gegenteil: Immer mehr Implantate bis hin zum Herzschrittmacher hängen am Netz. Auf diese Weise können sie aus der Ferne gewartet und überwacht werden. Und wenn sie ausfallen, kann das System gleich den*die Notärztin vorbei schicken. Natürlich völlig autonom.

Literatur beim Verfasser

ENNO PARK, Cyborgs e.V., Konrad-Wolf-Straße 88, 13055 Berlin,

Tel.: (01 76) 20 43 87 28, E-Mail: hello@cyborgs.cc, www.cyborgs.cc

STEPHAN DE LA ROSA

#VirtuelleRealitäten: Die Zukunft in der Gesundheitsförderung?

Was sind virtuelle Realitäten (VR)?

Virtuelle Realitäten sind computergenerierte Welten, die man sich mittels zwei kleiner Bildschirme anschaut, die direkt vor die Augen des*der Beobachter*in mit einer speziellen Brille platziert werden. So entsteht ein dreidimensionaler (3D) Eindruck der computergenerierten Welt, wie man ihn von 3D Kinofilmen kennt und der sich über einen relativ großen Teil des Gesichtsfeldes erstreckt. Dies trägt unter anderem dazu bei, dass der*die Beobachter*in sich in diese andere Welt versetzt fühlt. Dieser Eindruck wird noch verstärkt, indem man den*die Beobachter*in zum*zur aktiven Akteur*in macht: Mittels zusätzlicher Technik, wie Bewegungsaufnahmen, kann der*die Beobachter*in sich in der computergenerierten Welt umschauen, umherlaufen oder sogar mit ihr interagieren.

Warum wird VR-Welt real?

Ein Teil der Antwort liegt darin, dass man mit der VR-Welt in einer natürlichen Art und Weise interagieren kann. Dabei ist besonders wichtig, dass die wahrgenommene Veränderungen in der virtuellen Welt in Einklang mit den körperinternen Steuerungssignalen der Körperbewegung sind. Eine realistische Interaktion mit der virtuellen Welt ist ein wichtiger Bestandteil um sich als Teil der virtuellen Welt zu fühlen (Präsenz). Dieses immersive Gefühl entsteht automatisch: Obwohl

man weiß, dass die virtuelle Welt nicht real ist, reagiert man auf die VR-Welt als wäre sie real. Ein schönes Beispiel ist eine schmale Planke, die man auf den Boden legt und dann innerhalb von VR über einen tiefen Abgrund präsentiert. Obwohl die Personen sehen und wissen, dass es in der Realität keinen Abgrund gibt, verhalten sie sich in der VR so, als wäre der Abgrund real und zeigen oftmals Höhenangst. Den Einklang zwischen Veränderungen in der VR und den eigenen Körpersignalen kann man auch dazu nutzen, um die eigene Körperwahrnehmung zu täuschen. Sieht man beispielsweise, dass eine virtuelle Person, die sich an einer ganz anderen Stelle im Raum befindet als man selbst, dasselbe erfährt, was man gerade fühlt, so fühlt man sich zu einem gewissen Grad an die räumlichen Stelle dieser virtuellen Person versetzt. Ein großer Vorteil von VR ist, dass sich die Erfahrungen und das Gelernte in VR auch zu einem gewissen Grad auf das reale Leben übertragen. Ein gutes Beispiel hierfür ist das erfolgreiche Trainieren von Piloten*innen in Flugsimulatoren vor dem ersten Fliegen der eigentlichen Maschine. Man sollte jedoch auch über potenzielle negative Konsequenzen einer solchen Technik nachdenken, die beispielsweise dadurch entstehen können, wenn Personen »realistische« VR-Gewaltspiele spielen.

Welchen Nutzen haben virtuelle Realitäten im Gesundheitsbereich?

Virtuelle Realitäten bieten viele Anwendungsmöglichkeiten, in fast allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. So reichen derzeitige Anwendungen von der Ausbildung und Training in Gesundheitsberufen, über Diagnostik und Behandlung bis hin zur verbesserten Patient*innenversorgung.

» **Ausbildung und Training:** Medizinisches Wissen und neue Behandlungsansätze entwickeln sich sehr rasch. Dies erfordert, dass Personal effizient und vor allem umfassend ausgebildet wird. Virtuelle Realitäten erlauben das aktive Erlernen von Tätigkeiten in einer realitätsnahen Umwelt. Dabei kann der*die Lernende verschiedene Dinge ausprobieren und Fehler machen, ohne dass jemand zu Schaden kommt. Bisherige Lösungen reichen von dem Trainieren von Pflegepersonal in typischen Krankenhaussituationen bis hin zur Handhabung von Operationsrobotern. VR bietet zudem die Visualisierung von dreidimensionalen anatomischen Modellen (zum Beispiel Organen), die zur Planung von Operationen genutzt werden. Zudem kann man mittels VR realitätsnah bei Operationen zuschauen und erlaubt damit einen leichteren Zugang zu medizinischen Wissen.

» **Diagnostik:** In der medizinischen Diagnostik zielen neue VR Anwendungen darauf ab, die Anatomie von Patient*innen (zum Beispiel mittels eines CT-Scans) als 3D Modell sichtbar zu machen (zum Beispiel Spectovive), was bei der Planung von Operationen hilfreich sein kann. Auch bei der Diagnose von psychischen Störungen werden virtuelle Realitäten eingesetzt. Beispielsweise findet VR bei Beurteilung von Aufmerksamkeitsdefiziten unter realitätsnahen Bedingungen Verwendung.

» **Behandlung:** VR findet bei Operationen Anwendung, um die Anatomie von Patient*innen zu erkunden. Des Weiteren wird VR dazu eingesetzt, um das psychische Befinden von wachen Patient*innen während Operationen zu verbessern. Diese können sich mittels VR in andere entspannendere Umwelten begeben. Eine solche positive ablenkende Wirkung von VR, hat sich auch bei der Reduzierung von Schmerzen



gezeigt (zum Beispiel SnowWorld). Eine weitere Verwendung findet VR bei der Behandlung von psychischen Störungen. Vor allem innerhalb von Expositionstherapien (wie zum Beispiel der Behandlung von Angststörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen) wird VR schon eingesetzt. VR erlaubt hier neue Möglichkeiten bei der graduellen Darbietung von Reizen an die sich die Patient*innen gewöhnen sollen. VR hat dabei ähnlich gute Erfolge wie klassische Behandlungsmethoden.

» **Patient*innenversorgung:** VR kann zur Bewältigung von Stress, Schmerz oder unangenehmen Gefühlen nach einer Behandlung eingesetzt werden. Einige Anwendungen erlauben es beispielsweise, dass Kinder virtuell ihr Zuhause vom Krankenhaus aus besuchen können (zum Beispiel VisitU). Aber auch bei der Rehabilitation kann VR hilfreich sein, wenn zum Beispiel Patient*innen ihre motorische Kontrolle nach einem Schlaganfall wiedererlernen. VR bietet eine motivierende Lernumgebung, bei der Patient*innen direkte Rückmeldung während der Ausführung von Bewegungen erhalten können.

Die Zukunft von VR

Obwohl VR schon seit über 30 Jahren entwickelt wird, ist sie mit ihrer aktuellen Renaissance eine relativ neue Technik. Man kann daher davon ausgehen, dass noch nicht alle Potenziale der Technik, zum Beispiel bei der Behandlung von psychischen Störungen, ausgeschöpft sind. Zudem ist wahrscheinlich, dass klassisches VR mit der VR-Brille zukünftig durch transparente Brillen, die virtuelle über realen Objekten darbieten (Augmented Reality – AR) oder reale und virtuelle Welten mischen (Mixed Realities – MR), ergänzt wird. Es bleibt positiv festzuhalten, dass die Kosten von VR-Technik in den letzten Jahren stark gesunken sind. Zudem bietet VR auch bei der Ausbildung große Potenziale, zum Beispiel mittels interaktiven 3D anatomischen Modellen, die Funktionsweisen simulieren und darstellen können. Trotzdem sollte nicht vergessen werden, dass derzeit gute VR noch viel technisches Wissen und weitere Technik erfordert.

Literatur bei dem Verfasser

STEPHAN DE LA ROSA, Max-Planck-Institut für biologische Kybernetik, Spemannstraße 38, 72076 Tübingen, E-Mail: delarosa@tuebingen.mpg.de

JÜRGEN KLIPPERT

Gute Arbeit – Kompetenzen stärken für den digitalen Wandel

Der technologische Optimismus scheint ungebrochen: Intelligente Systeme steuern Prozesse zuverlässig, erledigen stupide und monotone Tätigkeiten und verbessern die Energieeffizienz. In der vernetzten Fabrik erfassen Sensoren laufend Daten, intelligente Software wertet sie aus. Der Mensch übernimmt den kreativen Teil der Tätigkeiten und orchestriert als »Maschinenmanager*in« die Prozesse. Er trifft auf Grundlage der gesammelten Daten die Entscheidungen, Roboter übernehmen schwere und schmutzige Arbeiten. Es bleiben nur noch die »lucky Jobs« mit angenehmen Arbeitsbedingungen, die »lousy Jobs«, die laut, schmutzig und eintönig sind, verschwinden. Technik engt nicht ein, sondern befreit den Menschen, Gesundheitsgefahren verschwinden. Das unterscheidet die aktuelle Technologiedebatte, die unter der Chiffre Industrie 4.0 geführt wird, von früheren. In der Rückschau waren Technisierungs- und Automatisierungswellen von der Vorstellung begleitet, dass Maschinen die Menschen ersetzen und die Arbeit verschwinden könnte.

Digitale Informationsflut

Auch die Digitalisierung hat ihre Schattenseiten. Das zeigt eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS). Dazu wurden Beschäftigte befragt, die vom aktuellen technologischen Wandel betroffen sind. Ein zentrales Ergebnis: Die weitere Digitalisierung wird von der Mehrzahl als Intensivierung von Arbeit erlebt. 65 Prozent der Befragten geben an, dass immer mehr Aufgaben zu erledigen sind. 36 Prozent aller Beschäftigten nannten E-Mail, Handy und Internet als Ursache für eine schwer zu bewältigende Menge an Informationen. Der digitale Wandel wird für eine relevante Zahl der Beschäftigten zu einer Quelle psychischer Belastungen. Dieser Befund wird auch gestützt durch die aktuelle Sonderauswertung »Digitalisierung und Arbeitsintensivierung« des DGB-Index gute Arbeit. Das Potenzial zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, das in den digitalen Technologien steckt, kommt anscheinend – noch – nicht zum Tragen.

Rationalisierung und Leistungsverdichtung?

Ein Siebtel der vom BMAS Befragten erwartet, dass der eigene Arbeitsplatz künftig von einer Maschine übernommen wird. Und für niedrig Qualifizierte wächst die Gefahr, im Verlauf der Digitalisierung abgehängt und zum Anhängsel automatisiert gesteuerter Prozesse zu werden. Hinzu kommt ein Verlust an Zeitsouveränität durch eine einseitig an wirtschaftlichen Interessen orientierte ungebremste betriebliche Flexibilität.

Die Debatte um Arbeiten 4.0 wird genutzt, um betriebswirtschaftliche Ziele über Normen zum Schutz der Gesundheit zu stellen. Arbeitgeber*innen plädieren im Fahrwasser der Digitalisierungsdebatte für die Abschaffung der täglichen Höchstarbeitszeiten oder den vorgeschriebenen Ruhezeiten. Beschäftigte sollen nach diesen Vorstellungen ständig im Stand-By-Modus auf Anfragen des*der Arbeitgeber*s*in oder von Kund*innen gefasst sein. Solche Szenarien für die digitale Arbeitswelt stellen eine Gefahr für die Gesundheit dar. Das alles macht deutlich: Potenziale für gute Arbeit, die in digitalen Technologien angelegt sind, werden sich nicht ohne weiteres Zutun realisieren lassen.

Betriebsrät*innen werden zu Promotor*innen guter Arbeit

Um gesundheitsförderliche Potenziale des digitalen Wandels auszuschöpfen, muss in den Prozess der Arbeitsgestaltung aktiv eingegriffen werden. Vor allem Betriebsrät*innen kommt hier eine große Verantwortung zu. Sie müssen sowohl die Interessen der Beschäftigten artikulieren als auch die Potenziale der Technologien richtig einschätzen können. So können sie zu Promotor*innen guter Arbeit 4.0 werden. An den Ausbildungsgängen »Arbeit und Innovation« der IG Metall nehmen aktuell 53 Betriebe teil, bis Ende 2018 sollen es mehr als 150 werden. Die Teilnehmenden lernen im Rahmen von fünf Seminarmodulen Gestaltungschancen für die Arbeitswelt von morgen zu erkennen, um innovations- und gesundheitsförderliche Potenziale des digitalen Wandels zu erschließen. In Betrieben werden innovative Formen der Arbeitsorganisation, eine humane Mensch-Roboter-Kollaboration oder lebensphasenorientierte Arbeitszeitmodelle erprobt.

Gemeinsam mit der Ruhr-Universität Bochum hat die IG Metall eine Lernfabrik geschaffen, die ein Labor für Gute Arbeit geworden ist. Die Teilnehmenden kooperieren mit Robotern, arbeiten mit Datenbrillen und mit dem 3D-Druck. In dieser Lernfabrik werden betriebliche Prozesse simuliert und in Planspielen vertieft. Dabei stehen digitale Assistenzsysteme im Mittelpunkt, die Informationen liefern und die nächsten Arbeitsschritte anzeigen. Diese Assistenzsysteme sollen Beschäftigte in den Unternehmen in die Lage versetzen, Arbeitsprozesse ganzheitlich zu gestalten: Planen, Vorbereiten, Ausführen und die Qualitätsprüfungen werden als Einheit gesehen und idealerweise von einer Person ausgeführt. Damit soll sichergestellt werden, dass die Menschen nicht zum Anhängsel von Maschinen degradiert werden.

Der digitale Wandel darf nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweg vollzogen werden. Er wird nur dann Erfolg haben, wenn die Beschäftigten in die Gestaltung dieses Wandels einbezogen werden. Wie die aktuelle Beschäftigtenumfrage der IG Metall zeigt, finden es mehr als 93 Prozent der Befragten wichtig, den Weg in die Industrie 4.0 mitzugestalten.

In Zukunft: Gute Arbeit

Die Aktivitäten der IG Metall im Rahmen von »Arbeit und Innovation« sind ein wichtiger Schritt, um neben den wirtschaftlichen auch die gesundheitsförderlichen Potenziale des digitalen Wandels zu erschließen. Die aktiven Gestaltungsansätze für gute Arbeit auf betrieblicher Ebene werden jedoch gefährdet durch betriebswirtschaftlich motivierte Debatten, zum Beispiel über die Abschaffung täglicher Höchstarbeitszeiten und Ruhezeiten oder einseitig an den Interessen der Betriebe ausgerichteten Flexibilisierung der Arbeitszeit.

Im digitalen Wandel gelingt gute Arbeit aber nur, wenn betriebliche Aktivitäten zur Gestaltung der digitalen Transformation auch durch Gesetze zum Schutz der Gesundheit unterstützt werden. Eine weitere Deregulierung im Arbeits- und Gesundheitsschutz würde diese vielversprechenden Ansätze gefährden.

Literatur beim Verfasser

DR. RER. POL. JÜRGEN KLIPPERT, IG Metall Vorstand, Wilhelm-Leuschner-Straße 79, 60329 Frankfurt am Main, E-Mail: arbeit-innovation@igmetall.de, www.igmetall.de/arbeit-innovation



Quelle: Tagungszeichnung des Eröffnungsreferats des Kongresses KlinikManagementPersonal 2017: 10 Thesen #Arbeitswelt 4.0 von Dr. Nanne von Hahn, Director Talent, Development & HR Strategy der Telefónica Germany GmbH & Co. OHG, München, weitere Infos zum Kongress: <http://www.klinikmanagementpersonal.de/2017/home/>
 Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Agentur WOK GmbH



LINDA MUMMER

Die Medien als Verstärker einer Zweiklassen-Gesellschaft zwischen Chia-Samen und Dosen-Ravioli?

Der Teufelskreis von sozialer Ungleichheit und Ernährung

Der medizinische Fortschritt ist unaufhaltsam. Zahlreiche früher unheilbare Krankheiten sind heutzutage behandel- oder gar heilbar. Immer mehr Sorgen bereiten indes Krankheiten, die eng in Zusammenhang mit dem Ernährungsverhalten stehen und das Ergebnis einer Kombination von genetischen Voraussetzungen, Lebensstil und sozialem Umfeld der Menschen sind. Zu den Häufigsten unter ihnen zählen Diabetes mellitus, Fettsucht (Adipositas), Essstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf das Essverhalten sind insbesondere bei Einelternfamilien, Arbeitslosen, Familien mit drei oder mehr Kindern sowie Menschen mit Migrationshintergrund und Kindern bis 15 Jahre sichtbar. Die Übergewichtigkeit der Eltern, das Leben in einem Haushalt mit geringem Einkommen und niedrigem Sozialstatus, sind dabei meist auch wegweisend für schlechtes Ernährungsverhalten der Kinder. Verbunden mit einem geringen Interesse an körperlichen Aktivitäten weisen diese meist auch erhöhte Medienzeiten auf. Das bedeutet mehr inaktive Zeit, die sie mit Fernsehen, Videos oder Beschäftigung am Computer verbringen.

Darstellung von Ernährung in den Medien

Angesichts der Omnipräsenz medialer Angebote, wird den Medien ein großer Einfluss auf das Gesundheits- und hier insbesondere Ernährungsverhalten der Menschen unterstellt. Doch wie werden Themen rund um Ernährung in den Medien überhaupt dargestellt und wahrgenommen? Welche Effekte gehen von ihnen aus?

In den Printmedien wird Ernährung vor allem in Hinblick auf tagesaktuelle Ereignisse in der Lebensmittelbranche sowie -trends thematisiert. Im Fernsehen wird ernährungsbezogenen Inhalten hingegen durch unzählige Kochshows und Formaten wie beispielsweise »Das perfekte Dinner« eine große Bühne gegeben. Essen und Kochen spielen im Fernsehen jedoch nicht nur als Sendungsfokus eine Rolle, sondern werden insbesondere in fiktionalen Unterhaltungsformaten häufig auch als »Nebenbei«-Beschäftigung gezeigt, wobei meist ein ungesunder Ernährungsstil suggeriert wird: Soap-Sternchen treffen sich in einer Bar auf einen oder mehrere Drinks oder treffen sich zu Chips und Softdrinks um ihren Liebeskummer mit sogenanntem »Frustfressen« zu verarbeiten. Zudem ist speziell das Internet ein Mekka für die verschiedensten Interessen und Anliegen der Menschen rund um das Thema Ernährung. Neben unzähligen Websites, Rezeptdatenbanken und Blogs bieten allein Soziale Medien nahezu unbegrenzten Raum für die Darstellung von Ernährung. Interessante Ergebnisse zum Umgang mit ernährungsbezogenen Inhalten auf Facebook brachte eine Studie aus dem Jahr 2014 ans Licht: Die Forscherinnen analysierten, wie die Nutzer*innen ihr Ernährungsverhalten auf Facebook kommunizierten. Etwa 70 Prozent der Beiträge berichten über gesundheitliches Risikoverhalten, wie beispielsweise ungesunde Ernährung. Massenmedien bieten demnach attraktive Plattformen, um neue Ernährungstrends zu platzieren. Allerdings fällt in einkommensschwachen Haushalten die Wahl der Lebensmittel vorrangig auf Produkte, die billig und lagerfähig sind. Produkte gesunder Ernährung sind Luxusartikel und auch medial gehypte Trend-Nahrungsmittel wie beispielsweise Chiasamen spielen für sie in einer unerschwinglichen Preislige.

Negative Effekte auf das Ernährungsverhalten

Seit Jahren stehen Fernseh- und Computernutzung in der Diskussion, einen ungesunden Ernährungsstil der Rezipient*innen zu evozieren und zu fördern. Zum einen verleite das im Fernsehen propagierte Schönheitsideal von schlanken, makellosen Menschen insbesondere junge Frauen zu Essstörungen (Kultivierung). Zum anderen halte die Fernseh- und Computernutzung von sportlichen Aktivitäten ab und gehe mit dem Konsum ungesunder Nahrungsmittel (Softdrinks und Chips) einher (Displacement-These). Allgemein scheinen Fernsehen und Computer eher keinen guten Einfluss auf das Ernährungsverhalten der Rezipient*innen zu nehmen und der schlechte Einfluss der Medien scheint auch vor neueren Formaten kein Halt zu machen: Erst kürzlich musste sich beispielsweise auch der Foto-Online-Dienst Instagram dem Vorwurf des Dickmachens seiner Nutzer*innen stellen.

Nutzung des starken Medieneinflusses

Angesichts des offensichtlich nicht unbeträchtlichen Einflusses der Medien auf das Ernährungsverhalten der Rezipient*innen, wird nach Lösungen gesucht, wie dieser Einfluss auch positiv für das Ernährungsverhalten genutzt werden kann. Allgemeine Gesundheits- und Ratgeberformate haben jedoch keine Chance auf Erfolg. Längst ist bekannt, dass die potenzielle Zielgruppe für diese Botschaften, deren Alltagsbewältigung ohnehin vor allem von Satt-werden-Können, Essen als Mittel gegen Frustration und Langeweile, fehlender persönlicher Zufriedenheit und sozialer Anerkennung bestimmt ist, sich den verbreiteten Ratschlägen und Empfehlungen ver-

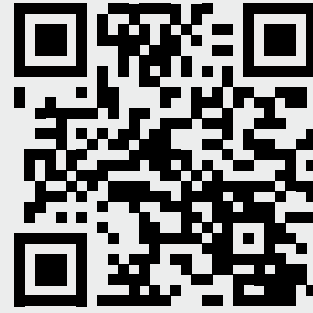
schließt. Der Schlüssel für eine dennoch gehörte gesundheitliche Aufklärung könnte Entertainment Education (EE) sein. Unter EE versteht man, dass gewünschtes, prosoziales Verhalten, als getarnte Botschaft in unterhaltsamen Kontexten die Rezipient*innen erreicht und von ihnen unbewusst adaptiert wird.

Steuern auf ungesunde Nahrung – eine Lösung?

Auf politischer Ebene ist das Missverhältnis zwischen sozialem Status und Essgewohnheiten bekannt, allerdings wurden verbraucherpolitische Maßnahmen bisher nur erdacht, jedoch nicht in die Tat umgesetzt. So stieß der Vorschlag der SPD-Politikerin Elvira Drobinski-Weiß einer Erhöhung des Mehrwertsteuersatzes für zuckerhaltige Lebensmittel von sieben auf die regulären 19 Prozent bisher nicht auf Zustimmung. Einige Nachbarländer sind Deutschland bei diesem Thema bereits einen Schritt voraus: Dänemark hat als erstes Land der Welt bereits 2011 eine Steuer auf Fette in Lebensmitteln eingeführt. In Frankreich gibt es seit 2012 eine »Cola-Steuer« für Getränke, die mit Zucker angereichert sind. Wie erfolgversprechend solche Maßnahmen sind, wird sich jedoch erst in einigen Jahren empirisch belegen lassen.

Literatur bei der Verfasserin

LINDA MUMMER, Universität Erfurt, Seminar für Medien- und Kommunikationswissenschaft, Nordhäuser Straße 63, 99089 Erfurt, E-Mail: linda.mummer@uni-erfurt.de



IMPRESSUM



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

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

Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 50 55 95

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Thomas Altgeld, Sascha Angermann, Sven Brandes, Mareike Claus, Sabine Erven, Sandra Exner, Nina Fleischmann, Dr. Birte Gebhardt, Felix Hopf, Britta Kenter, Jan Kreie, Christina Kruse, Angelika Maasberg, Reza Mazhari, Lena Oeltjen, Lea Oesterle, Tatjana Paeck, Sandra Pape, Susan Radant, Elena Reuschel, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Patrizia Rothofer, Tanja Sädtler, Stephanie Schluck, Sabrina Schöpfel, Martin Schumacher, Ilka Seyfarth, Dr. Ute Sonntag, Janna Stern, Janine Sterner, Nicole Tempel, Kerstin Utermark, Theresa Vanheiden, Marcus Wächter-Raquet, Veronika Warga, Berit Warrelmann, Birgit Wolff

» **Beiträge:** Heiko Bolz, Stephan de la Rosa, Dr. Christoph Dockweiler, Prof. Dr. Nicola Döring, Nina Fleischmann, Sonja Friedhof, Dr. Constanze Kathan-Selck, Dr. Jürgen Klippert, Frank Müller, Linda Mummer, Enno Park, Dr. Felix G. Rebitschek, Elena Reuschel, Prof. Dr. Franz-Josef Röhl, Patrizia Rothofer, Martin Schumacher, Anne Simmenroth, Prof. Dr. Wolfgang Stark, Theresa Vanheiden, Dan Verständig, Wolfgang Wegener, Birgit Wolff

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 96: 06.08.2017

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 Autorin / des Autors wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» **Titelbild:** © Homann Güner Blum

» **Fotos:** © Fotolia.com: Iembergvector, Sebastian Gauert, ra2 studio, Julien Eichinger, peshkova, iconimage, Elnur, niyazz, suriya, monregard, Elnur, Mimi Potter, Denys Rudyi, adam121, Melpomene, Prostock-studio, makistock, rocketclips, sayid, Kzenon

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

Die LVG & AFS zwitschert mit!



Der Mikrobloggingdienst Twitter vervollständigt die bisherigen digitalen und analogen Informationswege der LVG & AFS. Die Tweets – von englisch tweet zwitschern – informieren über Aktivitäten der LVG & AFS, weisen auf Veranstaltungen und Projekte hin, teilen News zu Themen, die die Arbeitsbereiche der LVG & AFS betreffen und tragen zur Vernetzung der Multiplikator*innen bei.

Folgen Sie uns unter @LVGundAFS und diskutieren Sie über die Beiträge dieser Ausgabe unter Verwendung der Hashtags #lvgafs, #digitalhealth und #Digitalisierung.

WOLFGANG STARK

Große Erwartungen – kleine Freuden

Vor 30 Jahren war die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung in mehrfacher Hinsicht eine Offenbarung. Zum einen verstand die dort formulierte schlagkräftige und transparente Definition erstmals Gesundheit als aktives Geschehen und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit: »Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.« Der zweite Satz ist dabei fast noch folgenreicher, weil er das Verständnis von Gesundheit aus dem institutionellen und politischen Ressortdenken herausholt: »Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.«

Mit diesen Formulierungen wurde eine Diskussion initiiert und verstärkt, der in zahlreichen Professionen innerhalb, aber auch außerhalb des Gesundheitsbereichs (Psychologie, Soziologie, Soziale Arbeit – um nur einige zu nennen) mit Begriffen wie ‚Empowerment‘ (Stark 1996), ‚Salutogenese‘ (Antonovsky 1997), ‚Selbstwirksamkeit‘ (Bandura 1977) und ‚capability-approach‘ (Nussbaum/Sen 1993) zu einem neuen professionellen Selbstverständnis führen sollte. Die Wellen, die dieser klug ins Wasser geworfene Stein erzeugte, waren zwar zunächst nur für eine vergleichsweise kleine Gemeinde der Präventionspraktiker*innen und -wissenschaftler*innen sichtbar, erreichten mit den Jahren aber viele weitere und fernere Gestade. Insbesondere Identität und Praxis zahlreicher Gesundheits- und Sozialprofessionen wurden durch die Ottawa-Charta entscheidend beeinflusst.

Gleichzeitig eröffnete die Ottawa Charta mit gesundheitspolitisch klug gewählten, klar definierten und in den 30 Jahren kontinuierlich ausdifferenzierten Handlungsfeldern (‚Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen – Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen – Gesundheitsdienste neu orientieren – Interessen vertreten, vermitteln und befähigen – Persönliche Kompetenzen entwickeln‘) neue Möglichkeiten institutioneller Entwicklungen: flächendeckend, wenn auch nicht vollständig, gelang zum Beispiel in Deutschland eine Neuausrichtung der Öffentlichen Gesundheitsdienste; neue Dienste und Service-Leistungen für Gesundheitsförderung wurden geschaffen, und auch traditionelle Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser oder Ärztenetze änderten ihre Handlungsstrategien.

Insofern eigentlich eine umfassende Erfolgsgeschichte, wenn nicht ...

... aus einem gesellschaftspolitischen Blickwinkel das Konzept der mit der Ottawa-Charta angestoßenen, gesundheitsförderlichen Politik eher als schmückendes (und damit auch die harten Probleme verdeckendes) Beiwerk anzusehen wäre. Letztlich systemrelevant und maßgebend war in den letzten 30 Jahren eine Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswe-

sen, die zwar im medizinisch-technischen Bereich ungeahnte Fortschritte ermöglicht hat, aber die eigentliche Idee der Ottawa-Charta einer ‚gesundheitsfördernde Gesamtpolitik‘ vor diesem Hintergrund scheitern lassen musste.

... ein Großteil der letzten dreißig Jahre darauf verwendet worden wäre, Begriffe wie ‚Gesundheit für alle‘ und ‚Gesundheitsförderung‘ in politische und praktische Felder einzuführen, deren Kernbereiche (zum Beispiel Bauen, Stadtentwicklung, soziale Versorgung) das Thema Gesundheitsförderung zwar gerne als ‚added value‘ sprachlich einbauten. Zu oft jedoch gab man sich damit zufrieden, und die inhärente Logik viele dieser Politikfelder (Effizienz, Gewinnmaximierung, Kontrolle) spulte sich unverdrossen ab. Ein ‚Healthy Cities‘-Statut etwa haben viele Städte offiziell verabschiedet; dessen Einfluss auf die Verkehrspolitik oder Investitionsplanung ist fast überall allenfalls kosmetisch.

... die Professionalisierungsdynamik in der Gesundheitsförderung in vielen Fällen zu einer ‚Befriedungsdynamik‘ geraten wäre. Außerordentlich erfolgreich sind nicht nur neue Abteilungen/Dezernate/Landesvereinigungen/Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung in vielen professionellen Kontexten entstanden und gewachsen. Selbst wenn die eine oder andere Stelle regionalen und lokalen Kürzungskampagnen zum Opfer vielen: insgesamt sind in der betrieblichen und kommunalen Gesundheitsförderung viele Tausend Stellen geschaffen worden; nicht zu sprechen von der wachsenden Zahl freiberuflicher Berater*innen oder Beratungsunternehmen für alle Lebensbereiche. Die Energie, die in diese vielen und in großer Zahl sicherlich sinnvollen Tätigkeiten und Projekte geht, fehlt den Bemühungen um eine ‚gesundheitsfördernde Gesamtpolitik‘ nicht nur, sie behindert sie teilweise sogar.

Wie weiter?

Vor diesem Hintergrund ist es umso sinnvoller, die bei der 2016 Shanghai Conference for Health Promotion verabschiedeten und von Ilona Kickbusch und Donald Nutbeam (2017) als ‚Wendepunkt‘ bezeichneten Schritte konsequent zu vollziehen: die in der Ottawa Charta genannten zentralen Punkte für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik mit den von der UN-Vollversammlung verabschiedeten 17 Sustainability Development Goals (SDG) zu verbinden, daraus den Entwurf einer gesamtpolitischen Strategie zu entwickeln, und auf dieser Basis Interessen vertreten, befähigen und ermöglichen, und vermitteln und vernetzen. Das 2016 Curitiba-Statement der IUHPE zu ‚Health Promotion, Equity and Democracy‘ geht in eine ähnliche Richtung. Bleibt jedoch die Frage, mit welchen globalen Initiativen im finanz- und wirtschaftspolitischen Raum starke Verbindungen eingegangen werden können.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. WOLFGANG STARK, Universität Duisburg-Essen, Strascheg Center for Entrepreneurship München und Steinbeis Center for Innovation and Sustainable Leadership, E-Mail: wolfgang.stark@stw.de



ELENA REUSCHEL, PATRIZIA ROTHOFER

Ausschreibung des 7. Niedersächsischen Gesundheitspreises

Die Ausschreibung des Niedersächsischen Gesundheitspreises geht in die siebte Runde. Auch in diesem Jahr schreiben das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, das Niedersächsische Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die Apothekerkammer Niedersachsen sowie die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen gemeinsam den Niedersächsischen Gesundheitspreis aus. Die bisherigen Ausschreibungen verdeutlichen, dass bereits sehr viele Projekte umgesetzt werden, die das Ziel verfolgen die Gesundheitsförderung und -versorgung in Niedersachsen zu stärken. Insgesamt wurden in den letzten sechs Ausschreibungen 373 Projekte beworben und 27 Projekte mit dem Gesundheitspreis prämiert. In diesem Jahr werden in folgenden Preiskategorien innovative Ansätze gesucht:

1 Durchs Netz gefallen und regional aufgefangen

Langzeitarbeitslose, Wohnungslose, Menschen mit geringem Einkommen und niedriger Bildung leben oftmals in prekären Verhältnissen. Sie sind häufiger von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Krankheiten betroffen und weisen ein überdurchschnittliches Sterblichkeitsrisiko auf. Es ergeben sich ein abweichendes Vorsorgeverhalten sowie ein begrenzter Zugang zur medizinischen Versorgung dieser Personengruppen – mit der Gefahr, durch das Netz der Gesundheitsversorgung zu fallen. Diese Menschen gilt es in ihrem Lebensumfeld abzuholen. Preiswürdig sind innovative Projekte, die im Sinne einer bedürfnisgerechten Gestaltung in der Region durchgeführt werden. Besondere Beachtung soll deshalb eine koordinierte sowie wohnortnahe Gesundheitsförderung und -versorgung finden.

2 Hilfen bündeln am Lebensende

In den letzten Jahren ist die Hospiz- und Palliativversorgung verstärkt in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung gerückt. Im Mittelpunkt der ambulanten und stationären Maßnahmen steht die Begleitung Schwerstkranker und Sterbender, ob jung oder alt. Es gilt, Leiden mittels gezielter Schmerzbehandlung,

ganzheitlicher Pflege und intensiver Zuwendung zu lindern und so die Lebensqualität der Betroffenen und Angehörigen zu erhalten und zu verbessern. Dies gelingt, wenn Ärzt*innen, Pflegekräfte, Ehrenamtliche sowie weitere Akteur*innen des Gesundheitswesens interdisziplinär und gut strukturiert zusammenarbeiten. Ausgezeichnet werden Ansätze, die diesen Anforderungen in besonderer Weise gerecht werden.

3 Mobile Anwendungen – mHealth in der gesundheitlichen Versorgung

Das Gesundheitswesen wird immer mobiler, schneller und flexibler. Apps und Tablets, Patient*innenüberwachungsgeräte oder Wearables verändern den Gesundheitsmarkt bedeutend. Mobile Anwendungen sind dabei keineswegs nur technische Spielereien. Vielmehr bieten sie das Potenzial, die Versorgung im Gesundheitswesen zu verbessern. Die Zusammenarbeit zwischen medizinischem und pflegerischem Fachpersonal sowie den Patient*innen wird gestärkt. Die Versorgung von Menschen in ländlich geprägten Regionen kann verbessert werden. Dabei sollte die Nutzung für den Einzelnen*die Einzelne einfach und sicher sein. Prämiert werden originelle Ansätze, welche diese Herausforderungen aufgreifen und einen Mehrwert für die Patient*innen sowie Nutzer*innen von mHealth-Technologien im Prozess der medizinischen und pflegerischen Versorgung darstellen.

Allgemeine Informationen

Bis zum 28. Juli 2017 sind alle Verbände, Institutionen, Initiativen, Unternehmen, Einzelpersonen und Fachleute aus den Bereichen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung sowie aus dem Bereich eHealth eingeladen, sich online unter www.gesundheitspreis-niedersachsen.de zu bewerben. Das Preisgeld beträgt insgesamt 15.000 Euro und wird zu jeweils 5.000 Euro auf die drei Kategorien aufgeteilt. Eine fachkundige Jury ermittelt pro Preiskategorie das beste Projekt. Die Preisverleihung findet am 28. November 2017 im Alten Rathaus in Hannover statt.

Anschriften siehe Impressum

HEIKO BOLZ

Digitale Anwendungen in der Gesundheitsversorgung Eine Studie über die Wahrnehmung des Patient*innenalltags

Viele Patient*innen haben das Gefühl, gut versorgt und aufgehoben zu sein. Doch bei der Mehrheit herrscht der Eindruck vor, immer mehr an Geld und Zeit zu investieren und immer weniger an Leistungen und vor allem an Aufmerksamkeit zu erhalten.

Wachsende Offenheit für digitale Angebote

Die forsa-Studie »Digitalisierung der Gesundheitsversorgung aus Patientensicht« im Auftrag der Verbraucherzentrale Bundesverband 10/2016 zeichnet ein differenziertes Bild der Bedürfnisse, Erwartungen und Hoffnungen sowie Skepsis und Befürchtungen gegenüber E-Health beziehungsweise der



Digitalisierung der Gesundheitsversorgung. Viele Befürworter*innen wollen ihre positiven Erfahrungen, die sie mit der Digitalisierung im privaten Bereich und als Verbraucher*in gemacht haben, auch auf den medizinischen Alltag übertragen. Die Mehrheit der Befragten (in etwa 3/4) begrüßt die Digitalisierung, erwartet oder fordert sie sogar ein. Ein Teil der aktuellen Ablehner*innen kann sich die konkrete Anwendung von elektronischen Versorgungsangeboten noch nicht vorstellen. Es ist aber davon auszugehen, dass sich die Gruppe der Ablehner*innen weiter verringert, wenn die Informationslücken zur Wirkweise, konkreten Anwendung und zum Nutzen durch Aufklärung geschlossen werden. Die übergeordneten Vorteile von E-Health sehen die Befragten heute bereits in einem geringeren Zeitaufwand bei einfachen Krankheiten und in einer positiven Beschleunigung hinsichtlich Reaktionszeit, Hilfe, Information und Erreichbarkeit. Dies könnte zu einem Zeit- und Komfortgewinn sowie zu mehr und effektiveren Gesprächszeiten zwischen Patient*in und Fachkräften des Gesundheitswesens führen. Weiter könnte E-Health zu einem Zugewinn an Wissen durch Zugänge zu differenzierteren, vielfältigeren und besseren Informationen führen und damit zur Stärkung der Rolle der Patient*innen beitragen. Außerdem kann eine elektronische Unterstützung zu einem sicheren und besseren Umgang mit der eigenen Krankheit durch omnipräsente Daten sorgen, die für Transparenz und Kontrolle sorgen. Durch die verbesserte Datenlage könnten Ärzt*innen vernetzter, differenzierter, ganzheitlicher diagnostizieren und damit besser behandeln.

Das Dilemma der Patient*innen-(Daten)-Autonomie

Patient*innen-(Daten)-Autonomie ist aus Sicht der Befragten ein großes Ideal und Ziel, denn es gibt ihnen das Gefühl von Selbstbestimmtheit, Unabhängigkeit, Transparenz und Unterstützung für eine bessere Behandlung. Aber demgegenüber stehen die Zweifel am Datenschutz, denn Daten werden gehackt, gestohlen, missbraucht, gelöscht oder Einträge sind falsch. Das Beispiel der elektronischen Patient*innenakte zeigt den Zuspruch für die Digitalisierung der Versorgungsangebote und die Patient*innenautonomie. Die Vorteile beziehungsweise Hoffnungen der elektronischen Patient*innenakte sind aus Sicht der Befragten: Der geringere Verwaltungsauf-

wand für alle Beteiligten, die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen, umfassende Daten sorgen für eine tiefere, differenziertere und ganzheitlichere Diagnose und Behandlung, Daten können überall abgerufen werden (zum Beispiel in Notfällen), Daten gehen nicht verloren, keine fehlerhafte Übermittlung durch Patient*innen, Langzeitentwicklungen können beobachtet werden. Aber es gibt auch Befürchtungen rund um die elektronischen Patient*innenakte: Zweifel, Unsicherheit und Verbesserungsbedarf an der Datensicherheit (Datendiebstahl, Datenverlust und Datenmissbrauch), gläserne Patient*innen (totale Transparenz), Zweifel an der Patient*innen-Daten-Autonomie (Daten können nicht gelöscht werden, Daten sind nicht einsehbar, Daten verselbständigen sich), ersetzt das persönliche Gespräch zwischen Fachkräften des Gesundheitswesens und Patient*in, zusätzliche Informationsflut für alle Beteiligten (Überforderung durch Menge, Komplexität und Unübersichtlichkeit), besorgte Rückfragen durch Patient*innen, keine unvoreingenommene Zweitmeinung möglich (Konditionierung der Ärzt*innen durch die Akte).

Vision »E-Health in Deutschland 2030«

Bei der von den Patient*innen entworfenen Zukunft des Gesundheitssystems sehen sie sich in folgender Rolle: In dieser Zukunftsvision von »E-Health in Deutschland 2030« sind die Patient*innen ihre eigenen Gesundheitsmanager*innen, ausgestattet mit aktuellen, umfassenden und kontinuierlich fließenden Informationen für Entscheidungen und die Ärzteschaft berät patientenorientiert und kompetent.

Konsequenzen aus der Studie

Die Patient*innen erwarten E-Health, wünschen sich Patient*innen-Daten-Autonomie, sind aber unsicher, möchten wissen was mit den Daten passiert, möchten einbezogen und gefragt werden und können sehr differenziert urteilen und mitgestalten. In Zukunft sollten die Rahmenbedingungen und Infrastruktur auf technischer, gesetzlicher und informationeller Ebene geschaffen beziehungsweise verbessert werden. Hier können differenzierte, konkrete, seriöse und unabhängige Aufklärung und Partizipation der Patient*innen einen wichtigen Beitrag leisten, um das Ziel zu erreichen.

Literatur beim Verfasser

DIPL.-PSYCH. HEIKO BOLZ, BOLZ CONSUMER INSIGHT, Qualitative Marketingforschung & Strategische Planung, Auguste-Viktoria-Straße 3, 61231 Bad Nauheim, Tel.: (0 60 32) 9 28 18 04, E-Mail: h.bolz@bolz-consumer-insight.de, www.bolz-consumer-insight.de

SONJA FRIEDHOF

Partizipation von Nutzer*innen in Forschungsprozessen zur Entwicklung technischer Assistenzsysteme

Partizipative Forschungsprozesse verfolgen das Ziel, potenzielle Nutzer*innen an der Entwicklung und Ausgestaltung von Technik einzubinden, damit diese die Bedürfnisse der Nutzer*innen berücksichtigt. In dem Projekt »KogniHome – die mitdenkende Wohnung« werden Technologien entwickelt, von denen Menschen mit und ohne Beeinträchtigung profitieren sollen. Dazu wurde in dem Projekt ein partizipativer Ansatz konzipiert.



Wie wird partizipative Forschung in dem Projekt »KogniHome« umgesetzt?

In dem Projekt »KogniHome« werden intelligente und vernetzte technische Systeme für das Wohnumfeld entwickelt und exemplarisch für die Bereiche Küche, Eingangsbereich und Gesundheitstraining umgesetzt. Insgesamt sind 14 Partner*innen aus Forschung, Industrie und Dienstleistung beteiligt. Da die Technologien von einem vielfältigen Personenkreis mit heterogenen Bedürfnissen bedient werden sollen, folgen die Systeme dem Universal Design. Ein partizipativer Forschungsansatz ist damit für das Vorhaben von zentraler Bedeutung.

Zur Umsetzung dieses Forschungsansatzes wird eine Musterwohneinheit eingerichtet, in der die Technologien eingebaut und von potenziellen Nutzer*innen getestet werden können. Forscher*innen erhalten somit ein Feedback zu Funktionalitäten, Handhabbarkeit und Design. Zum anderen ist bei den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel das PIKSL Labor Bielefeld entstanden, das als offener inklusiver Treffpunkt Menschen mit und ohne Behinderung Zugang zu und Unterstützung bei der Nutzung von aktuellen Informations- und Kommunikationsmedien bietet sowie unter anderem Kurse zu Computern und Tablets anbietet. Nutzer*innen des Labors können hier zunächst Kompetenzen im Umgang mit digitalen Medien erwerben. Aufgrund von unterschiedlichen Beeinträchtigungen sind viele Nutzer*innen gewohnt, im Alltag auf Barrieren zu stoßen. Dadurch verfügen sie über Kompetenzen im Aufzeigen solcher Barrieren und leisten einen Beitrag zur Reduzierung von Komplexität und zur Umsetzung des Universal Design. Beim Universal Design (oft auch: Design for All) geht es darum, dass Produkte/Technik/Umgebungen so gestaltet sind, dass Menschen mit unterschiedlichen Bedürfnissen diese nutzen können, ohne Anpassungen vornehmen zu müssen. Neben wirtschaftlichen Vorteilen erhofft man sich durch ein Universal Design auch, die Stigmatisierung einzelner Gruppen zu vermeiden, indem diese nicht auf »Sonderlösungen« (zum Beispiel Hilfsmittel) angewiesen sind. Bei der Organisation und Begleitung solcher Studien werden Projektpartner*innen von dem PIKSL Labor unterstützt, was bedeutet, dass sie bei der Gestaltung zielgruppenadäquater Messinstrumente und Methoden (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) von Mitarbeitern*innen des Labors beraten werden. Ebenso unterstützen die Mitarbeiter*innen bei der Entwicklung von Informationsmaterialien und Einverständniserklärungen in Leichter Sprache.

Welche Erfahrungen wurden bisher gemacht?

Die Erfahrungen aus dem Projekt KogniHome zeigen, dass es zunächst der Bereitschaft auf Seiten von Forscher*innen bedarf, sich auf unterschiedliche Zielgruppen einzulassen und bei Bedarf die Lebenswelt der Menschen kennen zu lernen (zum Beispiel durch Hospitationen). Bei den Studienteilnehmern*innen bedarf es Verständnis darüber, dass es bei der Studienteilnahme nicht um die Umsetzung individueller Wünsche an eine Technologie geht, sondern um eine insgesamt sinnvolle Lösung. Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass es zwischen verschiedenen Studien in einem Projekt Phasen gibt, in denen scheinbar nichts passiert, während derer jedoch Entwickler*innen ein System technisch weiter entwickeln. Diese Punkte machen deutlich, dass der Kommunikation und dem Verstehen verschiedener Lebenswelten eine hohe Bedeutung zukommt. So muss in solch interdisziplinären Projekten zunächst eine gemeinsame Sprache der Projektbeteiligten gefunden werden. Mitarbeiter*innen aus dem PIKSL Labor kommt damit eine Vermittlerrolle zu. Sie kennen die Lebenswelt der Studienteilnehmer*innen und können beispielsweise einschätzen, ob jemand bei der Studienteilnahme überfordert wird, aber auch die Herausforderungen und Erfordernisse von Forschern*innen werden im Blick behalten. Finden diese Punkte Berücksichtigung, so können sowohl Forscher*innen als auch potenzielle Nutzer*innen von einem solchen partizipativen Ansatz profitieren.

Literatur bei der Verfasserin

SONJA FRIEDHOF, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel,
Projekt »KogniHome«, Königsweg 1, 33617 Bielefeld,
E-Mail: sonja.friedhof@bethel.de, www.kognihome.de

MARTIN SCHUMACHER, WOLFGANG WEGENER

Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung in der Gesundheitsversorgung

Barrierefreiheit im Gesundheitswesen gewinnt vor dem Hintergrund des seit 2017 in Kraft tretenden Bundesteilhabegesetzes zunehmend an Relevanz. Mittlerweile stehen eine Reihe von Handlungsempfehlungen und -hilfen zur Verfügung, beispielsweise im Projekt Barrierefreie Arztpraxen des Sozialverbands Deutschland und des Bundeskompetenzzentrums Barrierefreiheit (www.aerzte-ohne-barrieren.de). Im Vordergrund solcher Arbeitshilfen zur Herstellung von Barrierefreiheit stehen zumeist bauliche beziehungsweise technische Aspekte. Mit einer neu veröffentlichten Kurzbroschüre zum Thema Gesundheitskommunikation mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung steht nun auch eine Arbeitshilfe zur Verfügung, die Fachkräfte des Gesundheitswesens hinsichtlich der Barrierefreiheit in der Versorgung von Menschen mit psychischer Behinderung unterstützen möchte.

Wahrnehmung und Informationsverarbeitung

Eine Autismus-Spektrum-Störung sieht man einem Menschen auf den ersten Blick oft nicht an. Betroffene können hoch wirksame Kompensationen in ihrem Verhalten und ihrer Kommunikation entwickelt haben, die für den Alltag zweckdienlich sind, aber für eine medizinische Versorgung hinderlich sein können. Durch eine ursächlich zugrunde liegende Normab-

weichung im Bereich Wahrnehmung und Informationsverarbeitung erleben Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung ihren Körper, soziale Anforderungen und Problemstellungen anders als nicht-autistische Menschen. Die Barrieren, die sich daraus für eine Versorgung ergeben, sind von außen nicht zu erkennen und lassen sich nicht mit Barrieren wie zum Beispiel für Rollstuhlfahrer*innen, Blinde oder Gehörlose vergleichen.

Adäquate Gesundheitskommunikation und -versorgung

Die Anforderungen an eine erfolgreiche medizinische Versorgung von Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung sind sehr individuell. In einer Grundinformation für Ärzt*innen und medizinisches Fachpersonal stehen nun in kompakter Form Informationen zu den Themenbereichen Wahrnehmung und Verarbeitung, Kommunikation und Sprache sowie Verhalten und Handlungsstruktur zur Verfügung. Die Broschüre wurde im Rahmen der interdisziplinären Fachtagung »Autismus und medizinische Versorgung – (k)ein Problem?!« entwickelt, welche im September 2016 in Kooperation mit der Ärztekammer Niedersachsen stattfand. Herausgeberin ist die LVG & AFS in Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft Autismus Niedersachsen und einzigartig-eigenartig e. V. Die Broschüre kann im Bereich »Medien« auf der Website www.gesundheit-nds.de heruntergeladen oder als Printexemplar bei der LVG & AFS kostenfrei bestellt werden.

Literatur bei den Verfassern

MARTIN SCHUMACHER (siehe Impressum)

WOLFGANG WEGENER, www.woweg.de, www.autismus-niedersachsen.de

Gemeinsame Stelle der GKV

Die soziale Lage von Menschen hat nachweislich Einfluss auf ihre Gesundheit und ihre Lebenserwartung. Ein gesundes Leben hängt jedoch nicht nur von Lebensstil und Verhaltensweisen eines Menschen ab, sondern auch von den Rahmenbedingungen, denen diese alltäglich ausgesetzt sind. Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten haben zum Ziel, diese Bedingungen und Strukturen gesundheitsförderlich zu gestalten und Menschen zu befähigen, ein gesundes Leben in ihrem täglichen Umfeld zu führen. Zur Umsetzung des Präventionsgesetzes haben sich die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in Niedersachsen geeinigt, künftig gemeinsam Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention für sozial benachteiligte Gruppen in kommunalen Lebenswelten zu unterstützen. Dafür haben sie die »Gemeinsame Stelle der GKV« eingerichtet: eine zentrale Stelle, über die Lebensweltverantwortliche Förderanträge stellen können. Die erste Antragsfrist endet am 31. August 2017. Die Förderentscheidungen werden gemeinsam von den Krankenkassen getroffen und auch die Finanzierung erfolgt gemeinschaftlich.

Ausführliche Informationen und Kontaktdaten finden Sie auf der Website: www.gemeinsame-stelle-gkv-nds.de

Kommunales



FRANK MÜLLER, ANNE SIMMENROTH

Projektbeginn DICTUM Friedland: Können digitale Kommunikationshilfen gegenseitiges Verstehen verbessern?

Sich in Behandlungssituationen bezüglich seiner eigenen Belange verständigen zu können, ist Voraussetzung für eine adäquate medizinische Behandlung. Doch gerade dies ist bei nicht-deutsch sprechenden Patient*innen und ihren Behandler*innen häufig nicht der Fall: Dolmetscher*innen können in solchen Situation helfen, sind aber gerade im hausärztlichen Bereich bei spontanen Konsultationen fast nie verfügbar – unabhängig von der meist nicht geklärten Kostenübernahme. Diagnose- und Indikationsstellungen und die Einleitung von (medikamentösen) Therapien können zu einer unsicheren Gratwanderung für Hausarzt*innen und deren Patient*innen werden.

Übersetzungssoftware als Kommunikationshilfe im Wartezimmer

Das Projekt DICTUM will mit einer multilingualen Übersetzungssoftware Ärzt*innen und Patient*innen bei der hausärztlichen Konsultation unterstützen. Dabei bekommen Patient*innen im Wartezimmer einen Tablet-PC ausgehändigt, der sie strukturiert über ihre Symptome und anderen Anliegen befragt. Dabei werden auch persönliche Einschätzungen der Patient*innen abgefragt, sodass zum Beispiel Sorgen oder Befürchtungen und individuelle Krankheitskonzepte ausgedrückt werden können. Am Ende bekommt der*die Ärzt*in eine Zusammenfassung der Angaben ausgedruckt – auch ein mehrsprachiger Ausdruck für den*die Patient*in ist möglich, so dass sie*er in der Konsultation auf bestimmte Dinge hinweisen kann. Fragen und Antwortmöglichkeiten der Abfrage werden Patient*innen durchgängig video- und audiobasiert dargeboten, sodass auch schriftunkundige Patient*innen (funktionelle Analphabet*innen) die Kommunikationshilfe verwenden können. Zudem können durch audiobasierte Sprachwiedergaben Dialektformen abgedeckt werden, für die es kein schriftsprachliches Äquivalent gibt. Die Kommunikationshilfe ist dabei kultursensibel (etwa in der Beschreibung der Symptome) gestaltet, und ermöglicht auch eine kulturelle

Übersetzungsleistung mit Erläuterungen für die behandelnden Ärzt*innen. Die Kommunikationshilfe unterstützt Arabisch (Modern Standard Arabic und vier wesentliche arabische Dialekte), Farsi, Paschtu, Türkisch und drei kurdische Sprachen (Kurmandschi, Sorani, Zaza) und deckt damit ein Großteil des nicht-deutschsprechenden Patient*innenkollektives ab. Bei Bedarf sollen während des Projekts weitere Sprachen ergänzt werden. Es soll zudem kommunikative Rückkanäle für die behandelnden Ärzt*innen angeboten werden, sodass gerade in den sensiblen Bereich Medikamenteneinnahme und Terminvergabe das Verstehen für die Patient*innen erleichtert wird. Die Kommunikationshilfe kann dabei weder Diagnosen stellen, noch soll sie Dolmetscher*innen oder gar Ärzt*innen ersetzen: sie ist vielmehr für Situationen gedacht, in denen eine Dolmetscherversorgung schwer zu gewährleisten ist (spontane Vorstellungen, ländliche Räume, Notfälle) oder sich Patient*innen (allein) vorstellen, die außer ihrer Muttersprache keinerlei weitere Sprachkenntnisse haben.

Erprobung in Friedland

Die Kommunikationshilfe soll während der zweijährigen Projektlaufzeit zunächst in der allgemeinmedizinischen Sprechstunde im Grenzdurchgangslager Friedland erprobt werden. Durch umfangreiche Begleitforschung möchten wir herausfinden, ob sich das gegenseitige Verstehen verbessert – und dadurch Rekonsultationen, die häufig aufgrund von Missverständnissen auftreten, seltener werden. Die in Friedland in der Praxis getätigten Erfahrungen sollen dabei ebenfalls in inhaltliche und technische Verbesserungen umgesetzt werden. Im letzten Projektjahr soll die Kommunikationshilfe fünf allgemeinmedizinischen Praxen der Region zur Verfügung gestellt werden. Das Projekt wird gemeinsam getragen vom Institut für Allgemeinmedizin, der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen, den Maltesern in der Diözese und dem Softwareentwicklungsteam aidminutes. Finanziert wird das Projekt vom Land Niedersachsen (Förderrichtlinie Gesundheitsregionen), der Europäischen Union und der Robert-Bosch-Stiftung.

Literatur bei den Verfasser*innen

FRANK MÜLLER, ANNE SIMMENROTHM, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, Tel.: (05 51) 392 26 38, E-Mail: frank.mueller@med.uni-goettingen.de, www.dictum-friedland.de

CONSTANCE KATHAN-SELCK

Telemedizin in Niedersachsen: Pionierarbeit am Klinikum Oldenburg

Im Juni 2015 beschlossen die Gesundheitsminister*innen der Länder bei ihrer Jahrestagung in Bad Dürkheim, dass Telemedizin Teil der Regelversorgung werden soll. Dahinter steht das Ziel, die medizinische Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen Deutschlands zu stärken und beispielsweise chronisch Kranke besser zu versorgen. Seitdem wird viel über Telemedizin gesprochen. Umgesetzt und konsequent angewandt wird sie jedoch bisher kaum. Das Klinikum Oldenburg hat im März 2015, also bereits vor dem Beschluss der Minister*innen, eines der ersten Telemedizin-Zentren des Lan-



des in Betrieb genommen und leistet seitdem Pionierarbeit. Diese Initiative und Vorreiterrolle wurden anerkannt und ausgezeichnet, unter anderem mit dem Niedersächsischen Gesundheitspreis 2015 in der Preiskategorie eHealth-Lösungen zur Vernetzung in der Gesundheitsversorgung.

Das Projekt

In einem Pilotprojekt (WINDEAcare) wurde der Fokus auf Personen gelegt, die auf Offshore-Windplattformen tätig sind und dort erkranken oder einen Unfall erleiden. Diese Patient*innen haben keinen direkten Zugang zu ärztlicher Versorgung, und bis ein*e Notarzt*ärztin vor Ort ist vergeht oft wertvolle Zeit. Diese Versorgungslücke konnte dank Telemedizin geschlossen werden. Fachärzte*innen im Klinikum Oldenburg beurteilen ohne zeitliche Verzögerung die klinische Situation von Patient*innen, stellen Diagnosen, treffen weiterführende therapeutische Entscheidungen und leiten Ersthelfer*innen oder Notfallsanitäter*innen an. Über eine spezielle Software und ein kleines High-Tech-Endgerät, das sich vor Ort auf der Plattform befindet, tritt der*die Arzt*Ärztin direkt mit dem*der Patient*in und Ersthelfer*in in Kontakt. Das Endgerät kommuniziert über alle technisch zur Verfügung stehenden Kanäle, bietet hochauflösende Audio- und Videokommunikation, und ist in der Lage, Vitaldaten zu erheben und live in das Telemedizin-Zentrum zu senden. Die Parameter kann der*die Arzt*Ärztin im Klinikum ferngesteuert ändern. Damit wird eine Konsultation ermöglicht, die die bisherige Qualität der räumlichen Überbrückung (zumeist das Telefon) deutlich übertrifft.

Weitere Anwendungsgebiete

Die Anwendungsmöglichkeiten dieses Ansatzes sind breit. Analog zum dargestellten Modell betrifft dies auch die Versorgung von Patient*innen in ländlichen Regionen, fachärztliche Konsile, die spezialärztliche Versorgung bestimmter Patient*innengruppen zuhause oder die medizinische Betreuung von Expeditionen. Gerade die Übertragbarkeit auf vielfältige Patient*innengruppen macht diesen Ansatz so interessant. Die rein technischen Voraussetzungen für eine Umsetzung in diesen Einsatzgebieten sind gegeben und vergleichsweise einfach zu bewerkstelligen. Dennoch ist die Ausweitung »an Land« nicht ohne weiteres möglich, denn die rechtlichen und gesellschaftlichen Grenzen sind hier sehr viel enger ge-

steckt als im Offshore-Bereich. Auch die Abrechenbarkeit der medizinischen Leistungen ist noch in keiner Weise geregelt. Die Anerkennung der Pionierarbeit des Klinikums hat zu einer erhöhten Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit geführt, die unter anderen auch Vertreter*innen der Politik und Interessensverbände auf das Projekt aufmerksam gemacht hat. Tatsächlich zeichnet sich ab, dass in Niedersachsen aktuell vermehrt Telemedizin-Projekte konzipiert werden.

Fazit

Am Klinikum Oldenburg wird täglich gezeigt, dass Telemedizin funktioniert. Sie ist sinnvoll, um fachärztliche Kompetenz an Orte zu bringen, an denen sie nicht in ausreichendem Maß verfügbar ist. Darüber hinaus zeigt sich, dass Telemedizin technisch einwandfrei funktioniert und sowohl von Patient*innen als auch von den behandelnden Ärzt*innen angenommen wird. Selbstverständlich kann (und will) Telemedizin nicht den*die Arzt*Ärztin vor Ort ersetzen. Sie kann jedoch eine wertvolle und ressourceneffiziente Ergänzung zum bestehenden Versorgungsangebot sein.

Literatur bei der Verfasserin

DR. CONTANZE KATHAN-SELCK, Klinikum Oldenburg AöR,
Rahel-Straus-Straße 10, 26133 Oldenburg, Tel.: (04 41) 403 30 58,
E-Mail: kathan-selck.constanze@klinikum-oldenburg.de

BIRGIT WOLFF

FIDEM Niedersachsen – Ergebnisse nach 6 Modelljahren

Aufgrund einer fortschreitenden Lewy-Body-Demenz entwickelt Herr P. einen starken Bewegungsdrang und Unruhezustände. Die Betreuung durch die Ehefrau wird zunehmend zeitintensiver und schwieriger. Die betreuende Hausärztin arbeitet im regionalen Netzwerk FIDEM – Frühe Informationen und Hilfen bei Demenz. Sie vermittelt das Ehepaar zunächst in die Pflegeberatung ihrer Pflegekasse. Dort wird die gesamte Versorgungssituation in den Blick genommen, umfassend informiert und mögliche Hilfen ausgelotet. Frau und Herr P. entscheiden sich für ein Angebot zur Unterstützung in ihrem Alltag. Seitdem erhält der Ehemann regelmäßige Besuche durch einen Ehrenamtlichen, der mit ihm ausgedehnt spazieren geht. Außerdem erhält er eine Verordnung demenzspezifischer Ergotherapie, die seine Orientierungsfähigkeit im direkten Umfeld gezielt stärken soll.

Gelingende intersektorale Vernetzung

Was wie ein selbstverständliches Vorgehen am Beispiel des Patienten Herrn P. aussieht, ist das Ergebnis von Modellvorhaben intersektoraler Vernetzung und stellt an die Praxis eine Reihe von Anforderungen. Voraussetzung für den Erfolg im FIDEM Netzwerk sind die Sensibilisierung in den Arztpraxen, das gegenseitige persönliche Kennenlernen der Hausärzt*innen und der Akteur*innen nichtärztlichen Unterstützungsangebote und der Einsatz eines strukturierten Verfahrens zur Vermittlung der Patient*innen. Dazu werden in den FIDEM Regionen Ärzt*innen und Medizinische Fachangestellte

(MFA) fortgebildet, Netzwerke mit (Pflege)Beratung, Selbsthilfe, demenzspezifischer Ergotherapie und Angeboten zur Unterstützung im Alltag gegründet und dort der Vermittlungsweg eingeführt. Zum Gelingen dieser intersektoralen Vernetzung hat auch maßgeblich die regionale Koordination durch Mitarbeitende in den Senioren- und Pflegestützpunkten Niedersachsen (SPN) beigetragen. Die Gesamtkoordination wurde von der LVG & AFS in Kooperation mit ambet e. V., Braunschweig und der Hochschule Osnabrück wahrgenommen.

Ergebnisse der 2. Modellphase

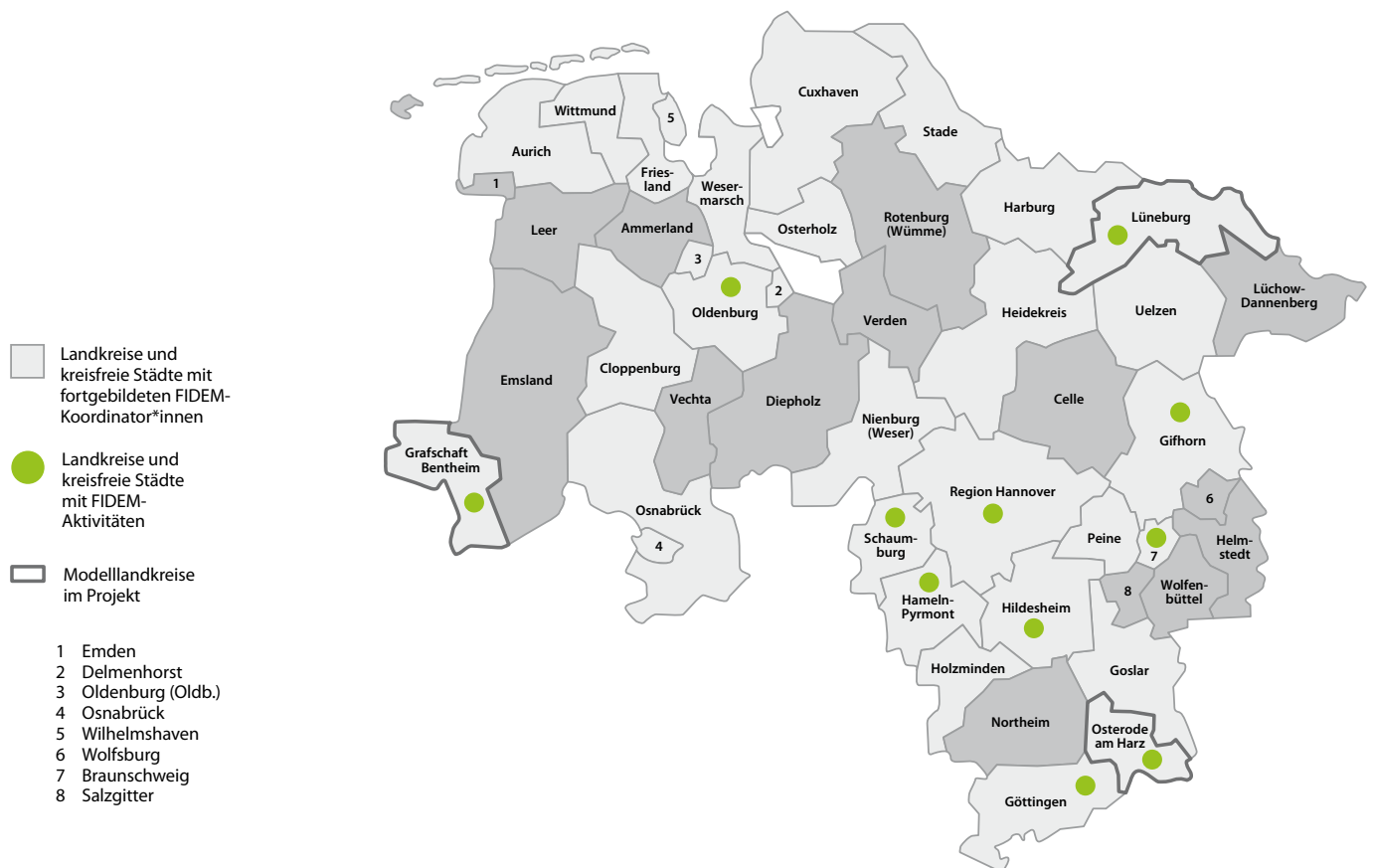
In den Landkreisen Osterode am Harz, Lüneburg und Grafschaft Bentheim sind 11 regionale Netzwerke entstanden in denen 22 Hausärzt*innen, 48 nichtärztliche Akteur*innen und 8 Ergotherapiepraxen patientenbezogen kooperieren. Weitere 9 Netzwerke existieren in der ehemaligen Modellregion Braunschweig bereits aus der ersten Erprobungsphase. Auf der Landesebene sind nachhaltige Strukturen zur Umsetzung des FIDEM Konzeptes in den Regionen und kommunalen Gebietskörperschaften aufgebaut worden: Die Bezirksstellen der Ärztekammer Niedersachsen unterstützen die Fortbildung der Hausärzt*innen und der MFA durch Bereitstellung von Räumlichkeiten und Bewerbung der Maßnahmen. Die jährlichen Netzwerktreffen in den Regionen erhalten Fortbildungspunkte für die Ärzteschaft. Die LVG & AFS bildet die Koordinator*innen regionaler FIDEM Netzwerke im Rahmen einer eintägigen Fortbildung fort und organisiert Arbeitskreistreffen auf dieser Ebene. Das Handbuch FIDEM Niedersachsen bietet darüber hinaus einen Handlungsleitfaden und alle Materialien für koordinierende Kräfte zur Umsetzung des FIDEM Konzeptes. Leider ist jedoch eine zusätzliche Förderung durch die Kommunen und die Landesverbände der Pflegekassen für die SPN zur Übernahme von FIDEM Aufgaben nicht zustande gekommen.

Von der Schwierigkeit gelungene Modelle in die Gesamtfläche Niedersachsens zu übertragen

Neben den Modelllandkreisen und der ehemaligen Modellregion Braunschweig gibt es in weiteren kommunalen Gebietskörperschaften FIDEM-Aktivitäten: die Koordination in der Stadt und im Landkreis Göttingen hat beispielsweise die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen übernommen, im Landkreis Hameln-Pyrmont der SPN, im Landkreis Schaumburg die Demografiebeauftragte und im Landkreis Hildesheim lehnt sich der SPN bei seinen Aktivitäten zur Verbesserung der intersektoralen Vernetzung an das FIDEM Konzept an. Mit viel Engagement werden vor Ort Kontakte und Netzwerke geknüpft. Im gesamten Bundesland Niedersachsen entsteht jedoch ein Flickenteppich intersektoraler Versorgung demenzerkrankter Menschen und ihrer Angehörigen. Nach sechs Förderjahren durch das Land Niedersachsen, den Landesverbänden der Pflegekassen und der PKV stellt eine weiterführende Basisfinanzierung die Voraussetzung dafür dar, die nach wie vor großen Vernetzungslücken zwischen Hausarztpraxis und Unterstützungsangeboten für Demenzpatient*innen zu schließen.

Literatur bei der Verfasserin

Anschrift siehe Impressum



PATRIZIA ROTHOFER

Leinen los! Schatzsuche in Niedersachsen Programm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern in der Kita

Wie Forschungsergebnisse belegen, nehmen psychische Auffälligkeiten bei Kindern mehr und mehr zu. Dabei ist psychische Gesundheit von klein auf die beste Voraussetzung für eine gesunde kindliche Entwicklung. Kindertagesstätten befinden sich in einer Schlüsselposition, da diese optimale Möglichkeiten bieten, Eltern zu erreichen und bei der Förderung des seelischen Wohlbefindens der Kinder zu unterstützen.

Wegweiser und Reiseplan des Eltern-Programms

Einen Ansatz hierzu liefert das Eltern-Programm Schatzsuche, das von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) entwickelt und durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) begleitet und evaluiert wurde. Ziel des Programms ist es, das seelische Wohlbefinden von Kindern im Alter von null bis sechs Jahren in Kindertageseinrichtungen (Kitas) zu fördern. Sowohl Eltern als auch pädagogische Fachkräfte werden für die Bedürfnisse der Kinder sensibilisiert und die Stärken und Schutzfaktoren der Kinder als »Schätze« in den Blick genommen. Grundlage hierfür bildet der Ansatz der Resilienzförderung.

Je zwei Erzieher*innen einer Kindertageseinrichtung nehmen an einer sechstägigen Weiterbildung teil. Neben der Qualifizierung in den Bereichen »seelisches Wohlbefinden von Kindern« und »Zusammenarbeit mit Eltern« umfassen die Schätze der Weiterbildung die Vermittlung praxisnaher Methoden,

die Stärkung der Erzieher*innen-Rolle sowie den trägerübergreifenden Austausch. Anschließend wird das Eltern-Programm Schatzsuche in der eigenen Kita mit Hilfe eines umfangreichen und kreativen Medienpakets nach eigenen Bedürfnissen und Rahmenbedingungen der Einrichtung umgesetzt. In sechs themenspezifischen Veranstaltungen, unter anderem zu den Themen kindliche Entwicklung, Alltag und Familienrituale sowie Gefühlswelt und Konfliktlösung, begeben sich Eltern mithilfe einer Schatzkarte auf Entdeckungsreise. Der Austausch mit anderen Eltern wird gefördert und die vertrauensvolle Kommunikation zwischen Erzieher*innen und Eltern verbessert. Allein in Hamburg haben über 174 Erzieher*innen aus 73 Hamburger Kitas erfolgreich an der Weiterbildung teilgenommen, um das Eltern-Programm in ihren Einrichtungen umzusetzen.

Seit Januar 2017 fördert die Techniker Krankenkasse die Implementierung des Eltern-Programms in der niedersächsischen Kitalandschaft und unterstützt damit den Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen in Kindertageseinrichtungen. Koordiniert wird Schatzsuche durch die LVG & AFS. Gegenwärtig wird das Schatzsuche-Programm in insgesamt neun Bundesländern durchgeführt.

Ausguck

Für die erste Entdeckungsreise in Niedersachsen haben von September bis November 2017 acht Kindertageseinrichtungen die Gelegenheit, sich mit ihrem Team, den Eltern und Kindern auf Schatzsuche zu begeben. Die zweite Entdeckungsreise für pädagogische Fachkräfte findet im Frühjahr 2018 statt. Am 22. September 2017 findet zudem die erste bundesweite Schatzsuche-Fachtagung in Hamburg statt.



Die Veranstaltung bietet allen Interessierten die Möglichkeit, sich über das Eltern-Programm zu informieren und auszutauschen. Einen Schwerpunkt der Tagung bildet das Thema »seelische Gesundheit beim Übergang von der Kita in die Schule«.

Weiterführende Informationen zu Schatzsuche finden sich auf der Homepage unter www.schatzsuche-kita.de.

Anschrift siehe Impressum

THERESA VANHEIDEN, NINA FLEISCHMANN

Gesundheitsförderung für Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen

Um den wachsenden Herausforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden, spielen präventive und gesundheitsförderliche Ressourcen eine besondere Rolle. Infolge des demografischen Wandels ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen von derzeit knapp 2,9 Millionen (Stand Dezember 2015) auf 4,7 Millionen im Jahr 2060 zunehmen wird. Mit dem 2016 verabschiedeten Präventionsgesetz sieht der Gesetzgeber die Durchführung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen im Setting stationärer Pflegeeinrichtungen vor. Der Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen greift die Verpflichtung der Pflegekassen nach dem Präventionsgesetz auf, in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Prävention zu erbringen. Bisher standen Zielgruppen in späten Lebensphasen und deren Gesundheit bereits (dauerhaft) beeinträchtigt ist, wenig im Fokus gesundheitsförderlicher Maßnahmen.

Projektstart zur systematischen Umsetzung von Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflegeheim

Das zweijährige Projekt »Gesundheitsförderung für Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen« setzt genau hier

an. Es wird von der LVG & AFS in Kooperation mit dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. unter der Gesamtförderung der BARMER umgesetzt. Ziel des Projektes ist es, in fünf Modelleinrichtungen einen partizipativen Organisationsentwicklungsprozess zur systematischen Umsetzung von Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflegeheim in den alltäglichen Ablauf anzustoßen. Angepasst an die Bedingungen vor Ort sollen bedürfnisorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für die Bewohner*innen umgesetzt und dabei auch die strukturellen Rahmenbedingungen verändert werden. Vertreter*innen aller in der Lebenswelt Pflegeheim beteiligten Personengruppen, wie zum Beispiel Bewohner*innen – auch im Anfangsstadium einer Demenz, Angehörige, Leitungs-, Pflege- und Betreuungskräfte, sind aktiv am gesamten Gesundheitsförderungsprozess einzubeziehen, von der Bedarfs- und Ressourcenanalyse bis zur Reflexion. Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung grenzen sich von aktivierender Pflege oder Prophylaxen, Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung im Rahmen des Pflegeprozesses ab. Es geht vielmehr um die Veränderung von strukturellen gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen in der Lebenswelt Pflegeheim (Verhältnisprävention) und gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit, kognitive Ressourcen und Gewaltprävention (Verhaltensprävention) – wie sie in dem Leitfaden Prävention in stationären Einrichtungen genannt sind.

Fünf Modelleinrichtungen in Niedersachsen starten

Stationäre Pflegeeinrichtungen aus Hannover und Hildesheim haben sich um eine Teilnahme am Projekt beworben. Unter Berücksichtigung der Vielfalt hinsichtlich Trägerschaft, Größe und Lage der Einrichtungen wurden fünf Modelleinrichtungen ausgewählt. Anfang Mai hat eine gemeinsame Auftaktveranstaltung zur Information über das Projekt und zum gegenseitigen Kennenlernen und Vernetzen stattgefunden. In jeder Modelleinrichtung werden im Rahmen einer Bedarfs- und Ressourcenorientierung beteiligungsorientierte Fokusgruppen mit Vertreter*innen aller in der Lebenswelt Pflegeheim beteiligten Personengruppen durchgeführt. Ziel der Bedarfs- und Ressourcenorientierung ist die Identifizierung von möglichen Handlungsfeldern zur systematischen Gesundheitsförderung der Bewohner*innen. In einem nächsten Schritt werden in jeder Einrichtung beteiligungsorientierte Projektwerkstätten, ebenfalls mit allen Beteiligten, durchgeführt. Ziel ist die Entwicklung von einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Gestaltungsansätzen für die zuvor definierten Handlungsfelder. Darauf folgt die Umsetzung und Implementierung der geplanten Maßnahmen in den Einrichtungen. Je Einrichtung steht für die Umsetzung der Maßnahmen ein bedarfsbezogenes Finanzbudget zur Verfügung. Zuletzt werden mit allen Beteiligten Reflexionsworkshops zur Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen und gegebenenfalls zur Anpassung des Vorgehens vorgenommen. Auf Grundlage der in diesem Prozess gesammelten Erfahrungen wird eine Handlungshilfe in Form einer Broschüre entwickelt, die auch anderen stationären Einrichtungen zugänglich gemacht werden soll.

Literatur bei den Verfasserinnen
Anschrift siehe Impressum



Gewalt im Jugendstrafvollzug

Band 20 der Reihe Kölner Schriften zur Kriminologie und Kriminalpolitik untersucht das Problem der anstaltsinternen Gewalt im Jugendstrafvollzug unter männlichen Gefangenen. Dieses Buch widmet sich einem wichtigen Thema, dem auf nationaler Ebene bislang nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Einem ausführlichen Überblick über die aktuelle Forschungslage folgt eine Aufarbeitung vergangener Gewaltexzesse in Haftanstalten sowie eine primäre Datenanalyse der Autorin, die auf den Datengrundlagen des DFG-geförderten Projekts »Gewalt und Suizid im Jugendstrafvollzug« beruht. Da es sich bei Gewalt im Jugendstrafvollzug um ein alltägliches Phänomen handelt, das sowohl den staatlichen Schutzauftrag verletzt, als auch die Umsetzung der Vollzugsziele Resozialisierung und Legalbewährung erschwert, sieht die Autorin akuten Handlungsbedarf. Eine Vorstellung von Präventionsprojekten und -konzepten rundet das ansprechende Werk folgerichtig ab. (sa)

BRITTA BAUMEISTER: Gewalt im Jugendstrafvollzug. Kölner Schriften zur Kriminologie und Kriminalpolitik, Band 20. Nomos Verlag, Köln, 2017, 218 Seiten, ISBN 978-3-8487-3368-2, 59,00 Euro

Die kleine Schlafschule. Wege zum guten Schlaf

Fast jede*r zweite Erwachsene in Deutschland schläft häufig schlecht, mindestens jede*r Zehnte hat eine behandlungsbedürftige Schlafstörung. Dabei ist es den Autor*innen nach keine Zauberei, gut zu schlafen. In Ihrem Buch »Die kleine Schlafschule« gehen Barbara Knab und Jürgen Zulley darauf ein, was guter Schlaf ist, was ihn fördert und was ihn behindert. Auch wird von Ihnen dargestellt, mit welchen Schlaf-Mythen aufgeräumt werden kann. Dabei erzählt jedes Kapitel die Geschichte einer anderen Facette des Schlafs. Begonnen wird mit dem Schlaf, wie ihn die Wissenschaft heute sieht, Vorbeugemaßnahmen verschiedenster Art werden beschrieben und es werden Vorschläge gemacht, wie sich eine gute Behandlung finden lässt, falls der Schlaf nachhaltig gestört ist. Im Ganzen vermittelt »die kleine Schlafschule« den Grundsatz: Der Königsweg in den Schlaf ist Entspannung, körperliche wie geistige. Das Buch richtet sich vor allem an Menschen mit Schlafproblemen, Ärzt*innen, Therapeut*innen sowie Interessierte. (jk)

BARBARA KNAB, JÜRGEN ZULLEY: Die kleine Schlafschule. Wege zum guten Schlaf. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2016, 158 Seiten, ISBN 978-3-86321-284-1, 14,95 Euro

Inklusion kontrovers – Herausforderungen für die Soziale Arbeit

Das Thema Inklusion wird als neues Paradigma der Sozialpolitik zunehmend in der Öffentlichkeit diskutiert. Das Buch »Inklusion kontrovers« beleuchtet die grundsätzliche Debatte sowie Begrifflichkeiten zum Thema Inklusion und bezieht die historische Entwicklung des Inklusions-Paradigmas, die soziologischen, bildungspolitischen und sozialwirtschaftlichen Perspektiven, empirische Untersuchungen sowie den internationalen Diskurs zum Thema ein. Zuletzt sprechen die Autorinnen Herausforderungen und Potenziale für die sozialen Berufe aus. Das Buch richtet sich in erster Linie an Sozialarbeiter*innen sowie verwandte Professionen. Es bietet eine gute Übersichtlichkeit und ist sprachlich ansprechend geschrieben. Sachkompetenz und analytische Schärfe runden den positiven Gesamteindruck der Publikation ab. (fh)

MARION FELDER, KATRIN SCHNEIDERS: Inklusion kontrovers – Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Wochenschau Verlag, Schwalbach/Ts., 2016, 141 Seiten, ISBN 978-3-7344-0327-9, 9,80 Euro

Die neue Pflegedokumentation

Der Pflegeprozess und seine Planung sind ein essentielles Arbeitsmittel für die berufliche Pflege. Mit der Entbürokratisierung wird der Pflegeprozess im Kontext des Pflegemanagements die Ausgangsbasis für ein professionelles Organisations- und Führungshandeln. Karla Kämmer hat für dieses Buch 12 Expert*innen gewonnen, die insgesamt elf Themenfelder beleuchten: vom Aufbau und Anwendung des Strukturmodells über rechtliche und strukturelle Voraussetzungen bis hin zu den Neuerungen, die mit dem reformierten Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehen. Mit vielen Beispielen gewährleistet dieses Buch einen hohen Praxisbezug und eignet sich als Arbeitshilfe für alle, die sich im Management von Pflegeeinrichtungen mit dem Thema Dokumentation beschäftigen. (nf)

KARLA KÄMMER: Die neue Pflegedokumentation. Das Management-Handbuch für den optimalen Einstieg. Schlütersche, Hannover, 2016, 285 Seiten, ISBN 978-3-89993-357-4, 49,95 Euro



Herzwurzeln. Ein Kinderfachbuch für Pflege- und Adoptivkinder

Der Junge Jannik lebt seit ein paar Wochen bei Pflegeeltern. Alles ist für ihn neu und fremd? In dieser Situation freundet er sich mit der gleichaltrigen Ayana an, die ein Adoptivkind aus Afrika ist. In dieser Freundschaft versuchen die beiden Kinder für sie wichtige Fragen zu klären. So ist zum Beispiel Ayana bei ihren Adoptiveltern glücklich und sehnt sich dennoch nach ihren leiblichen Eltern, den »Afrikaeltern« wie sie sagt. Beide Kinder sind auf der Suche nach ihren Wurzeln. Zusammen finden sie heraus, dass Kinder ihre neue Eltern sehr liebhaben und zugleich ihre leiblichen Eltern im Herzen tragen können. In einer liebevoll illustrierten Bildergeschichte und einem altersgerechten Informationsteil erhalten Pflege- und Adoptivkinder sowie deren Bezugspersonen Erklärungen und Anleitungen, um ihre spezielle Situation besser zu verstehen und anzunehmen. Ein kurzer Ratgeber teil für Erwachsene rundet das Kinderfachbuch ab. (am)

SCHIRIN HOMEIER, IRMELA WIEMANN (HRSG.):
Herzwurzeln. Ein Kinderfachbuch für Pflege- und
Adoptivkinder, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main,
2016, ISBN 9783863212261, 175 Seiten, 22,95 Euro

Yunis und Aziza. Ein Kinderfachbuch über Flucht und Trauma

Die Autor*innen beschreiben den Kita-Einstieg der Geschwister Aziza und Yunis. Die beiden Kinder sind erst seit drei Monaten in Deutschland und haben eine lange und gefährlich Reise hinter sich. Yunis und Aziza sind Flüchtlingskinder. Sie sind in sich gekehrt und reden kaum. Wie Erwachsene und Kinder mit ihnen umgehen können, zeigt dieses Kinderfachbuch auf. Ein Fachteil erklärt Hintergründe von Flucht und Trauma. Darüber hinaus werden Tipps gegeben, wie es gelingen kann, Kinder mit Fluchterfahrungen und deren Familien wieder Sicherheit und Freude zu vermitteln. Das Buch richtet sich an alle, die Kindern das Thema Flucht und Trauma behutsam und verständlich erklären wollen. (am)

MONIKA BACHER, ANDREA HENDRICH, ULRICH KOPREK
(HRSG.): Yunis und Aziza. Ein Kinderfachbuch über
Flucht und Trauma. Mabuse-Verlag, Frankfurt am
Main, 2016, ISBN 9783863213152, 49 Seiten,
16,95 Euro

Mobbing an Schulen. Erkennen – Handeln – Vorbeugen

Mobbing an Schulen existiert bereits, seitdem es die Institution Schule gibt. Vergleichsweise neu sind jedoch die wissenschaftliche Erforschung des Phänomens sowie die damit einhergehende Erkenntnis, dass es sich bei Mobbing nicht um eine »Randerscheinung des Erwachsenenalters« handelt, sondern um ein nicht tolerierbares Fehlverhalten. Zu Beginn wird ein Überblick über die aktuelle Mobbing-Forschung gegeben. Neben Merkmalen und Erscheinungsformen von Mobbing werden die Ursachen, Folgen sowie neue Formen wie die des Cyber-Mobbings thematisiert. Anschließend rückt der Umgang mit Mobbing-Vorfällen in den Fokus. Zudem werden verschiedene Interventions- und Präventionsprogramme vorgestellt und konkrete Handlungsempfehlungen gegeben. (er)

SEBASTIAN WACHS, MARKUS HESS, HERBERT
SCHEITHAUER, WILFRIED SCHUBARTH: Mobbing an
Schulen. Erkennen – Handeln – Vorbeugen.
Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2016, 217 Seiten,
ISBN 978-3-17-023071-2, 29,00 Euro

Potenziale älterer Erwerbstätiger

Der demografische Wandel verändert auch den Arbeitsmarkt maßgeblich: Erwartet wird eine deutliche Schrumpfung und Alterung zukünftiger Belegschaften. In dem vorliegenden Buch werden Potenziale, Einstellungen und Erfahrungen älterer Erwerbstätiger (55 bis 70 Jahre) sowie zahlreiche Projekte aus der Praxis thematisiert und systematisch aufbereitet. Aus diesen Erkenntnissen werden Empfehlungen und Anregungen für Unternehmen für die Gestaltung eines förderlichen Arbeitsumfelds gegeben. Ein professionelles Demografie-Management ist laut der Autorin und des Autors für Unternehmen unabdingbar umso entsprechende Konsequenzen für eine Organisationsentwicklung und Kompetenzentwicklung abzuleiten. (ex)

KARLHEINZ SONNTAG, NADINE SEIFERLING:
Potenziale älterer Erwerbstätiger. Erkenntnisse,
Konzepte und Handlungsempfehlungen.
Hogrefe Verlag, Göttingen, 2017, 190 Seiten,
ISBN 978-3-8017-2675-1, 26,95 Euro

Armut in Deutschland

Georg Cremer, Generalsekretär des Deutschen Caritasverbandes e. V., hält ein leidenschaftliches Plädoyer für eine sachliche Armutsdebatte, die ohne Empörung und Skandalisierung auskommt. Ohne die Relevanz des Themas einzuschränken, erläutert er verschiedene Messkonzepte und deren Aussagekraft für Deutschland, ordnet sozialpolitische Reformen der letzten Jahrzehnte ein und veranschaulicht deren Auswirkungen auf die Bevölkerung. Der Autor deckt Schwachstellen von Jobvermittlung, Wohnungsmarkt, Jugendhilfe, Bildungs- und Gesundheitssystem im Umgang mit armen Menschen auf und erörtert die Notwendigkeit eines veränderten Grundsicherungssystems, das individuelle Lebenslagen berücksichtigt und umfassende Teilhabe ermöglicht. Auch wenn Cremers Kritik an anderen Akteur*innen der Armutsdiskussion partiell hervorsteicht, handelt es sich um ein lesenswertes Werk zur weiterhin aktuellen und erforderlichen Debatte. (ck)

GEORG CREMER: Armut in Deutschland. Wer ist arm?
Was läuft schief? Wie können wir handeln?
C.H. Beck, München, 2016, 272 Seiten,
ISBN 978-3-406-69922-1, 16,95 Euro

Outdoortraining

Das Praxisbuch enthält 51 Übungen für Teilnehmende und Trainer*innen und will Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit in die Praxis der Erlebnispädagogik und des Outdoortrainings bringen. Die einführenden Passagen, Kapiteleinleitungen sowie der klare Aufbau ermöglichen es auch Einsteiger*innen – mit dem nötigen Hintergrundwissen ausgestattet – auf der Suche nach geeigneten Übungen fündig zu werden. In 12 Kapiteln wird unter anderem der Zusammenhang von Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit aus Sicht der Positiven Psychologie und der Gesundheitspsychologie dargestellt. Aufgezeigt werden auch die Grenzen, Möglichkeiten und Anwendungsfelder des Outdoortrainings. (ise)

JENS SCHREYER: Outdoortraining für Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung. Praxisbuch mit 51 Übungen. In: erleben & lernen, Band 18, Prof. em. Dr. Michael Jagenlauf, Prof. Dr. Werner Michl, Dipl. Soz.päd. Holger Seidel, M.S.M (Hg.), Ernst Reinhardt Verlag, München, 2017, 137 Seiten, ISBN 978-3-497-02676-0, 24,90 Euro

Der ältere Patient im klinischen Alltag

Die Akutgeriatrie als präventive, kurative, rehabilitative und palliative Betreuung älterer Menschen hat an Bedeutung gewonnen. Dieses umfassende Lehrbuch behandelt klinisch relevante Themen wie Ernährung, Polypharmazie oder Depressionen bei älteren Patient*innen, aber auch demografische und sozioökonomische Aspekte oder den Diskurs über Leitlinien in der Geriatrie. Da das Herausgeberteam aus Österreich kommt, ist die Übertragbarkeit strukturell-gesetzlicher Grundlagen in den deutschen Kontext zu prüfen. Drei Fallbeispiele setzen an unterschiedlichen Punkten im Buch den Praxisbezug und skizzieren den Weg r geriatrischer Patient*innen durch unterschiedliche Settings. Didaktisch hilfreich sind in diesem Lehrbuch die Zusammenfassungen und Reflexionsfragen am Ende eines jeden Abschnitts. (nf)

PINTER/LIKAR/KADA/JANIG/SCHIPPINGER/CERNIC (Hrsg.): Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxis-Lehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer, Stuttgart, 2017, 558 Seiten, ISBN 978-3-17-029785-2, 149 Euro

Das Drogentaschenbuch

Die neu überarbeitete Auflage des Drogentaschenbuchs bietet in alphabetischer Reihenfolge gut strukturiert und anschaulich durch umfangreiches Bildmaterial einen aktuellen Überblick über alle in Europa gängigen psychoaktiven Substanzen und illegale Drogen. Beschrieben werden unter anderem die Anwendungsweisen und die akut und chronischen psychischen und körperlichen Wirkungen der jeweiligen Substanzen. Empfehlungen zu Hilfestellungen bei Intoxikationen und Notfällen, Informationen über Drogenscreenings und andere Untersuchungsmethoden sowie Hintergrundinformationen zum Betäubungsmittelgesetz geben einen umfassenden und sachlichen Überblick zum Thema. Das Buch richtet sich nicht nur an Mitarbeitende in der Suchthilfe und Suchtmedizin, sondern auch an Konsument*innen, die sich im Sinne der »safer use«-Strategie umfassend informieren und verantwortungsvoll Entscheidungen treffen möchten. (fh)

NORBERT SCHERBAUM begründet von RALPH PARNEFJORD: Das Drogentaschenbuch. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2017, 244 Seiten, ISBN 978-3-13-118035-3, 39,99 Euro

Armut

»Wie wird Armut untersucht, verstanden und bekämpft?« ist die grundlegende Frage, die Lepenies historisch und gesellschaftspolitisch aufarbeitet. Er leitet die Armutsbetrachtung von der Antike und dem Mittelalter über die der Industrialisierung bis hin zu aktuellen (sozialpolitischen) Debatten her und belegt dies durch Quellen der jeweiligen Epoche. Dabei wird eines deutlich: Armut hat schon immer strukturelle Ursachen und ist nach wie vor ein systematisches Problem, das weit mehr umfasst als Einkommensmangel. Der Autor plädiert daher für einen breiten, dynamischen Armutsbegriff, der beispielsweise auch soziale Aspekte existenzsichernder Güter integriert. Moderne Sozialpolitik müsse – auch nach Sens Capabilities Approach – darauf abzielen, die Verwirklichungschancen der Bevölkerung zu verbessern. (ck)

PHILIPP LEPENIES: Armut. Ursachen, Formen, Auswege. C.H. Beck, München, 2017, 128 Seiten, ISBN 978-3-406-69813-2, 8,95 Euro



Geschlechtsdysphorie, Transsexualität und Transidentität im Kinder- und Jugendalter

Lehrbücher und Leitlinien zur Behandlung von Trans*-Patient*innen sind trotz ihrer Notwendigkeit im deutschsprachigen Raum bisher noch eine Rarität. Angefertigt von einem selbsternannten »Gender-Experten«, der über mehr als 20 Jahre Erfahrung in der Behandlung von erwachsenen Trans*-Menschen verfügt, soll dieses Werk als Arbeitsbuch für Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendpsychiater*innen und Kinderärzt*innen dienen, damit diese Geschlechtsdysphorie und Varianten der Geschlechtsidentität bei ihren jungen Patient*innen leichter und schneller erkennen sowie gegebenenfalls je nach spezifischen Bedürfnissen geeignete Behandlungen durchführen können. Der Autor schließt mit dieser praxisorientierten Anleitung für die klinische Arbeit mit Trans*-Menschen einerseits wichtige Lücken, vor allem bezüglich der multimodalen Behandlung von Trans*-Kindern und -Jugendlichen. Andererseits trägt er durch seinen zweigeschlechtlichen, heteronormativen Ansatz, der die Transition in einem fest verankerten zweigeschlechtlichen Rahmen sieht, sein zuweilen mangelndes Verständnis geschlechtlicher Vielfaltigkeit und unglückliche sprachliche Formulierungen, wenn er etwa vom »Leiden an einer transsexuellen Entwicklung« spricht, zur kontinuierlichen Pathologisierung von Trans*-Personen bei. (sa)

WILHELM F. PREUSS: Geschlechtsdysphorie, Transsexualität und Transidentität im Kinder- und Jugendalter. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2016, 288 Seiten, ISBN 978-3-497-02554-1, 39,90 Euro



Vertrauen in Gesundheitsangebote im Internet

Welchen Informationen im Internet vertraut wird und welche Faktoren dies beeinflussen, ist angesichts der Vielzahl der Quellen, deren Qualität und Vollständigkeit oft schwer zu überblicken ist, schwer zu beurteilen. Daher wird hier die Frage bearbeitet, welchen Einfluss diese Quellen auf Akzeptanz und Vertrauen in die gebotenen Informationen ausüben können. Untersucht wird zudem die Bedeutung wissenschaftlich begründeter Unsicherheiten in der Kommunikation von Gesundheitsinformationen und deren Einfluss auf die Rezeption von entsprechend vage beschriebenen Inhalten. Einführend wird der Begriff »Vertrauen« reflektiert und als handlungsleitender Mechanismus untersucht und es werden Elemente einer Vertrauenssituation abgeleitet, die den Kern einer Vertrauenshandlung ausmachen. Auf Basis dieser Erkenntnisse wird das Konzept als Systemvertrauen auf Organisationen, insbesondere auf Organisationen als Informationsquellen übertragen. (ark)

SARAH FISCHER: Vertrauen in Gesundheitsangebote im Internet. Einfluss von Informationsquellen und wissenschaftlichen Unsicherheiten auf die Rezeption von Online-Informationen. Nomos, Baden-Baden, 2016, 331 Seiten, ISBN 978-3-8487-3176-3, 64,00 Euro

Soziale Altenarbeit Alterssozialpolitik

Im Jahr 2060 wird der Anteil der Über-65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung auf 34 Prozent anwachsen. Die Gruppe der Älteren wird nicht nur mehr, sondern auch immer heterogener. Für die Soziale Altenarbeit und für die Alterssozialpolitik entstehen neue Herausforderungen, auf die reagiert werden muss. Dazu gehören zum Beispiel die steigende Altersarmut, der drohende Pflege-Notstand oder die Versorgung und Förderung der Teilhabe von älteren Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen. Das Buch fasst diese Herausforderungen zusammen und formuliert Zielsetzungen im Sinne eines professionellen politischen Auftrags der Sozialen Arbeit. Das Buch wendet sich an Studierende der Sozialen Arbeit und Pflegewissenschaften sowie Gerontologie, die sich auf eine sozialarbeiterische und sozialpädagogische Perspektive einlassen. (ex)

SIGRID LEITNER: Soziale Altenarbeit Alterssozialarbeit. WOCHENSCHAU Verlag, Schwalbach, 2015, 125 Seiten, ISBN 978-3-89974-932-8, 9,80 Euro

Cyber-Mobbing – Ursachen und Auswirkungen von Mobbing im Internet

Mobbing ist ein allgegenwärtiges Thema. Das Schikanieren von Mitmenschen findet in der Schule, am Arbeitsplatz oder in unserer digitalen Welt im Internet statt. Social Communities wie Facebook oder Video-Plattformen wie YouTube bieten die ideale Plattform für Cyber-Mobbing. Die Arbeit von Frau Fawzi ermöglicht einen grundlegenden Überblick, welcher eine sehr gute Annäherung zum Thema für die Leser*innen ermöglicht. Die Autorin verdeutlicht die Relevanz des Themas in dem sie eine umfangreiche Übersicht der aktuellen Herausforderungen aufzeigt und die Veränderungen und den Umgang mit Cyber-Mobbing im Vergleich zur »klassischen« Mobbing-situationen diszipliniert darstellt. (rm)

NAYLA FAWZI: Cyber-Mobbing – Ursachen und Auswirkungen von Mobbing im Internet, Nomos Verlagsgesellschaft, 2015, Baden-Baden, 152 Seiten, ISBN 978-3-8487-2422-2, 24,00 Euro

Ungleichheit. Was wir dagegen tun können

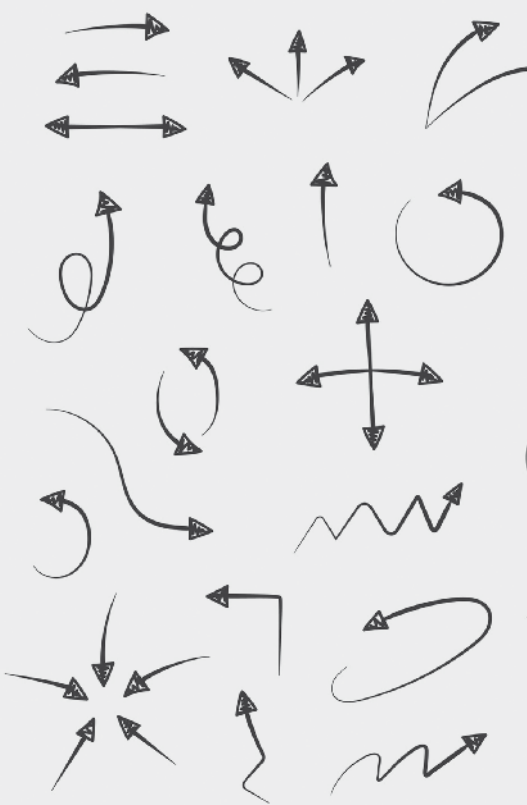
Der Autor entwirft eine Übersicht von Maßnahmen, die wirtschaftliche Ungleichheit reduzieren können. Technischer Fortschritt und Globalisierung, die häufig als treibende Kräfte der wachsenden Ungleichheit gesehen werden, werden nicht als Naturgewalten, sondern als Folge von Entscheidungen von Staaten, Firmen und Einzelpersonen gewertet. Ebenso werden die Machtverschiebungen, die sich durch Veränderungen des Arbeitsmarktes und der Beschäftigungsverhältnisse ergeben haben sowie die Entwicklung auf dem Kapitalmarkt und die Verteilung des Reichtums als Folgen (veränderbarer) staatlicher Entscheidungen verstanden. Gemeinsam mit der Diagnose der Gründe für die historisch gewachsene Ungleichheit und der abschließenden Diskussion etwaiger Einwände gegen seine Vorschläge, bietet das Werk einen nuancierten Beitrag zu einer momentan sehr aktuellen Diskussion. Geschrieben wurde das Werk für Laien mit Interesse an Wirtschaft und Politik. (ark)

ANTHONY B. ATKINSON: Ungleichheit. Was wir dagegen tun können. Klett-Cotta, Stuttgart, 2016, 474 Seiten, ISBN 978-3-608-94905-6, 26,95 Euro

Vom Zauber des Anfangs und von den Chancen der Zukunft

Die Pflegewissenschaftliche Fakultät an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar feierte 2016 ihr 10-jähriges Bestehen. Anlässlich dieses Jubiläums wurde unter Mitwirkung zahlreicher Autor*innen die vorliegende Festschrift veröffentlicht. Die Entwicklung, die Perspektiven sowie das Studieren an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät, die Ausdifferenzierung der Lehre und Forschung sowie die Zusammenarbeit der Fakultäten in Vallendar stehen im Fokus. (rm)

HERMANN BRANDENBURG, MANFRED HÜLSKEN-GIESLER, ERIKA SIRSCH: Vom Zauber des Anfangs und von den Chancen der Zukunft, Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Berlin, 2016, 224 Seiten, ISBN 978-3-45-685711-4, 39,95 Euro



Trans*- und Intergeschlechtlichkeit in Kindheit, Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter

Der aus einer gleichnamigen Fachtagung des Vereins Trans-Inter-Aktiv in Mitteldeutschland entstandene Band beleuchtet aktuelle Forschungsergebnisse im Themenfeld Trans*- und Intergeschlechtlichkeit. Er versteht sich in erster Linie als Handreichung für pädagogisches und psychologisches Fachpersonal und strebt in diesem Rahmen an, die spezifischen Bedürfnisse, Interessen und Gefühlslagen von jungen Trans*- und Interpersonen aufzuhehlen. Die Beiträge befassen sich unter anderem mit Selbst- und Fremdeinschätzungen sowie der Identitätsbildung von Trans*- und Interpersonen, Fragen sexualisierter und iatrogenen Gewalt gegen diese und Strategien zur Prävention derselben. Dabei wird auch auf die aktuelle S3-Leitlinienentwicklung »Geschlechtsdysphorie« eingegangen. Der Band ist sehr anschaulich und praxisnah gelungen. (ms)

ALEXANDER NASS, SILVIA RENTZSCH, JOHANNA RÖDENBECK, MONIKA DEINBECK (HRSG.): Geschlechtliche Vielfalt (er)leben. Trans*- und Intergeschlechtlichkeit in Kindheit, Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2016, 149 Seiten, ISBN 978-3-442-39291-9, 19,99 Euro

Die Abstiegs-gesellschaft. Über das Aufbegehren in der regressiven Moderne

Am Beispiel Deutschlands wird ein fundamentaler Wandel dargestellt, der aus Sicht des Autors bereits alle westlichen kapitalistischen Staaten erfasst hat. Aus einer Gesellschaft des Aufstiegs und der sozialen Integration wird eine des Abstiegs, der Prekarität und der Polarisierung, so seine Hauptthese. Neue Bürger*innen proteste, aber ebenso Apathie, soziale Abgrenzung und antidemokratische Affekte breiten sich aus. Viele Errungenschaften der sozialen Moderne werden aufgrund dessen einer regressiven Modernisierung unterzogen. Gemeinsam mit postdemokratischer Politik kann dies zu einer autoritären Strömung führen, der die liberalen Grundlagen unserer Gesellschaft zum Opfer fallen. Hauptanliegen des Autors ist, nicht zu diskutieren welche Auswege es aus der Abstiegs-gesellschaft gibt, sondern genau zu analysieren, wo genau die Ursachen der gegenwärtigen Probleme liegen. (ark)

OLIVER NACHTWEY: Die Abstiegs-gesellschaft. Über das Aufbegehren in der regressiven Moderne. Edition Suhrkamp, Berlin, 2016, 263 Seiten, ISBN 978-3-518-12682-0, 18,50 Euro

Praxisbuch Sucht

Die 2. Auflage des Praxisbuchs Sucht bietet unter Berücksichtigung der neuen S3-Leitlinie bei den alkohol- und tabakbezogenen Störungen und DSM-5 eine umfassende und aktuelle Darstellung des momentanen Forschungsstandes bei den häufigsten und stoffgebundenen Süchten. Neben allgemeinen Informationen zur Suchtentstehung werden im speziellen Teil des Praxisbuches die Substanzen mit ihren Wirkweisen und Daten zur Epidemiologie dargestellt. Akuttherapeutische Maßnahmen sowie Möglichkeiten zur Rückfallprophylaxe werden ausführlich und praxisnah beschrieben. Das Buch bietet für eine fachliche Spezialisierung in der Suchttherapie oder Suchtmedizin eine gute literarische Grundlage. (fh)

ANIL BATRA, OLIVER BILKE-HENTSCH: Praxisbuch Sucht – Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2016, 280 Seiten, ISBN 978-3-13-149202-9, 59,99 Euro

Partizipation – Migration – Gender

Die Studie der Fernuniversität Hagen und der Phillips-Universität Marburg zu dem vom Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalens initiierten Projekt »Politische Partizipation und Repräsentation von Migrant*innen in Deutschland« greift die Fragestellung auf, inwiefern Deutschland als Einwanderungsland auch die gesellschaftlichen Aspekte zu politischer Teilhabe für alle Bürger*innen ermöglicht. Migrant*innen sind in der Politik mit unter fünf Prozent deutlich unterrepräsentiert: Dies weist auf Handlungsbedarfe im Bereich der Wissensvermittlung (über politische Abläufe in Deutschland), der direkten Kommunikation mit dieser Gruppe und der Chancengleichheit in Bezug auf den Zugang zur Politik und dessen Ämtern hin. Nur durch eine angepasste Repräsentation der gesamten Bevölkerung (auch bezüglich des Geschlechts) rechtfertigt sich eine moderne Demokratie. (lo)

NINA HOSSAIN, CAROLINE FRIEDHOFF, MARIA FUNDER, LARS HOLTkamp, ELKE WIECHMANN: Partizipation – Migration – Gender. Eine Studie über politische Partizipation und Repräsentation von Migrant*innen in Deutschland. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2016, 256 Seiten, ISBN 978-3-8487-2080-4, 49,00 Euro

Im digitalen Hamsterrad

In der heutigen Zeit bestimmen Smartphone & Co. maßgeblich unseren Alltag. Hier eben noch schnell die Mails checken oder noch eben was bei Facebook liken oder teilen. Soziale Beziehungen zu Freund*innen, Kolleg*innen oder Familienmitgliedern bleiben oft auf der Strecke. Der Autor fordert also nicht zu Unrecht, dass das digitale Hamsterrad einen Bremsmechanismus benötigt. Durch persönliche Beobachtungen aber auch durch aktuelle Forschungsergebnisse regt das Buch zu einer kritischen Reflexion des Umgangs mit Smartphone & Co. an. (ex)

GERALD LEMBKE: Im digitalen Hamsterrad. Ein Plädoyer für den gesunden Umgang mit Smartphone & Co. Medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2016, 159 Seiten, ISBN 978-3-86216-302-1, 19,99 Euro

Termine LVG & AFS



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

Das Richtige richtig machen! Anforderungen an Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention

22. August 2017, Hannover

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung sind ein wichtiger Bestandteil von Projekten und Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Im Rahmen der Veranstaltung werden die aktuellen Entwicklungen vorgestellt und diskutiert. Die Vielfältigkeit von Qualitätsentwicklung und -sicherung wird anhand von konkreten Beispielen aus der Praxis am Nachmittag verdeutlicht.

Robert-Koch-Tagung

7.–8. September 2017, Hannover

Die 24. Robert-Koch-Tagung für Ärzt*innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Niedersachsen findet dieses Jahr in Hannover statt. Es werden Vorträge und Workshops zu aktuellen Themen aus den Bereichen Infektionsschutz, Kinder- und Jugendgesundheit, Gutachtenwesen, Psychiatrie und Umweltmedizin thematisiert. Unter anderem werden das neue Prostituiertenschutzgesetz, Möglichkeiten und Grenzen Früher Hilfe, Störfälle in der Trinkversorgung, die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Begutachtung der Reisefähigkeit bei psychischen Erkrankungen thematisiert.

Professionalisierung Kommunaler Alkoholprävention: Verhältnisprävention – wirksam, aber auch machbar?

14. September 2017, Hannover

Verhältnispräventive Ansätze wollen Veränderungen auf der Ebene von Normen, Regulierungen und der Verfügbarkeit von Substanzen erreichen. Vor allem im Bereich der Alkoholprävention sind viele Maßnahmen bekannt, deren Wirksamkeit zur Reduzierung des Alkoholkonsums gut untersucht ist. Auf der kommunalen Ebene scheint es eine Herausforderung zu sein, Handlungsspielräume bei der Umsetzung verhältnispräventiver Ansätze zu sehen und zu nutzen. Im Rahmen der Tagungsreihe »Professionalisierung kommunaler Alkoholprävention« möchten wir in diesem Jahr ausloten, welche Argumente es für die verstärkte Umsetzung verhältnispräventiver Ansätze gibt; welche Hindernisse dafür bestehen; warum in anderen Ländern zum Teil günstigere Voraussetzungen vorliegen und welche Rolle die Lobby der Alkoholindustrie bei alledem hat.

Bildung und Gesundheit – Gemeinsam »initiativ« in Schulen

25. September 2017, Hannover

Breits im Jahr 2007 wurde die Internetplattform »die initiative – Gesundheit – Bildung – Entwicklung« initiiert. Ziel ist es, die Themen Gesundheit und Bildung zusammenzudenken und langfristig die Gesundheits- und Bildungsqualität in Niedersachsen zu verbessern. Mit der Veranstaltung möchte »die initiative« die Gelegenheit bieten, sich über Möglichkeiten der eigenen Einflussnahme auf ein positives Lernklima und auf die eigene Gesundheit anzuregen. In den angebotenen Impulsvorträgen aus der Psychologie und der Neurowissenschaft zum Lernen wird unter anderem auf die Einflussmöglichkeiten einer guten Lernatmosphäre eingegangen. Die hier gegebenen Tipps und Anregungen können ohne großen Aufwand ab dem nächsten Tag eingesetzt werden. Auf dem »Markt der Möglichkeiten« stellen sich vielfältige Programme zu gesundheitsfördernden Angeboten vor und bieten Gelegenheit zur Vernetzung.

Zwischen Lehre, Forschung und Qualifizierung – Gesundheitsförderung für den akademischen Mittelbau

Fachtagung des Arbeitskreises Gesunde Hochschule, der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft und der Hochschule Hannover

12. Oktober 2017, Hannover

Die Gesundheitsförderung des akademischen Mittelbaus – wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Forschung und Lehre, Promovierende und Postdocs – ist bisher kaum in den Blick genommen worden. Die Tätigkeiten und Anforderungen an die wissenschaftlich Beschäftigten sind vielfältig. Gestaltungsfreiräume und die Möglichkeit, eigenen Interessen nachzugehen, machen Wissenschaft als Beruf attraktiv. Gleichzeitig können fehlende Arbeitsplatzsicherheit, unberechenbare Karrierewege, mangelnde Wertschätzung und Arbeitsüberlastung zu Belastungsfaktoren werden. Mit der Fachtagung wollen der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH), die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) und die Hochschule Hannover aufzeigen, welche strukturellen und individuellen Aspekte der Arbeitsbedingungen zu berücksichtigen sind und wie die Ressourcen des akademischen Mittelbaus gestärkt werden können. Zielgruppe der Fachtagung sind alle Interessierten, besonders herzlich eingeladen sind die wissenschaftlich Beschäftigten.

VORSCHAU

Tagespflege in aller Munde?!

Status Quo, Analysen und Handlungserfordernisse

17. Oktober 2017, Hannover

Mädchengesundheit. Sexualität und Sexismus

18. Oktober 2017, Lüneburg

10. Niedersächsischer Aktionstag seelische Gesundheit

24. Oktober 2017, Braunschweig

Veranstaltungsreihe »Argumente für Gesundheit 2017« – Selbstbestimmte Patient*innen – Anspruch oder Wirklichkeit

27. Oktober 2017, Hannover

Gesundheitsmanagement in Berufsbildenden Schulen und Ausbildungsbetrieben – Aktuelle Themen und Herausforderungen gemeinsam begegnen

6. November 2017, Hannover

SOPHIA-Fachtagung

10. November 2017, Hannover

Veranstaltungsreihe »Argumente für Gesundheit 2017« –
Kultursensible Medizin

17. November 2017, Hannover

»Ohne uns läuft nichts! – Gesund bleiben in der Kita«
Jahrestagung des Netzwerks Kita und Gesundheit
Niedersachsen 2017

20. November 2017, Hannover

Fachtagung der Gesundheitsregionen Niedersachsen

27. November 2017, Hannover

Schulverpflegung in Bewegung – Essen bildet –
Kultur, Genuss und Vergaberecht

28. November 2017, Hannover

Preisverleihung des 7. Niedersächsischen Gesundheitspreises

28. November 2017, Hannover

XXVII. Niedersächsische Suchtkonferenz

»Traumata und Sucht – Sicherheit finden – Sucht als
Bewältigungsstrategie erlebter Traumata«

29. November 2017, Hannover

Veranstaltungsreihe »Argumente für Gesundheit 2017« –
Genderspezifische Gesundheitsinformation und -ansprache

30. November 2017, Hannover

Bewegte gesunde Schule

6. Dezember 2017, Hannover

Pflegende Angehörige – Depression – Prävention

13. Dezember 2017, Hannover

Jahrestagung Schule und Gesundheit Niedersachsen

14. Dezember 2017, Hannover

SCHATZSUCHE

Programm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens
von Kindern in der Kita
Weiterbildungsdurchgang Herbst 2017

Modul I: Die Schatzsuche beginnt

13. September 2017

Modul II: Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz

14. September 2017

Modul III: Kommunikation und Kooperation mit Eltern

25. Oktober 2017

Modul IV: Umgang mit Vielfalt

26. Oktober 2017

Modul V: Das Eltern-Programm Schatzsuche I

15. November 2017

Modul VI: Das Eltern-Programm Schatzsuche II

16. November 2017



CAREALISIEREN

FORTBILDUNGSPROGRAMM

für Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung

Das Strukturmodell (SIS) in der Tagespflege

9. August 2017

Risikomanagement – Umgang mit der Risikomatrix

10. August 2017

»Aktivieren Sie noch oder lindern Sie schon?« Palliativ Care

31. August 2017

Dienst- und Tourenplanung in der ambulanten Pflege
effizient gestalten

4. September 2017

Jetzt! Angebote Unterstützung im Alltag (AZUA) weiterentwickeln

7. September 2017

Gartentherapie I

11. September 2017

Tanzen im Sitzen zum Thema »Hände«

12. September 2017

Gartentherapie II

12. September 2017

Beratungswissen 2018

21. September 2017

Ich hab da mal ne Frage... Beratungskompetenz

26. September 2017

Fortbildung von Ehrenamtlichen in AZUA

27. September 2017

NIEDERSACHSEN

17.8.2017 » Gemobbt – und was jetzt?, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Tel.: (05 11) 85 87 88, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de, Internet: www.jugendschutz-niedersachsen.de

17.8.2017 » Sport- und Bewegungsplanung im kommunalen Kontext – Ansätze für Kommune und Sportverein, Hannover, Kontakt: LandesSportBund Niedersachsen e. V., Tel.: (05 11) 1 26 80, E-Mail: info@lsb-niedersachsen.de, Internet: www.akademie.lsb-niedersachsen.de

1.-3.9.2017 » 35. Tag der Niedersachsen, Wolfsburg, Kontakt: Stadt Wolfsburg, Tel.: (0 53 61) 28 12 34, E-Mail: servicecenter@stadt.wolfsburg.de, Internet: http://tdn17.stadt.wolfsburg.de/

13.9.2017 » Sterbebegleitung in der Altenpflege – Ethische Herausforderungen, Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik, Tel.: (05 11) 1 24 14 96, E-Mail: zfg@evlka.de, Internet: www.zfg-hannover.de

17.-21.9.2017 » 62. GMDS-Jahrestagung, Oldenburg, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V., Tel.: (0 22 36) 3 31 99 59, E-Mail: info@gmds.de, Internet: www.gmds.de

BUNDESWEIT

7.7.2017 » Zusammenspiel: Sorge und Verantwortung für lokale Gemeinschaften, Berlin, Kontakt: Diakonie Deutschland, Tel.: (0 30) 65 21 10, E-Mail: diakonie@diakonie.de, Internet: www.diakonie.de

7.-8.7.2017 » Sehen im Alter, Bonn, Kontakt: Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V., Tel.: (0 30) 2 85 38 70, E-Mail: info@dbsv.org, Internet: www.dbsh.org

12.7.2017 » Ohne geht es nicht! Betriebliche Gesundheitsförderung als Basis für die Gute Gesunde Kita, Kiel, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V., Kontakt: Tel.: (04 31) 9 42 94, E-Mail: gesundheit@lvfsh.de, Internet: www.lvfsh.de

22.-25.8.2017 » 13. Kongress für Gesundheitspsychologie: Gesundheitspsychologie 4.0 – Konzeptuelle Innovationen, Interdisziplinäre Perspektiven, neue Karrieren, Siegen, Kontakt: Institut für Psychologie Medienpsychologisches Labor Universität Siegen, Tel.: (02 71) 7 40 46 84, E-Mail: kongress-gesundheitspsychologie-2017@uni-siegen.de, Internet: www.gesundheitspsychologie.net

26.-27.8.2017 » 4. Deutscher Patientenkongress Depression, Leipzig, Kontakt: Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Tel.: (03 41) 9 72 45 37, E-Mail: patientenkongress@deutsche-depressionshilfe.de, Internet: www.deutsche-depressionshilfe.de/patientenkongress-2017

30.8.2017 » Bits, Bytes und BGM: Führen im Zeitalter der Digitalisierung, Freiburg, Kontakt: Gesundheitsförderung Schweiz, E-Mail: office.bern@promotionsante.de, Internet: www.bgm-tagung.ch/

31.8.-1.9.2017 » Demografiekongress 2017, Berlin, Kontakt: WISO Institut für Wirtschaft und Soziales GmbH, Tel.: (0 30) 26 39 24 90, E-Mail: presse@wiso-gruppe.de, Internet: www.wiso-gruppe.de

5.-8.9.2017 » Gemeinsam forschen – gemeinsam handeln, Lübeck, Kontakt: event lab. GmbH, Tel.: (03 41) 24 05 96 50, E-Mail: gemeinsam-forschen@eventlab.org, Internet: www.gemeinsam-forschen.de

7.-9.9.2017 » 11. DTPPP-Kongress: Von Wänden und Wenden im Behandlungszimmer – Diagnostik und Therapie im transkulturellen Raum, Bielefeld, Kontakt: CE-Management, Tel.: (00 43) 10 43 00 38, E-Mail: office@ce-management.com, Internet: www.transkulturellepsychiatrie.de/aktuelle-kongresse

13.9.2017 » 6. Kesseler Tagespflege-Tage: Mit Vielfalt Demenz begegnen, Kassel, Kontakt: Arbeitskreis Tagespflege Region Kassel, Tel.: (0 56 05) 80 07 55, E-Mail: info@tagespflege-region-kassel.de, Internet: www.tagespflege-region-kassel.de

13.9.2017 » Gesund und aktiv älter werden: DaSein, Bitterfeld-Wolfen, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V., Tel.: (03 91) 8 36 41 11, E-Mail: magdeburg@lv-g-isa.de, Internet: www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de

18.-20.9.2017 » 5. Hochschultagung: Sichere gesunde Hochschule: »Vision Zero« – Null Unfälle – Gesund lernen und arbeiten, Dresden, Kontakt: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., Tel.: (03 51) 4 57 19 29, E-Mail: paul.kroenert@dguv.de, Internet: www.dguv.de/iag/veranstaltungen/hochschultagung/2017

20.9.2017 » Gesund und aktiv älter werden durch mehr Bewegung, Lübeck, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V., Tel.: (04 31) 9 42 94, E-Mail: gesundheit@lvfsh.de, Internet: www.lvfsh.de

20.-21.9.2017 » DGE-Arbeitstagung Sport und Ernährung, Bonn, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Tel.: (02 28) 3 77 66 31, E-Mail: veranstaltung@dge.de, Internet: www.dge.de/va/tagungen/arbeitstagung-2017

28.-30.9.2017 » 29. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie: Evidenz und Innovation in geriatrischer Diagnostik und Therapie, Frankfurt, Kontakt: Aey Congresse GmbH, Tel.: (0 30) 29 00 65 94, E-Mail: dgg2017@aey-congresse.de, Internet: www.2017.geriatrie-kongress.de

28.-29.9.2017 » Heterogenität des Alter(n)s, Fulda, Kontakt: Aey Congresse GmbH, Tel.: (0 30) 29 00 65 94, E-Mail: dggg-ft2017@aey-congresse.de, Internet: www.dggg-ft2017.aey-congresse.de

2.-4.10.2017 » 27th Alzheimer Europe Conference, Berlin, Kontakt: Alzheimer Europe Office, Kontakt: Tel.: (0 03 52) 29 79 70, E-Mail: info@alzheimer-europe.org, Internet: www.alzheimer-europe.org/Conferences

INTERNATIONAL

10.-14.7.2017 » 66. Internationale Pädagogische Werktagung: Kinderrechte, Salzburg (Österreich), Kontakt: Katholisches Bildungswerk Salzburg, Tel.: (00 43) 6 62 80 47 75 20, E-Mail: kbw@bildungskirche.at, Internet: www.bildungskirche.at

3.-6.9.2017 » XXI World Congress on Safety & Health, Singapur (Singapur), Kontakt: XXI. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, Tel.: (00 65) 64 11 66 90, E-Mail: secretariat@safety2017singapore.de, Internet: www.safety2017singapore.com

27.9.2017 » Frau trifft Alter: Gesundheit zwischen Altersbildern, Rollenklischees und Unsichtbarkeit?, Wien (Österreich), Kontakt: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA), Tel.: (00 43) 93 46 76 62 00, E-Mail: office@netzwerk-altern.at, Internet: www.netzwerk-altern.at