

111

impulse

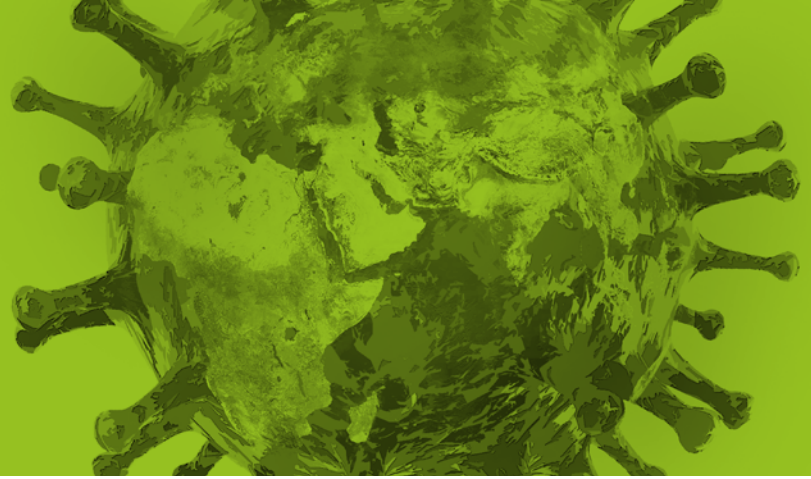
FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

Impulse online unter www.gesundheit-nds.de

Ein Zwischenfazit zur Pandemie

Was haben wir (nicht) gelernt?



EDITORIAL » Bei einer heutigen COVID-19-Inzidenz von 8,5 Fällen in Niedersachsen liegt der Gedanke nahe, wir hätten die Pandemie schon fast hinter uns. Aber es ist ungewiss, ob eine vierte Welle im Herbst oder eine neue Pandemie droht. Als wir diese Ausgabe anfangen zu planen, dachten wir optimistisch, dass es im Sommer 2021 an der Zeit wäre, Lehren aus der Pandemie zu ziehen. Was haben wir gelernt außer der neuen Normalität von FFP2-Masken-Tragen im Alltag?

Diese Pandemie hat sich vor allem als Brennglas für soziale Ungleichheiten erwiesen und als Menetekel, dass öffentliche Gesundheit ein hohes Gut ist, das nicht in desolaten kommunalen Haushaltslagen kaputtgespart werden darf! Die Selbstverständlichkeit, mit der nun Milliarden Euro für den ÖGD locker gemacht werden, wäre sehr viel früher angezeigt gewesen. Pandemiekommunikation per Fax beispielsweise ist europaweit sehr belächelt worden und ein Armutszeugnis für den Stand der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen. Auch jetzt wird leider vielfach nur in Mehr-vom-Selben investiert und nicht in eine grundsätzliche präventive Neuausrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland, wie es einer unserer Schwerpunktartikel nachdrücklich verlangt. Lehren aus der Pandemie könnten auf so vielen Ebenen gezogen werden! Die Beiträge in diesem Heft können bei diesem sich dynamisch entwickelnden Thema leider nicht tagesaktuell sein, zeigen aber deutlich, in welche Richtung es gehen muss. Es gilt vor allem, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die zur Corona-Krise führten, sichtbar zu machen und die Ungleichheiten und Begrenzungen, die sich in der Corona-Krise zuspitzen, zu politisieren und endlich entschlossen zu bekämpfen. Dann besteht Hoffnung auf eine gesündere Zukunft für Alle!

Die nächsten impulse-Ausgaben in diesem nun leider zweiten pandemischen Jahr haben die Schwerpunktthemen »Chancengerechtigkeit« (impulse 112, Redaktionsschluss 15.07.2021) und »Gesundheitskompetenz/Gesundheitskommunikation« (impulse 113, Redaktionsschluss: 31.10.2021). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an diesen kommenden Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und News zu beteiligen.

Mit sommerlichen Grüßen aus Hannover und Bremen, bleiben Sie gesund!

Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Seuchenpolitiken und gesellschaftliche Ungleichheiten	02
Lernen aus der Pandemie – eine skeptische Zwischenbilanz	03
Soziale Ungleichheit in der COVID-19-Pandemie	04
Framing gegen die Pandemie-Müdigkeit	05
Pandemiekompetenz und Gesundheitsförderung	06
Zur Sozialpsychologie der Coronakrise	07
Psychische Folgen der Corona-Pandemie	08
Gibt es eine Generation Corona?	09
Ethische Dilemmata in der Corona-Pandemie	10
Zukunft der Pflegeheime – Lehren aus der Pandemie	11
Solidarität in Zeiten der Pandemie – kritisch betrachtet	12
Die Rolle von Public Health in der Pandemie	14
Ein kleiner Blick in das Pandemiejahr der LVG & AFS	15
Impu!: Von der Aids-Prävention lernen, heißt	16
Keine Patente in der Pandemie!	18
Gesundheitsmanagement an Hochschulen trotz(t) Corona	19
Armut und Corona. Die Landesarmutskonferenz bilanziert	19
Enquete für Gesundheitsversorgung hat ihre Arbeit beendet	20
Eine Public Health-Strategie für Deutschland	21
Ergebnisse der Social Media-Umfrage der LVG & AFS	22
Vernetzungsstelle Seniorenernährung Niedersachsen	24
Niedersächsischer Gesundheitspreis 2021	24
Erfahrungsbericht einer Frau mit einer Behinderung	25
Bürgerforum zur Corona-Pandemie in Baden-Württemberg	26
Der Landkreis Goslar steuert durch die Pandemie	26
Akteur*innen der Gesundheitsförderung berichten zur Pandemie	27
Erleben von Homeoffice in der Hochschulverwaltung	28
Preisverleihung: Gute und gesunde Kita für alle!	29
Gesagt-Getan – Highlights der Präventionsketten Niedersachsen	29
Bücher, Medien	31
Termine	33
Impressum	30



GUNDULA LUDWIG

Seuchenpolitiken und gesellschaftliche Ungleichheiten: Politische Bedingungen der Corona-Krise

Der Medizinhistoriker Malte Thießen beschreibt Seuchen als die »sozialsten aller Krankheiten«, da sie die gesamte Gesellschaft betreffen. Zudem sind Seuchen auch sozial, da sie immer mit Seuchenpolitiken einhergehen. Diese wiederum legen fest, auf welchen Werten eine Gesellschaft beruhen, wer zu dieser gehören und wer geschützt werden soll. Und Seuchen sind sozial, da sie, obwohl sie sich biologisch-körperlich in infizierten und kranken Körpern manifestieren, stets ein Zusammenwirken von biologisch-körperlichen, politischen, sozialen, ökonomischen und kulturellen Kräften sind. Es gibt keinen rein biologischen Zugang zu Körpern und Erkrankungen; die Art und Weise, wie Menschen Seuchen (er-)leben, ist untrennbar verwoben mit Politik: mit kulturellen Wahrnehmungsweisen, die sich an politischen Vorstellungen von Körpern und Gesundheit orientieren, ebenso wie mit globalen sozio-ökonomischen Strukturen und staatlichen Maßnahmen. Von einer derartigen Perspektive auf Seuchen(-politiken) möchte ich im Folgenden einige Überlegungen darlegen. Ich möchte drei Aspekte hervorheben, um die Corona-Krise als gesamtgesellschaftliche Krise zu reflektieren, zu der sie rasch wurde.

1. Das politische Bedingungsgefüge der Pandemie

Dass der Ausbruch einer Pandemie zu einer gesamtgesellschaftlichen Krise führt, ist kein Naturgesetz. Dieser Umstand resultiert nicht aus dem Virus selbst, sondern daraus, dass der Ausbruch der SARS-CoV2-Viren auf eine globale politische Ordnung traf, in der die Sorge um Leben, Gesundheit und Körper nachrangig behandelt wird. Die kapitalistische Grunddynamik der globalen politischen Ordnung stellt nicht die Bedürfnisse und Sicherheit aller Menschen, sondern die Vermehrung von Kapital an oberste Stelle. Dies führte gleich zu Beginn der Pandemie dazu, dass Schutzrüstungen zur Mangelware wurden, und aktuell resultiert dies darin, dass die (Patente der) Impfstoffe nicht frei zugänglich sind, son-

dern von Staaten gekauft werden müssen und die Preise hier entlang neokolonialer Machtverhältnisse stark variieren. Die Impffourcen in Staaten des Globalen Nordens unterscheiden sich deutlich von jenen des Globalen Südens. Die kapitalistische Logik zeigt sich auch darin, dass Lockdowns gegen Profitinteressen abgewogen werden, Arbeiter*innen in Internet-Zusteller-Firmen bei positivem Corona-Test-Ergebnis aus Angst, ihre ohnehin schon prekären Jobs zu verlieren, weiter zur Arbeit gehen, und es in der Rüstungsindustrie auch in einer Pandemie zu keinem Produktionsstopp kam.

Dass Gegenwartsgesellschaften nicht die Sorge um das Leben und die Gesundheit aller als ihr Grundprinzip erachten, zeigt sich insbesondere im Care- und Pflegebereich. Tätigkeiten, die mit körperlicher Abhängigkeit, Bedürftigkeit, der Unkontrollierbarkeit von Körpern, Krankheit und Sterben befasst sind, werden als niedrig angesehen und meist an Frauen, oftmals rassifizierte und migrantisierte Frauen, delegiert, die diese privat oder in schlecht bezahlten Jobs und unter prekären Arbeitsbedingungen übernehmen. Der Neoliberalismus der letzten Jahrzehnte hat im Gesundheits- und Pflegebereich im Namen von Kostensenkung und Effizienzsteigerung dazu geführt, dass bedürftige Menschen oftmals nur mangelhaft versorgt und Alten- und Behindertenbetreuer*innen, Krankenpfleger*innen, 24-Stunden-Pfleger*innen und Reinigungskräfte eine immense Verdichtung ihrer Arbeit erfuhren. Diese Brüchigkeit der Organisation von Pflege, Vorsorge und Versorgung spitzt sich in der Corona-Krise ganz unverhohlen zu. Eine Gesellschaft, die auf der Verleugnung von Abhängigkeit, Vulnerabilität und Sorge aufbaut, kann weder eine nachhaltige noch ein vorsorgende sein. Diese strukturelle Vernachlässigung von Sorge bildet das politische Bedingungsgefüge, das dazu führte, dass sich eine Gesundheitskrise wie die Covid-19-Pandemie zu einer gesamtgesellschaftlichen Krise ausweiten konnte.

2. Die Pandemie als Brennglas für soziale Ungleichheit

In der Corona-Krise werden wie in einem Brennglas soziale Ungleichheiten sichtbar. Auch das liegt wiederum nicht an der Pandemie selbst, sondern an den Pandemiepolitiken. Diese haben den Effekt, dass das Virus zwar alle Menschen treffen kann, aber nicht alle gleich gefährdet sind. Während zu Beginn der Pandemie deutsche Urlauber*innen in groß angelegten Rückholaktionen nach Deutschland zurückgeholt wurden, bleiben Geflüchtete in den Lagern an den EU-Außengrenzen bis heute weiterhin schutzlos; während tausende Hotelzimmer leer stehen, bleiben wohnungslose Menschen den Gefahren einer Ansteckung ausgesetzt; auch der Schutz von Menschen in Gefängnissen ist in den staatlichen Maßnahmen nicht vorrangig, in vielen Gefängnissen kam es in der Pandemie zu Haftverschlechterungen.

Auch die Kosten der Pandemie sind entlang von Klassen-, Geschlechter-, sexuellen, ability- und neokolonialen Verhältnissen ungleich verteilt: für alleinerziehende Mütter bedeuten Schul- und Kita-Schließungen noch mehr Zusatzbelastungen, Home-Schooling vertieft die Bildungsunterschiede entlang von Klassen- und Migrationsverhältnissen, prekären Arbeiter*innen wird vielfach Home-Office verwehrt und Reinigungskräfte in öffentlichen Gebäuden erfahren aufgrund der notwendigen Hygienemaßnahmen, aber gleichzeitig fehlenden Personalaufstockungen eine immense Arbeitsverdichtung.

3. Politische Antworten auf Ungewissheit und Unkontrollierbarkeit

Die Covid-19-Pandemie legt die Verletzbarkeit von Menschen ebenso frei wie sie Menschen mit Ungewissheit und Unkontrollierbarkeit konfrontiert – auch jene, denen aufgrund neokolonialer Privilegien diese Erfahrung in den letzten Jahrzehnten weitgehend fremd bleiben konnte. Der dominante Umgang, der in staatlichen Seuchenpolitiken auf diese Ausnahme-situation bezogen bereitgestellt wird, ist in vielerlei Hinsicht begrenzt: Anstatt Politik zu einem Raum zu machen, in dem Unsicherheiten artikuliert und kollektiv bearbeitet werden können, wird Politik auf das Versprechen reduziert, Unsicherheit durch Gewissheit, Souveränität und eine starke Führung überwinden zu können. Dieses Politikverständnis korreliert mit der Aufforderung, dass die Menschen trotz Erschöpfungszuständen, Zusatzbelastungen, Angst und Sorge weitgehend funktionieren sollen: Es gibt kaum Arbeitserleichterungen – weder für Menschen, die in systemrelevanten Berufen tätig sind, noch für Menschen mit Sorgverpflichtungen oder beispielsweise Schüler*innen – und es gibt kaum emanzipatorische Diskurse über einen guten, nachhaltigen Umgang mit Unsicherheit und Unkontrollierbarkeit. Darüber hinaus sind die aktuellen Seuchenpolitiken problematisch, da sie von dem Versprechen einer baldigen Rückkehr zur Normalität getragen werden.

Vor dem Hintergrund, dass wir uns bereits vor der Corona-Krise in einer »Vielfach-Krise« befanden – in einer Krise des globalen Kapitalismus, einer Care-Krise, einer sozio-ökologischen Krise, einer Krise der Demokratie und zunehmenden Autoritarisierung der Politik –, kann der Ausgang aus der Corona-Krise nicht in der Rückkehr zur »Normalität« bestehen. Vielmehr gilt es, die politischen Strukturen, die zur Corona-Krise führten, sichtbar zu machen und die Ungleichheiten und Begrenzungen, die sich in der Corona-Krise zuspitzen, zu politisieren. Es braucht emanzipatorische Seuchenpolitiken, die gesellschaftliche Transformationsprozesse anregen, sodass Gesellschaft und Politik nicht mehr auf einer strukturellen Vernachlässigung von Sorge aufbauen, sondern von der Sorge für das Leben aller ausgehend neu entworfen werden.

Literatur bei der Verfasserin

DR. GUNDULA LUDWIG, Universität Bremen, Institut für interkulturelle und internationale Studien, Mary-Somerville-Straße 7, 28359 Bremen, E-Mail: gundula.ludwig@uni-bremen.de

MATTHIAS GRUHL

Lernen aus der Pandemie – eine skeptische Zwischenbilanz

Erkenntnisse

Im Sommer 2020 war alles noch deutlich klarer. Die erste Welle hatte Deutschland im internationalen Kontext gut überstanden, das Gesundheitswesen stand heldenhaft da und wurde beklatscht. Der Gesundheitsminister gab auf dem Höhepunkt seiner Beliebtheit Interviews in amerikanischen Zeitschriften über den »Wonderful German Way« und alle waren bereit, erkannte Defizite zu benennen und Veränderungen bald umzusetzen:

- » Systemisch hatte Gesundheit an Bedeutung unzweifelhaft gewonnen: Das Gesundheitswesen wurde nicht wie bisher als Kostenfaktor, sondern als Investition in die Qualität unserer Gesellschaft begriffen.
- » Fast erschien es möglich, die übliche begrenzte Sicht der einzelnen Player auf ihren Teil des Gesundheitswesens durch eine gesamtgesellschaftliche Betrachtung der gesundheitlichen Notwendigkeiten abzulösen.
- » Im Krankensektor sollte nicht das Bewahren der jetzigen Strukturen, sondern die Differenziertheit, die Spezialisierung und die Konzentration künftig Vorrang haben. Das beinhaltet die Schließung von Häusern in Ballungsgebieten oder die Umwandlung in regionale ambulant-stationäre Gesundheitszentren im ländlichen Raum.
- » Die Primär- beziehungsweise hausärztliche Versorgung hat sich in der Krise als dezentraler Filter bewährt und bestätigt die Bedeutung für die Versorgung leichter und mittlerer Infektionen sowie nun auch für die Impfungen.
- » Der öffentliche Gesundheitsdienst mit seiner präventiven Ausrichtung – teilweise hoheitlich unterstützt – war zu lange vernachlässigt worden. Er sollte neues Leben erhalten und finanziell, organisatorisch und strategisch stärker auf seine präventive Handlungsfähigkeit ausgerichtet werden.
- » Die Personalnot und fehlende spezifische Prävention in den Altenpflegeeinrichtungen mit den fatalen Mortalitätsraten begründeten nachdrücklich die Notwendigkeit einer Reform der Pflegeversicherung: mehr Personal, mehr Möglichkeiten für Professionalität, mehr ambulante Leistungen, mehr Geld.
- » Die sture Verweigerung vieler Leistungserbringer einer digitalen Aus- und Aufrüstung konnte in eine neue Normalität bis Begeisterung für digitale Anwendungen umgewandelt werden – mit der klaren Aussage: mehr davon!
- » Gesundheitsbewusstes Verhalten wurde zur gesellschaftlich anerkannten Norm. Durch das Thema Infektionsprävention bietet sich die einmalige Chance, Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt zu stärken.

Hoffnungsschimmer

Erstes sichtbares Zeichen für diese positive Entwicklung war der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), der für die dritte Säule des deutschen Gesundheitswesens mit vier Milliarden Euro ein Versprechen machte: Ihr bekommt mehr Personal, eine bessere oder erstmalige Digitalisierung für eure Standardabläufe, wir sorgen für mehr Attraktivität der Ausbildung und – ganz wichtig – durch Stiftungsprofessuren und wissenschaftliche Durchdringung erhaltet ihr ein gemeinsames abgesichertes Fundament und eine wissenschaftliche Weiterentwicklung. Das ist entscheidend für die Transformation des ÖGD: gab es doch bisher gar keinen deutschen ÖGD, sondern knapp 400 Spielarten, eine in jedem Gesundheitsamt. Nicht mal ein Lehrbuch für dieses fachärztliche Gebiet existierte.

Also viel Hoffnung, Aufbruch und neue Ideen für lang erkannte Defizite unseres Gesundheits- und Pflegewesens.

Frust

Aktuell ist natürlich vieles von den Gedanken noch richtig, aber auch wieder anders. Es macht sich eine lähmende, nörgelnde Unlust breit. Deutschland begeistert sich im Lamentieren, in Schuldzuweisungen und egoistischem Impfdrängen. Wir wa-



ren nicht mehr das glorreiche Vorbild, sondern staunten über die Impfkampagnen in nicht nur beliebten Staaten. Hausärzt*innen bekämpfen Impfzentren, der Impfstoff wird zur Glaubensfrage. Auf Intensivstationen findet ein täglicher Bodycount statt, obwohl 2020 insgesamt weniger Menschen dort behandelt wurden. Statt Hoffnung und Zukunftsoptimismus sind Befürchtungen und Ängste angesagt.

Wo bleiben die guten Botschaften? Es gibt doch circa 30 Prozent weniger Patient*innen in den Praxen, weil plötzlich Verhältnis- und Verhaltensprävention wirken: keine Erkältungskrankheiten, keine Grippewelle, weniger Sportunfälle, weniger Betriebsunfälle. Oder: nach der Auswertung des Institutes für das Entgeldsystem im Krankenhaus nahmen 2020 in den Krankenhäusern die unnötigen, ambulant-sensitiven Krankenhausfälle ab, weil die Menschen erkannt haben, dass vieles ambulant gut machbar ist. Eigentlich ein paar erfreuliche Tatbestände, die auch mal eine Meldung wert wären. Falsch: die Botschaft der jeweiligen Interessenvertretung lautet, dass die Vertragsärzt*innen einen größeren staatlichen Rettungsschirm brauchen, weil die Patient*innen gesund bleiben und dass die Krankenhäuser für bisher unnötige Leistungen bitte kompensiert werden sollen.

Skepsis bis hin zur Resignation

Die neue Digitalisierungseuphorie bekommt Kratzer, da die Corona-App nicht überzeugte und der digitale Impfpass auf sich warten lässt. Die Gesundheitsämter sollen endlich einheitlich untereinander vernetzt werden, haben aber aus verständlichen Gründen jetzt nicht die Muße, im Galopp die Software zu wechseln. Der digitale Flickenteppich bleibt dort weiterhin noch Realität. Es fehlt eben auch hier die Instanz, die den Schulterschluss im ÖGD vorantreibt.

Ob die Expert*innenkommission zur Zukunft des ÖGD, die kürzlich ihre Arbeit aufgenommen hat, diese Rolle übernehmen kann, bleibt abzuwarten. Ihr Auftrag ist eher auf die Vorbereitung einer nächsten Pandemie ausgerichtet als auf eine grundsätzliche präventive Neuausrichtung des ÖGD.

Deutschland ist mit sich selbst beschäftigt. Die Stimmen für einen Aufbruch in der Zeit danach sind im Gesundheitswesen in letzter Zeit viel ruhiger geworden. Es geht eher in die Richtung: »Hoffentlich ist es bald vorbei«. Und dies ist dann erfahrungsgemäß (siehe BSE, SARS, EHEC oder Schweinegrippe) die Stimmung, um die Akte der Vergangenheit schnell zuzu-

klappen und alles wie früher weiterzumachen, Reformen erst einmal nach hinten zu verschieben, bloß keine Unruhe jetzt, wir brauchen erst mal eine Pause.

Der Lackmus-Test für einen Neuausrichtung wird der Koalitionsvertrag Ende des Jahres sein. Und da geht es aller Voraussicht nach primär um ein ganz neues Ziel: sparen, sparen und noch mehr sparen und deshalb jetzt keine weiteren (teuren) Veränderungen im Gesundheits- und Pflegewesen.

Prävention ist die optimistische, zukunftsgerichtete, für und mit Patient*innen entscheidende Perspektive, mit der mehr Gesundheit für das Individuum und die Gesellschaft erreicht wird. Die Landesvereinigungen für Gesundheit stehen für diese Grundhaltung. Wie gerne hätte ich deshalb hier den notwendigen politischen Reformwillen aus der Pandemie für diese Idee proklamiert. Aber ich muss enttäuschen: Bei mir wachsen die Zweifel, ob das gelingt. Ich hoffe, ich habe mich geirrt.

Der Artikel wurde Mitte Mai abgeschlossen.

DR. MATTHIAS GRUHL, Facharzt für ÖGW und Allgemeinmedizin, Staatsrat a.D.,
E-Mail: hbzr186@gmail.com

NICO DRAGANO

Soziale Ungleichheit in der COVID-19-Pandemie

Aus früheren Epidemien und Pandemien ist bekannt, dass Infektionskrankheiten sozioökonomisch benachteiligte Menschen, Regionen und Länder in besonderer Weise bedrohen. Dass dies auch auf COVID-19 zutrifft, ist früh vermutet worden. Zunächst fehlten aber Daten, um dieses Muster auch nachweisen zu können. Dies hat sich mittlerweile geändert. Es wurden zahlreiche Studien veröffentlicht, die zeigen, dass es ausgeprägte soziale Ungleichheiten in der Pandemie gibt – auch in Deutschland. Die wichtigsten Ergebnisse hierzu werden im Folgenden für zwei Aspekte der Pandemie kurz zusammengefasst: das Risiko, sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren, und das Risiko, dass bei einer Infektion ein schwerer Krankheitsverlauf eintritt.

Ungleiche Infektionsrisiken

Bislang am besten untersucht sind Zusammenhänge zwischen regionalen Infektionszahlen und der sozialen oder wirtschaftlichen Situation in diesen Gebieten. Hierzu liegen Studien aus vielen Ländern vor und die Mehrzahl berichtet von höheren Inzidenzen in Gebieten, in denen viele arme Menschen wohnen, die Arbeitslosigkeit hoch ist, Menschen auf wohlfahrtsstaatliche Unterstützung angewiesen sind oder Bevölkerungsgruppen leben, die aufgrund von Herkunft oder Hautfarbe diskriminiert werden. Es gibt aber auch einzelne abweichende Ergebnisse, insbesondere aus früheren Phasen der Pandemie, wie höhere Infektionszahlen in sozioökonomisch besser gestellten Gebieten. Dies konnte auch für Deutschland beobachtet werden, wobei sich die räumliche Verteilung im Verlauf der Pandemie umkehrte und besonders in der zweiten und dritten Welle benachteiligte Gebiete stärker betroffen waren.

Bislang sind nur wenige Studien mit Individualdaten durchgeführt worden. Sie zeigen, dass auch das individuelle Infektionsrisiko mit sinkender sozialer Position steigt. In der UK

Biobank Kohorte etwa wurde für Studienteilnehmende mit geringer Bildung, geringem Einkommen oder Arbeitslosigkeit ein höheres Risiko eines positiven COVID-19-Tests im Vergleich zu Personen ohne Benachteiligung nachgewiesen.

Die Erklärung dieser Zusammenhänge ist nicht abgeschlossen, einzelne Zusammenhänge sind aber bereits bekannt. Grundsätzlich erhöht sich das Ansteckungsrisiko mit SARS-CoV-2 mit jedem direkten Kontakt zu Personen, der räumlichen Nähe dieses Kontakts, dessen Dauer und ungünstigen Umgebungsbedingungen, insbesondere geschlossene, ungelüftete Räume und fehlende Hygienemaßnahmen. Zentral ist, dass die soziale und ökonomische Lage mit darüber entscheidet, wie hoch das Ausmaß risikoreicher Kontakte ist, wie zwei Beispiele verdeutlichen sollen. Erstens leben Menschen mit geringem Einkommen überdurchschnittlich häufig in beengten Wohnverhältnissen, sind auf den öffentlichen Nahverkehr angewiesen oder können sich Material zum persönlichen Schutz nicht leisten. Zweitens üben gerade prekär Beschäftigte Tätigkeiten mit direktem Personenkontakt aus und können sich entsprechend nicht in den Schutz des Homeoffice zurückziehen. Neben den aus solchen Prozessen resultierenden höheren Expositionsrisiken, das heißt der Wahrscheinlichkeit, auf eine infizierte Person zu treffen, spielt auch die Wahrscheinlichkeit eine Rolle, sich bei einem Erregerkontakt tatsächlich zu infizieren (Suszeptibilität). Ein schlechteres Immunsystem aufgrund von Vorerkrankungen oder chronischen Stressbelastungen ist hier von Nachteil und es ist bekannt, dass Stress und chronische Krankheiten sozial ungleich verteilt sind.

Schwere Verläufe

Während eine Infektion bei vielen Menschen keine oder nur leichte Symptome auslöst, erkranken andere so schwer, dass eine Krankenhausbehandlung nötig ist oder sie sogar versterben. Schwere Verläufe treten, das zeigen mittlerweile zahlreiche Studien, bei sozioökonomisch benachteiligten Menschen häufiger auf. Beispielsweise haben in Deutschland Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit nahezu doppelt so häufig wie Erwerbstätige eine COVID-19-Krankheitsdiagnose. Auch die Sterblichkeit ist erhöht, wie Untersuchungen sowohl zur regionalen Verteilung von Todesfällen in benachteiligten Gebieten als auch Studien zu individuellen Sterberisiken nachweisen konnten. Die Ursachen sind auch hier nicht völlig geklärt. Plausibel ist jedoch ein Zusammenhang mit den erhöhten Infektionsrisiken und ein negativer Einfluss von Vorerkrankungen. Gerade Erkrankungen, die eine ungünstige COVID-19-Prognose zur Folge haben, wie zum Beispiel Herzkrankheiten oder chronische Lungenkrankheiten, sind bekanntermaßen sozial ungleich verteilt, was die Häufung schwerer Verläufe bei sozioökonomisch benachteiligten Menschen erklären könnte.

Schlussfolgerungen

Nach allem, was bislang bekannt ist, ist COVID-19 eine Erkrankung, die sozial ungleich verteilt ist. Angesichts der weltweiten Fallzahlen und mehreren Millionen Todesfällen wäre eigentlich eine schnelle und umfassende Reaktion auf diese Beobachtung notwendig. Erfolgt ist diese bislang aber nicht. Möglichkeiten zum Handeln sind jedenfalls vorhanden. Es müssten schlichtweg gängige Public Health-Ansätze angewandt werden. Es beginnt mit einer Messung des Problems: Bislang weisen nur wenige Regionen in Deutschland Infekti-

onszahlen spezifisch für einzelne Gebietstypen, zum Beispiel ärmere Stadtteile, aus, sodass vielfach Ungleichheiten gar nicht bekannt werden. Sind Risiken aber genauer charakterisiert, können gezielt Schritte unternommen werden, um Probleme zu identifizieren, Lösungen zu finden und diese umzusetzen. Es gäbe eine Vielzahl von einzelnen Lösungen, die von der Aufklärung über prioritäres Impfen in Risikogebieten, einer Verschärfung des Arbeitsschutzes bis hin zur Schaffung von Spielflächen für Kinder in beengten Wohngebieten reichen könnten. Die betroffenen Menschen und die Public Health-Verantwortlichen vor Ort müssten aber mit Ressourcen und Rückhalt ausgestattet werden, um diese Lösungen finden zu können.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. NICO DRAGANO, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, E-Mail: dragano@med.uni-duesseldorf.de

CHRISTOPH KLIMMT, EVA BAUMANN, MAGDALENA ROSSET

Framing gegen die Pandemie-Müdigkeit: Empfehlungen aus der strategischen Gesundheitskommunikation

Die Corona-Notbremse, aber auch alle Beschränkungen, die Bund und Länder zur Eindämmung des Corona-Infektionsgeschehens bis dato beschlossen und umgesetzt haben, treffen auf eine Bevölkerung, die seit mehr als einem Jahr durch die Auswirkungen der Pandemie belastet ist. Je länger die Krise dauert, desto weniger Bewältigungsressourcen – psychische, soziale, ökonomische – stehen den Menschen zur Verfügung. Besonders bei jenen, die sozial benachteiligt und prekären Lebens- und Arbeitsverhältnissen ausgesetzt sind, aber auch bei vielen Unternehmen, selbstständig Tätigen, Organisationen und Vereinen hinterlassen die Corona-Maßnahmen drastische Spuren. So ist es gut erklärbar, dass sich – zunehmend auch prominente – kritische Stimmen öffentlich äußern.

Andere Kommunikationsstrategien sind erforderlich

Für einen konstruktiven Umgang mit Unmut und Ablehnung der Infektionsschutzmaßnahmen ist ein kommunikationsstrategisch kluges Vorgehen erforderlich. Die Kommunikationswissenschaft, insbesondere das Feld der strategischen Gesundheitskommunikation, befasst sich intensiv mit der Frage, wie unangenehme (vor allem freiheitseinschränkende) Maßnahmen so vermittelt werden können, dass das Verständnis und die Unterstützung in der Bevölkerung erhöht werden. Die Vermeidung von Reaktanz – einer Widerstandshaltung gegen empfundene Einschränkungen der eigenen Wahl- und Handlungsfreiheit – ist dabei eines der zentralen Ziele.

Mit dem Begriff »Framing« (der »Rahmung« einer Botschaft) wird beschrieben, welche Sicht auf ein Problem, welche Ursachenzuschreibungen, Bewertungen und Lösungsperspektiven in der Kommunikation betont und welche hintenangelassen werden. Framing kann strategisch genutzt werden, um eine spezifische Interpretation eines Themas nahezu legen, das eigene Handeln zu legitimieren und eine bestimmte Position im Wettstreit mit den Frames anderer Akteur*innen durchzusetzen. Bestimmte Botschaftsstrategien erhöhen die

Chance, die Reaktanz in der Bevölkerung zu begrenzen und zur Unterstützung der Maßnahmen zu mobilisieren.

Entsprechend wäre den Regierungen und Behörden des Bundes und der Länder zu raten, ihre Kommunikationsstrategie in mehreren Punkten zu überdenken.

» 1. Ein Großteil der Bevölkerung hat die in den meisten Fällen berechnete Wahrnehmung, bereits seit langer Zeit ein hohes Maß an Mitwirkung und Verantwortungsbewusstsein zu praktizieren. Die gegenwärtige implizite Botschaft »Euer Verhalten ist unzureichend« kann in diesem Kontext zu Verärgerung und Reaktanz führen. Stattdessen wäre die Ursachenzuschreibung auf die Aggressivität und Hartnäckigkeit des Virus zu fokussieren; dies wäre der Situation angemessen und hätte das Potenzial, statt Reaktanz die Bereitschaft zum Eigenschutz und zum Schutz anderer Menschen zu befördern.

» 2. Bei einem solchen Risikoappell ist es wichtig, keine furchtinduzierende Form der Darstellung zu wählen, da diese ebenfalls einen Impuls zur Reaktanz evozieren kann. Entsprechend sollte die Kommunikation – bei allem gebotenen Verweis auf die Ernsthaftigkeit der Lage – möglichst wenig dramatisierend und emotionalisierend sein und vor allem die Risikobotschaft mit einem Hinweis auf Selbst- und Handlungswirksamkeit versehen, das heißt mit dem Verweis auf die Möglichkeit, dass jede*r selbst effektiv etwas tun kann.

» 3. Die Verkündung von Beschränkungen des öffentlichen Lebens sollte noch deutlicher als eine Form der sozialen Unterstützung gerahmt werden. Dies sollte gekoppelt werden mit Aussagen zur Wertschätzung der bisherigen Anstrengungen. Respekt und Lob für die bereits geschulterten Lasten und erbrachten Opfer zu kommunizieren, würde die Chance öffnen, die aufgezeigte Lösungsperspektive als »Aufsetzen auf das bereits Erreichte« zu rahmen und nicht als leider notwendige radikale Umkehr angesichts des Scheiterns der bisherigen Bemühungen.

» 4. Die Verkündung von Einschränkungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen sollte unmittelbar in Verbindung mit Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen kommuniziert werden. Zuerst die »bittere Pille« zu verabreichen und Unterstützungsmaßnahmen für Betriebe und andere Betroffene erst im Nachgang zu konkretisieren, belässt die Aufmerksamkeit auf dem Aspekt der Zumutungen. Ein Framing der Maßnahmen als Gesamtstrategie, die auch Unterstützung wie zum Beispiel Entschädigungszahlungen oder Handlungsempfehlungen für die Zeit der häuslichen Selbstisolation umfasst, wäre geeigneter, um die Wahrnehmung auf Aspekte der Bewältigungsfähigkeit durch Unterstützung zu lenken und damit die »Bitterkeit« der verabreichten »Pille« zu mildern.

» 5. Maßnahmen sollten nicht als »Verordnung von oben«, als Anwendung politischer, aus dem Infektionsschutzgesetz abgeleiteter Sonderrechte gerahmt werden, die eine Trennung zwischen den »Befehlenden« und den »Befehlsempfänger*innen« implizieren. Stattdessen sollte das Maßnahmenpaket als kooperatives, solidarisches Vorhaben aller Bürger*innen, Organisationen und staatlichen Stellen gerahmt werden. Es könnte auch einen Gegenpol zur Deutung des Themas durch jene Gruppierungen bieten, die sich den Maßnahmen verweigern und versuchen, durch gegensätzliches, im Sinne des Infektionsschutzes dysfunktionales Framing zu mobilisieren.

» 6. Schließlich scheint es geboten, das eigentliche Problem in aller Sachlichkeit deutlicher zu kommunizieren: Es geht da-

rum, das Leben vieler Menschen zu retten. Mit den täglichen Meldungen über »Fälle«, »Infizierte« und »Tote« scheint eine Gewöhnung bei Medien und Bevölkerung eingetreten zu sein, die das Problembewusstsein teilweise ermüden lässt. Dass die Maßnahmen darauf zielen und dass wir es alle gemeinsam in der Hand haben, wie viele weitere Menschen wegen Corona sterben, sollte daher als Teil des Framings der Maßnahmen deutlich unterstrichen werden: Die Maßnahmen sind ein Akt der Humanität, nämlich des Einstehens für mit dem Tod bedrohte Mitmenschen.

Der Text ist in ähnlicher Form auch hier veröffentlicht:

www.ijk.hmtm-hannover.de/de/hc-quadrat/meldungen/archiv/2020/november/artikel/neuer-beitrag-corona-und-die-wissenschaft/

PROF. DR. CHRISTOPH KLIMMT, PROF. DR. EVA BAUMANN & MAGDALENA ROSSET, Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover, Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung, Expo Plaza 12, 30539 Hannover, E-Mail: christoph.klimmt@ijk.hmtm-hannover.de

ELLIS HUBER

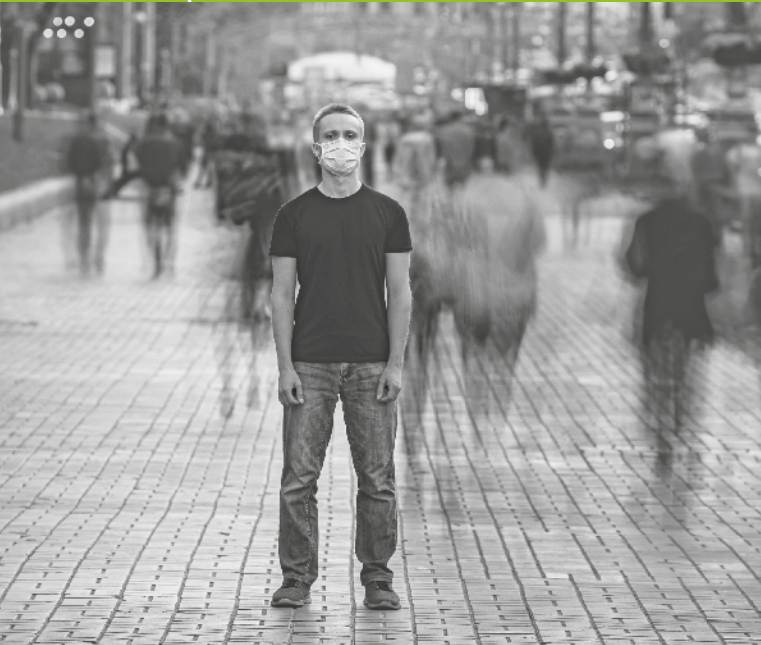
Pandemiekompetenz und Gesundheitsförderung

Gesundheitskompetente Bürger*innen sind die wichtigsten Akteur*innen bei der Bewältigung einer Pandemie. »Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben«, lehrt uns die Ottawa-Charta. Pandemiekompetenz als ein Teil der Gesundheitskompetenz ermöglicht den Menschen, Infektionsrisiken im persönlichen Leben, privat und öffentlich, am Arbeitsplatz und in der Lebenswelt weitestgehend selbst zu managen. Dazu benötigen sie eine ehrliche Risikokommunikation, Instrumente für das Risikomanagement in den jeweiligen Lebenswelten und geeignete Hilfen zur Nachverfolgung und zur Unterbrechung von Infektionsketten.

Das Virus, die Menschen und die Lebenswelten

Die italienische Virologin Ilaria Capua bringt es auf den Punkt: »SARS-CoV-2 ist an sich kein Killervirus. Aber es ist ein Stress-test für unser ganzes System. [...] Dieses Virus ist gefährlich, weil es sehr leicht zu übertragen ist. Nicht, weil es besonders pathogen, also krankheitsregend wäre. Es ist für mich vor allem eine Krankheit unserer Lebensweise.« Das Virus ist nichts, der betroffene Mensch und seine Lebenswelt sind alles. Dieser Satz fasst die Erkenntnisse der Medizin und der Gesundheitswissenschaften im Umgang mit Pandemien, Epidemien und Infektionskrankheiten zusammen. Das individuelle Risikomanagement, die Verhältnisse in den Lebenswelten, die jeweiligen Abwehrkräfte und Resilienzen sind ebenso bedeutsam wie der Krankheitserreger selbst. Die Covid-19 Krankheit ist von sozialen Determinanten geprägt: Armut, Migrationshintergrund und Lebenswelten wie Pflegeheime oder Betriebe mit hohem Stresspotenzial.

Das Coronavirus ist eine von vielen Bedrohungen des Lebens. Die Risikokommunikation sollte das immer wieder transparent machen, damit Angst, Panik und die Emotionen des individuellen wie sozialen Kontrollverlustes minimiert werden.



Nicht nur das Coronavirus allein, auch die Reaktion auf diese Pandemie produziert Krankheiten, gravierende Leiden und wirtschaftliche Schäden. Unterschiedliche Länder sind ungleich betroffen. Ein harter Lockdown korreliert nicht mit den auftretenden Mortalitätsraten. Bedeutsame Faktoren sind das Maß an sozialer Ungleichheit oder Benachteiligung und das Fehlen von sozialem Vertrauen.

Die allgemeinen Regeln sind klar: möglichst wenige Infektionen durch minimale Kontakte, schnelle Erkennung von Infektionen durch Messsysteme und aktive Unterbrechung von Infektionsketten durch sofortige und möglichst kurze Quarantäne der betroffenen Kontaktpersonen. Damit die Menschen in ihren Lebenswelten das Risiko selbst steuern können, müssen sie mit Rat und Tat unterstützt werden. Sie brauchen funktionale Messsysteme und auch technische Hilfen zur Selbstorganisation. Zielgerichtete subsidiäre Aktivitäten sind wichtiger als zentrale Vorschriften. Pandemiebewältigung können Gesundheitsämter und staatliche Organe nicht für die Menschen, sondern nur mit ihnen sicherstellen.

Bürgerschaftliches Selbstmanagement und Demokratisierung

Die Situation mit einer Inzidenz von 140 wird politisch als Katastrophe gedeutet, die radikale Lockdowns und Ausgangssperren notwendig mache. Diese Inzidenz bedeutet, dass in einer Stadt mit 10.000 Einwohner*innen täglich zwei Infektionen und in einem Dorf mit 1.400 Einwohner*innen zwei Infektionen pro Woche gemessen werden. Nun müssen wir schauen warum und wo. Ist es in einem Pflegeheim, nutzen Ausgangssperren für 9.998 Einwohner nichts. Ist ein Unternehmen betroffen oder ein Kindergarten, ist es notwendig, die Verbreitung aus diesen kleinen Lebenswelten zu stoppen. Das lokale und kommunale Risikomanagement braucht also individuelle, zielorientierte, an den betroffenen Menschen ausgerichtete Maßnahmen vor Ort. Die Menschen und die Einrichtungen müssen selbst handeln: Testen, Nachverfolgen, Quarantänen organisieren, Ausbreitung eindämmen und notwendige Behandlungen sicherstellen.

Was wir stattdessen erleben, ist eine Infantilisierung der Bevölkerung und ein trotziges Aufbegehren gegen autoritative Bevormundung, also eine kommunikative Kollusion: ein unreflektiertes, unbewusstes und von den Akteur*innen oben wie unten selbst inszeniertes »Arrangement«. Wir haben es

mit einer kollektiv neurotischen Verhaltensweise zur Bewältigung des Kontrollverlustes zu tun. Die Mächtigen oben spielen Herrschaft, die alles im Griff hat und das Volk mit Anordnungen zur Vernunft bringt. Die Leute unten gehen in eine kindliche Abhängigkeit, empfinden Angst oder Aggressivität, sind renitent oder folgsam, spielen also das Warten auf eine*n Retter*in oder die Wut auf die unfähigen Politiker*innen. Die Infektionsabwehr scheitert in dieser Konfliktlage. Es scheint, als ob Politiker*innen ihren eigenen Kontrollverlust mit rigiden Maßnahmen abwehren und die Menschen ihre Angst durch Leugnung oder Dämonisierung verdrängen. Die Strategie der Pandemiebewältigung folgt in Europa vornehmlich einem autoritativen Politik- und Machtverständnis. Länder wie Finnland oder einzelne Kommunen wie Tübingen oder Rostock versuchen eine Politik der Beteiligung umzusetzen. »Bottom-up«- statt »Top-down«-Strategien setzen auf bürgerschaftliches Selbstmanagement. Sie investieren in die aktive und informierte Beteiligung der Bürger*innen in ihren jeweiligen Lebenswelten. Die Demokratisierung des Gesundheitswesens und die Entfaltung von Pandemiekompetenz mit den Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz wie zum Beispiel Tracing Apps, lokales Casemanagement oder bürgerschaftliche Selbstorganisation in kommunaler Verantwortung sind jetzt die innovative Lösung.

Literatur beim Verfasser

DR. MED. ELLIS E. HUBER, Vorstandsmitglied Der PARITÄTISCHE, Landesverband Berlin e. V., Vorsitzender des Berufsverbandes der Präventologen e. V., Bleibtreustraße 19, 10623 Berlin, E-Mail: ellishuber@t-online.de

GERHARD VINNAI

Vernunft und Irrationalität – Zur Sozialpsychologie der Coronakrise

Die bestehende Gesellschaft erzeugt bei ihren Mitgliedern vielerlei rationale und irrationale Ängste. Sie erzeugt Ängste vor sozialer Isolierung, vor Liebesverlust, vor der Erfahrung von Ohnmacht oder dem Fehlen von Anerkennung. Solche Ängste haben eine gesellschaftliche Basis in der Bedrohung durch materielle Not, den sozialen Abstieg, der Hilflosigkeit im Alter oder auch einer heraufziehenden Klimakatastrophe. Die Bedrohung durch die Corona-Pandemie nimmt vielerlei solche aus verschiedenen Quellen resultierende Ängste durch Verschiebung in sich auf, die sie in gewisser Weise als Angst vor dem Virus bündeln kann.

Die Suche nach Autoritäten

Man kann aus Angst davor, zu erkranken und dadurch die Kontrolle über den Körper und das eigene Selbst sehr weitgehend zu verlieren, den Drang entwickeln, sich kompetent erscheinenden Autoritäten unterzuordnen, die versprechen, diese Gefahr zu reduzieren, indem man sich von ihnen verordneten Regeln unterwirft. Die Suche nach solchen Autoritäten kann sinnvolle Züge erlangen, wenn diese mit wissenschaftlicher und politischer Kompetenz ausgestattet sind und bereit sind, sich öffentlich in permanenten kritischen Auseinandersetzungen zu legitimieren. Die von der Mehrheit der Bevölkerung akzeptierten, gegen die Coronakrise gerichteten staatlichen Ordnungsregeln erlangten dadurch in Deutschland einen rationalen Kern.

Wo für eine Demokratie wesentliche Freiheitsrechte zur Seuchenbekämpfung außer Kraft gesetzt werden, besteht die Gefahr, dass autoritäre Formierungen in der Krise bevorzugt werden und auch nach dem Ende der Krise fortwirken. Dadurch kann ein von Ängsten aufgeladenes Ordnungs- und Sicherheitsbedürfnis die Offenheit für notwendige soziale Veränderungen untergraben. Eine Bevölkerung, die sich während der Krise an kaum vermeidbare obrigkeitliche Anordnungen gewöhnt hat, und Politiker*innen, die zur Machtausübung Gefallen an diesen gefunden haben, können einer sozialen Tendenz Kraft verleihen, die zu einer Ordnung und Sicherheit versprechenden autoritären politischen Formierung neigt. Die Ängste vor dem Coronavirus beziehungsweise die Angst, die Kontrolle über die eigene Leiblichkeit durch dieses zu verlieren, können mithilfe von Autoritätsbindungen an medizinische und politische Autoritäten reduziert werden. Sie können aber auch dadurch abgewehrt werden, dass man die Autoritäten, die notwendige Ordnungen garantieren, als willkürliche entschieden ablehnt. Diese Einstellung kann fatale Folgen haben, wenn damit verbunden zugleich die Bedrohung durch das Coronavirus bagatellisiert wird und sinnvolle Ängste, die zu Vorsichtsmaßnahmen gegen dieses Virus drängen, nicht wirksam werden können. Aus Angst davor, von der Wahrnehmung gefährlicher Realitäten psychisch überwältigt zu werden, kann die mit ihnen einhergehende Bedrohung geleugnet werden.

Verschwörungstheorien

Verschwörungstheorien haben vor allem die Funktion, Ängste abzuwehren und dafür für Bedrohliches, wissenschaftlich schwer zu Erklärendes erträglicher erscheinende Bewusstseinsformen zu nutzen. Sie werden besonders machtvoll, wenn sie kollektivierbar sind und dabei nicht einem nüchternen Realitätssinn, sondern propagierten Wunschwelten gehorchen, die eine besondere motivierende Kraft erlangen können. Wenn ein Denken mit wahnhaften Zügen vor allem die Funktion hat, Ängste abzuwehren und eine Nähe zu Gleichgesinnten zu finden, die Sicherheit verspricht, bedeutet das, dass es nur begrenzt durch Versuche der Aufklärung bekämpft werden kann. Da es sehr weitgehend in Ängsten vor äußeren und inneren Realitäten wurzelt, die nicht begriffen werden, ist es vor allem notwendig, soziale Verhältnisse und Beziehungen zu schaffen, die diese Ängste der Bearbeitung zugänglich machen. Natürlich müssen irrationale rassistische Interpretationen oder Gefahren leugnende Denkmuster mitunter auch sehr entschieden bekämpft werden, um einer notwendigen Aufklärung oder der seelischen und körperlichen Gesundheit Räume zu sichern, aber es kommt letztlich darauf an, Zustände herzustellen, in denen Menschen die Fähigkeit entwickeln können, mit ihren Ängsten weniger irrational umzugehen und ihr Ich im Umgang mit der Realität zu stärken. Aber ihr wahnhafter Charakter ist deshalb keineswegs nur psychologisch zu verstehen, in ihm schlagen sich auch prekäre gesellschaftliche Strukturen nieder, die sie auf verzernte Art zum Ausdruck bringen. In der Irrationalität von kollektivierten Wahnsystemen kommen immer auch irrationale Züge der sozialen Realität zur Geltung.

Ausblick

Die Coronakrise hat zu sozialen Veränderungen und mit ihnen verbundenen Erfahrungen geführt, deren Auswirkungen für die Zukunft schwer vorauszusagen sind. Die Erfahrung der

Coronakrise hat aber wohl nicht nur fragwürdige Konsequenzen, sie kann eventuell auch die Öffnung positiver politischer Horizonte erleichtern. Das Bemühen um die Bewältigung der Krise hat neoliberalen marktfrommen Realitätsinterpretationen mancherorts weitgehend die Basis entzogen. Sie hat gezeigt, dass weitreichende soziale Krisen kaum mit marktwirtschaftlichen Mitteln zu bewältigen sind und hat auf die Notwendigkeit der Ausweitung einer sozialstaatlich orientierten, planenden Politik hingewiesen. Der Kampf gegen die Pandemie hat demonstriert, dass zur Bewältigung zentraler gesellschaftlicher Probleme verstärkt wissenschaftliche Einsichten notwendig sind, die in politisches Handeln eingehen und dabei mit kritischen öffentlichen Diskussionen verknüpft werden.

Eine umfassendere Analyse des Autors zur Sozialpsychologie der Corona-Krise findet sich unter www.vinnai.de.

PROF. DR. GERHARD VINNAI, bis 2005 Professor für Analytische Sozialpsychologie an der Universität Bremen, Anna-Lühring-Straße 19, 28205 Bremen, E-Mail: vinnai@uni-bremen.de

MARIE BARTHOLOMÄUS, LEONHARD SCHILBACH

Psychische Folgen der Corona-Pandemie

Dass die Corona-Pandemie Auswirkungen auf die psychische Verfassung der Bevölkerung hat, lässt sich bereits an neuen Emotionsbegriffen ablesen: »mütend« – eine Verbindung aus müde und wütend oder »pandemiemüde« sind nur zwei Beispiele. Für die Erhaltung psychischer Gesundheit ist es wichtig, eigene Grundbedürfnisse zu kennen und Strategien anzuwenden, diese trotz pandemiebedingter Limitationen zu befriedigen. Die Psychotherapie fördert daher zum einen die Wahrnehmung für Grundbedürfnisse und zum anderen den Aufbau von Handlungsmöglichkeiten zur zielgerichteten Bedürfnisbefriedigung. Klassisch wird von vier Grundbedürfnissen ausgegangen: Kontrolle/Autonomie, Bindung, Selbstwertsteigerung und Lustgewinn/Unlustvermeidung. Aktuell ist es Bürger*innen erschwert, auf die Erfüllung der Bedürfnisse so zu achten wie vor der Pandemie, was einen verschlechterten psychischen Zustand und das Auftreten von Symptomen erklären kann.

Die Corona-Pandemie als Stressor für die Psyche

Die Corona-Pandemie kann als psychosozialer Stressor gesehen werden, der sich auf die Erfüllung der Grundbedürfnisse negativ auswirkt und Stresszustände entstehen lässt. Zu einer psychischen Störung als Stressfolgeerkrankung kann es dann kommen, wenn das Stresslevel chronisch hoch ist und Stressbewältigungsmechanismen eingeschränkt zugänglich sind oder wenn eine Vulnerabilität besteht. Individuelle Unterschiede entstehen aus der unterschiedlichen Gewichtung der Bedürfnisse sowie vorhandenen und weiterhin zugänglichen Bewältigungsmechanismen. Kognitive Flexibilität hilft, Alternativen zu generieren und Verhaltensänderung zuzulassen. Gerade diese Fähigkeiten sind jedoch im Stresszustand meist nur eingeschränkt abrufbar.

Social Distancing

Social Distancing als gesundheitspolitische Strategie zur Virus-Eindämmung steht in direktem Kontrast zum Bedürfnis

nach Bindung zu anderen Menschen. Sich von anderen Menschen physisch fernzuhalten, kann objektiv betrachtet zu Alleinsein und subjektiv zum Gefühl der Isolation und Einsamkeit führen. Letzteres ist in wissenschaftlichen Studien mit körperlichen Stressreaktionen in Verbindung gebracht worden. Insbesondere Alleinlebende und Ältere könnten von Einsamkeit betroffen sein. Der Einsatz digitaler Medien zur Erhaltung sozialer Interaktion ist vor allem für letztere Gruppe nicht unbedingt gegeben. Einsamkeit ist ein vielschichtiges Phänomen mit individuellen Risikofaktoren und Bewältigungsmechanismen. Auch über Persönlichkeitseigenschaften hinweg kann es Unterschiede im Einsamkeitsempfinden geben. Extrovertierte Menschen leiden in der Regel weniger unter Einsamkeit. Unter den Bedingungen der Pandemie könnten sie jedoch besonders stark Einsamkeit verspüren. Individuen mit einem höheren Bedürfnis nach Autonomie oder geringer Extraversion erleben eventuell weniger Stress in der Pandemie, da sie weniger soziale Verpflichtungen haben und sich weniger anpassen oder auf andere einstellen müssen. Die Verarbeitung sozialer Situationen fällt nicht allen Menschen gleichermaßen leicht. Insbesondere wenn so genannte Störungen der sozialen Interaktion, wie zum Beispiel bei Autismus bestehen, müssen soziale Situationen bewusst analysiert und verarbeitet werden, was eine höhere Anstrengung bedeutet. Wenn diese wegfällt, kann dies zu psychischer Entlastung führen. Die Zeit des Social Distancing kann Aufschluss über das individuelle Ausmaß sozialer Verbundenheit und sozialer Bedürfnisse geben und als Gradmesser für die Erfüllung eigener Bindungs- und Autonomiebedürfnisse herangezogen werden.

Aggression und Gewalt

Social Distancing erhöht den Verbleib in der Häuslichkeit mit potentiell aggressiven Partner*innen und somit auch die Auftretenswahrscheinlichkeit für Konflikte, Aggression und häusliche Gewalt. Das psychische Stresserleben und pandemiebedingte Fehlen sonst vorhandener Möglichkeiten zum Stressabbau bei allen Haushaltsmitgliedern, können zu einer interpersonellen Aggressions- und Stressentladung führen. Die Wahrscheinlichkeit für häusliche Gewalt liegt bei Paaren mit hohem Stresserleben 3,5-mal höher als bei Paaren mit niedrigem Stresserleben. Existenzängste und der Wegfall sozialer Unterstützung verstärken diese Dynamik noch.

Sucht

Die Gründe für den Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol und Nikotin variieren individuell. Bekannt ist, dass beides zur Stressregulation genutzt werden kann und während der ersten Lockdown-Beschränkungen auch genutzt wurde. Circa 34 Prozent von über 2000 online Befragten gaben in einer Studie von Koopmann und Kolleg*innen an, während des ersten Lockdowns im April 2020 »mehr oder deutlich mehr« Alkohol getrunken zu haben. Wird Alkohol zur Spannungsregulation eingesetzt, ist der Zugriff auf funktionale Strategien zur Emotionsregulation oder Problemlösung erschwert. Dies kann zur Folge haben, dass durch den Konsum Folgeprobleme auftreten und wiederum das Stresserleben erhöhen. Auch Langleweiligkeit kann ein Grund für Alkoholkonsum sein und kann das Grundbedürfnis nach Lustgewinn kurzfristig stillen. Kurzzeitig positive Konsequenzen der Stimmungsaufhellung und Entspannung, sowie die Vermeidung emotional belastender Themen überwiegen die langfristig schädlichen.



Fazit

Die Corona-Pandemie und Maßnahmen zur Eindämmung dieser erfordern eine psychische Anpassungsleistung. Zusammenfassend kann bei fehlenden inneren und äußeren psychischen Spannungsregulationsmöglichkeiten von einem Teufelskreis ausgegangen werden. Dieser besteht aus hohem Stress- und Aggressionserleben, dysfunktionalen Bewältigungsversuchen (Wutausbrüche, Gewalt, Rückzug, Suchtmittelkonsum, Passivität) und resultierenden negativen Konsequenzen (Streit, gedrückte Stimmung), welche wiederum zu höherem Stresserleben führen. Individuelle Ansatzpunkte zum Unterbrechen des Teufelskreises sollten therapeutisch erarbeitet und implementiert werden.

Literatur bei den Verfasser*innen

MARIE BARTHOLOMÄUS, M.Sc., KIRINUS Tagesklinik München Nymphenburg, Romanstraße 107, 80639 München, E-Mail: marie.bartholomaeus@kirinus.de
 PROF. DR. LEONHARD SCHILBACH, LVR-Klinikum Düsseldorf, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, E-Mail: leonhard.schilbach@lvr.de

MICHAEL CORSTEN, SASCHA OSWALD, TOBIAS WITTCHEN

Gibt es eine Generation Corona?

Bei der Jugend handelt es sich, wie bei der Kindheit, um eine besondere Prägephase. Hier bilden sich vor allem politische und gesellschaftliche Haltungen aus. Das Entstehen der Fridays for Future-Bewegung ist das derzeit aktuellste Beispiel für die Bildung kollektiver Haltungen. Wirkt sich die Coronakrise ähnlich wie die Klimakrise auf das Welt- und Selbstverhältnis der Jugend aus oder sogar stärker? Bildet sich auch hier eine kollektive Haltung aus und kann oder muss vielleicht sogar von einer »Generation Corona« gesprochen werden? In unserem Projekt untersuchen wir, ob die Coronakrise eine welthistorische Zäsur darstellt, die in ihrem Ausmaß so weitreichend ist, dass sie zu einheitlichen Erfahrungen und Reaktionen führt, oder wenn nicht, von welchen anderen Faktoren es abhängig ist, wie stark und auf welche Weise Heranwachsende von der Krise nachhaltig betroffen werden und welche Strategien der Bewältigung sie entwickeln. Hierzu haben wir im Rahmen eines qualitativen Längsschnittdesigns circa 50 leitfadengestützte Interviews mit jungen Menschen zwischen 18 und 30 Jahren geführt.

Biografische Rahmenorientierungen fallen weg

Was sagen nun unsere ersten Befunde? Durch die Pandemie fallen institutionelle Strukturen und normalbiografische Rahmenorientierungen gerade auch am Anfang des beruflichen Werdegangs weg. Für junge Menschen bedeutet das, dass Weichenstellungen erheblich erschwert werden. Ihre Gestaltungs- und Handlungsmöglichkeiten sind dann, je nach Bereich, mal mehr, mal weniger stark eingeschränkt. Die Reaktionsformen fallen recht unterschiedlich aus, wie unsere Daten zeigen. Manche junge Berufstätige ziehen sich von möglichen Optionen zurück und geben Perspektiven und Ziele auf, weil sie einem risiko-aversen, das heißt einem vorsichtigen Orientierungsmuster folgen und sich um die Bewältigung der Zukunft sorgen. Ein sicheres Arbeitsverhältnis wird dann beispielsweise, trotz Veränderungswunsch, der beruflichen Selbstverwirklichung vorgezogen. Andere verstehen die Coronakrise nur als temporäres Hindernis in der beruflichen Orientierung. Weiterhin finden sich auch Konstellationen, in denen Befragte keine bis wenig Auswirkungen auf ihre berufliche Perspektive erfahren und sich nicht eingeschränkt, sondern höchstens leicht ausgebremst fühlen. Insgesamt zeigte sich, dass diejenigen, die derzeit weiterhin relativ gewohnt ihrer Arbeit nachgehen können, sich von der Krise weniger unter Druck gesetzt fühlen und resilienter sind. Der Grund hierfür scheint die größere perspektivische Sicherheit, die relativ gleichbleibende Alltagsstruktur und der regelmäßige soziale Kontakt im Rahmen der Arbeit zu sein.

Wie hat sich das Gegenwartserleben und -verhalten verändert?

Hier soll auf drei Punkte eingegangen werden: Erstens: Interessanterweise zeigte sich bislang keine Tendenz zu einer stärkeren Integration digitaler Medien, das heißt, zum distant socializing. Manche Kontakte oder Aktivitäten werden zwar auf diese Weise kompensiert, aber eher im Sinne einer Übergangslösung. Zweitens: Viele Befragte sprechen von Ohnmachtsgefühlen. Die Quellen dieses Ohnmachtsgefühls unterscheiden sich jedoch: vereinfacht ausgedrückt gibt es die Gruppe derjenigen, die sich angesichts der Unkontrollierbarkeit des Virus einerseits und der Unbelehrbarkeit ihrer Mitmenschen andererseits ohnmächtig fühlen. Und dann gibt es die Gruppe derjenigen, die das Gefühl haben, ein Spielball der Politik zu sein und ohne eigene Einflussmöglichkeiten passiv erdulden zu müssen, was gerade passiert. Im ersten Fall ist Weltvertrauen in Bezug auf Umwelt und Mitmenschen verloren gegangen, im anderen Fall das Weltvertrauen mit Blick auf politische Selbstwirksamkeit. Drittens erweist sich das Weltverhältnis für alle Befragten durch den Wegfall von Routinen und Alltagsstrukturen stark beeinträchtigt. Es wird Unbeschwertheit und Normalität vermisst, gerade auch im Umgang mit Mitmenschen.

Schlüsse aus den bisherigen Befunden

Erstens: Hinsichtlich der biografischen Lebensläufe und der perspektivischen Ausrichtung zeichnet sich ein sehr uneinheitliches Bild ab, wie anhand der unterschiedlichen Strategien der Bewältigung klar wird. Zumindest auf dieser Ebene ist ein einheitlicher generationsspezifischer Effekt im Sinne einer Generationseinheit derzeit nicht festzustellen. Zweitens: Was sich hingegen bei sehr vielen jungen Erwachsenen zeigt, ist die Dominanz von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit. Der Großteil fühlt sich derzeit als Spielball der pan-

demiebeeinflussten Umstände. Es zeichnet sich allgemein eine politische Unzufriedenheit ab: Die einen finden den Lockdown zu lasch, die anderen die Maßnahmen zu weitgreifend und viele fühlen sich vor allem nicht genügend gehört, informiert oder unterstützt. Der Umgang der Politik mit der Krise könnte die politische Haltung der jungen Erwachsenen nachhaltig prägen. Das heißt auch: zwar erleben Jugendliche die Krise nicht genuin anders als andere Altersgruppen, ihre Erfahrungen hinterlassen aber voraussichtlich stärkere und längerfristige Spuren. Nach Jahren steigender politischer Beteiligung bleibt abzuwarten, ob sich eine neue Politikverdrossenheit oder vielleicht sogar eine umgekehrte Reaktion als Antwort auf das erlebte Gefühl der Ohnmacht einstellt. Die Konfrontation mit Unverfügbarkeit könnte den Wunsch nach Veränderung, etwa in Richtung einer Postwachstumsgesellschaft, vergrößern oder aber umgekehrt ein noch stärkeres Sicherheitsbestreben auslösen. Gerade junge Erwachsene befinden sich in einer Zeit der Verfestigung von Welt- und Selbstverhältnis und sind daher besonders von den Widrigkeiten der Pandemie betroffen. Prägen sich Sorge und Ungewissheit nachhaltig ein und bilden eine Art generationelle Grunddisposition? Dieser und den anderen offenen Fragen werden wir weiterhin in einer Längsschnittstudie nachgehen.

Literatur bei den Verfassern

PROF. DR. MICHAEL CORSTEN, DR. SASCHA OSWALD, TOBIAS WITTCHEN,
Universität Hildesheim, Institut für Sozialwissenschaften, Universitätsplatz 1,
31141 Hildesheim, E-Mail: corsten@uni-hildesheim.de

DOROTHEE ARNOLD-KRÜGER

Priorisierungsentscheidungen und ethische Dilemmata in der Corona-Pandemie

Wenn in einer Pandemie die Kapazitäten zur Behandlung von Erkrankten oder zur Vorbeugung von Infektionen nicht mehr oder noch nicht ausreichend vorhanden sind, werden Priorisierungen notwendig. In ihnen kommt der generelle Lebensschutz, der als Aufgabe des Staates allen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zugrunde liegt, am deutlichsten zum Ausdruck. Priorisierungen sind, so beschreibt es der Mediziner Urban Wiesing, »der Versuch, Vorrangigkeit in der Gesundheitsversorgung in ethisch akzeptabler Weise festzulegen.« Besonders für zwei Bereiche sind hier pandemiebedingte Priorisierungen beschrieben worden, erstens für den Fall, dass intensivmedizinische Kapazitäten nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen (Triage), und zweitens für die Situation, in der noch nicht ausreichende Kapazitäten (Impfstoff) vorhanden sind. Beide betreffen den Bereich des Gesundheits- und Lebensschutzes, jedoch liegen ihnen unterschiedliche Entscheidungslogiken zugrunde.

Entscheidung über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen

Das Verfahren der Triage beschreibt im medizinischen Kontext die Einteilung von Patient*innen normalerweise nach dem Kriterium der Dringlichkeit. Dieses Kriterium verändert sich bei Ressourcenknappheit. Dann greift das Kriterium der (maximalen) Erfolgsaussicht für die Festlegung, welche Patient*innen intensivmedizinisch behandelt werden. In ethischer Perspektive stellt sich die Frage, wie die Hilfe möglichst ge-



recht zu verteilen und wie dies zu begründen ist. Bereits im Frühjahr 2020 legte die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) Empfehlungen zum Entscheidungsverfahren der Triage vor. Das leitende Kriterium »Erfolgsaussicht« orientiert sich an den jeweiligen medizinischen Prognosen und Komorbiditäten und wird durch Scores differenziert. Von verschiedener Seite ist an den Empfehlungen scharfe Kritik geübt worden. Befürchtet wird einerseits, dass Menschen mit Behinderungen aufgrund der zugrundeliegenden Scores von einer Behandlung ausgeschlossen werden, und andererseits, dass es in Altenpflegeeinrichtungen zu einer »verdeckten Triage« kommen könnte, indem Bewohner*innen nicht mehr ins Krankenhaus verlegt werden. Insofern sind die Kriterien, die über die Behandlungen entscheiden, begründungspflichtig. Dies umso mehr, als Triage-Entscheidungen in der ethisch umstrittenen Perspektive der Folgenabschätzung getroffen werden, die die Gefahr einer Verrechnung »Leben gegen Leben« in sich trägt. Ob diese Perspektive vermieden werden kann, ist fraglich. Von Kriterien vor dem Hintergrund einer Folgenabschätzung, so schwierig diese in ihrer Begründung auch sein mögen, kann daher nur um den Preis abgesehen werden, dass bei Knappheit Intensivplätze beispielsweise im Losverfahren oder nach dem Prinzip »first come, first served« vergeben werden. Realistisch wird man daher Kriterien finden müssen, die am wenigsten ungerecht sind.

Gerechter und geregelter Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff

Hinsichtlich der Impfung stellt sich dagegen die Frage, wie eine Reihenfolge festzulegen ist für eine Situation, in der es noch nicht genügend Kapazitäten gibt. Diese Priorisierung folgt einer anderen Entscheidungslogik als die der Triage. Denn hier geht es nicht um die maximale Bestversorgung weniger, sondern um die ausreichende Basisversorgung möglichst vieler Personen. Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beschreiben eine Impfreihenfolge für die Zeit, in der Impfstoff noch nicht ausreichend zur Verfügung steht. Die darauf basierende Impfverordnung des Bundesgesundheitsministeriums sieht vier Priorisierungsgruppen vor, die sich an Faktoren wie Alter, Vorerkrankungen oder beruflicher Kontext orientieren.

Anders als bei der Triage sind die Entscheidungen auf Personengruppen bezogen und basieren auf dem Kriterium der

Dringlichkeit des vorbeugenden Gesundheitsschutzes. Dieses kann einerseits durch das Risiko einer eigenen Erkrankung an Covid-19 gegeben sein, andererseits durch das Risiko einer Übertragung. Aus einer gleichen Gefährdungslage ergibt sich dann ein gleicher Versorgungsanspruch. Wenn gleich innerhalb der jeweiligen Priorisierungsgruppen individuelle Faktoren zusammengefasst sind, so ist die überindividuelle Perspektive der individuellen doch ausdrücklich vorgeschaltet. Aus der gruppenbezogenen Reihenfolge ergeben sich notwendigerweise individuelle Ungleichheiten. So wurde beispielsweise kritisiert, dass innerhalb derselben Altersgruppe diejenigen, die in Altenpflegeeinrichtungen wohnen, früher geimpft wurden als Personen, die ambulant versorgt werden. Ebenso wird moniert, dass Eltern in den Priorisierungsgruppen nicht erwähnt sind, obwohl sie beruflich und dadurch, dass ihre Kinder in Schulen oder Kitas gehen, einem Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind. Der Impfpriorisierung folgt perspektivisch eine Rücknahme von Beschränkungen für Geimpfte. Diese ist rechtlich nicht nur zu rechtfertigen, sondern geboten. Sie wirft jedoch ethisch zumindest so lange Fragen auf, wie nicht alle Personen, die eine Impfung in Anspruch nehmen wollen, dies auch können. Denn die Rücknahme von Maßnahmen für Geimpfte bedeutet für Personen, die aufgrund der Priorisierung und nicht aufgrund ihrer eigenen Entscheidung nicht geimpft sind, hier eine Nachordnung. Wenn gleich diese zwar absehbar zeitlich begrenzt ist, so bedarf sie zumindest einer Begründung. Der Verweis auf die Solidarität reicht dann nicht mehr aus. Denn umgekehrt könnte Solidarität hier auch bedeuten, dass Geimpfte solidarisch mit den Nicht-Geimpften auf die Lockerungen verzichten. Ob dies der Fall sein würde, mag man nach einem Jahr Pandemie aus guten Gründen bezweifeln.

Ethische Dilemmata hinsichtlich Priorisierungsentscheidungen werden zumal in einer Pandemie nicht in letzter Konsequenz gelöst werden. Die Aufgabe, Regelungen zu finden, die am wenigsten ungerecht sind, und diese transparent zu kommunizieren, bleibt bestehen. Die Notwendigkeit, den Diskurs darüber zu führen, ebenfalls.

Literatur bei der Verfasserin

DR. DOROTHEE ARNOLD-KRÜGER, Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG),

Knochenhauerstraße 33, 30159 Hannover,

E-Mail: Dorothee.Arnold-Krueger@evlka.de, Internet: www.zfg-hannover.de

SIGRID GRAUMANN

Zukunft der Pflegeheime – Lehren aus der Pandemie

Wir leben nun gut ein Jahr mit Covid-19 und befinden uns in der dritten Welle der Pandemie. Mittlerweile ist ein großer Teil der Bewohner*innen und Pflegekräfte in stationären Einrichtungen geimpft. Die Ausbrüche in den Pflegeheimen gehen zurück. Die Bilanz bis dahin ist allerdings bedrückend. Seit Beginn der Pandemie sind 76.093 Menschen gestorben. Der allergrößte Teil der Corona-Toten hatte Vorerkrankungen und ungefähr die Hälfte lebte in Pflegeheimen. Außerdem kann noch keine Entwarnung gegeben werden, weil nicht ausgeschlossen werden kann, dass neue Mutationen auftreten, gegen die die bisher verfügbaren Impfstoffe nicht oder

nicht mehr zuverlässig wirken. Dies sollte Grund genug sein, darüber nachzudenken, wie die Langzeitpflege künftig gestaltet werden müsste, um krisenfest zu sein.

Hohes Erkrankungs- und Mortalitätsrisiko und bisherige präventive Maßnahmen

Schon im Juni 2020 wurde in einer Studie der Universität Bremen festgestellt, dass Bewohner*innen, aber auch Pflegekräfte in stationären Einrichtungen besonders häufig von Infektionen betroffen sind. Auf Grund des engen Zusammenlebens mit Mitbewohner*innen und der oft mit Körperkontakt verbundenen Versorgung und Pflege durch mehr oder weniger große Pflegekräfte-Teams haben Bewohner*innen von Einrichtungen der Langzeitpflege zahlreiche soziale Kontakte, was zu einem sehr hohen Infektionsrisiko führt. Dazu kommt ein besonders hohes, durch das Lebensalter oder Vorerkrankungen bedingtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Wenn es durch einen Virus-Eintrag durch Besucher*innen oder Pflegekräfte zu einem Infektionsausbruch in einem Heim kommt, sind dann oft rasch sehr viele Personen von einem schweren Krankheitsverlauf betroffen. So erklärt sich die sehr hohe Zahl an Todesfällen.

Die präventiven Maßnahmen, die in stationären Einrichtungen dagegen ergriffen wurden, reichen von nahezu vollständiger Abschottung von der Außenwelt durch Besuchsverbote und Ausgangsbeschränkungen über die Einstellung von Gemeinschaftsaktivitäten innerhalb der Einrichtungen bis zum Verzicht auf Therapie- und andere, durch externe Personen erbrachte Angebote. Solche extremen Beschränkungen der Rechte auf Selbstbestimmung und gleichberechtigte soziale Teilhabe der Bewohner*innen von Alten- und Pflegeheimen, die zum Teil mit erheblichen psychischen Belastungen und Schädigungen verbunden sind, können nur mit dem Schutz von Leben und Gesundheit gerechtfertigt werden und dies auch nur so weit und solange, wie keine alternativen Schutzmaßnahmen mit weniger gravierenden Eingriffen in die Rechte der betroffenen Personen verfügbar sind. Eine Politik, die »die Verletzlichsten ins Zentrum des Geschehens rückt«, tut das nicht immer zu deren Vorteil.

Fehlende Evidenzbasierung

Um die notwendigen Abwägungen zur Rechtfertigung von Freiheitsbeschränkungen verantwortungsvoll treffen zu können, bräuchte es systematisch erhobene wissenschaftliche Daten, die es bislang nicht gibt. Deshalb können »weder der Grad der Umsetzung der präventiven Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie noch die erwünschten Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen und Überleben der Heimbewohner*innen [...] zuverlässig beurteilt werden«, wird in einer Stellungnahme des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin festgestellt. Es wäre daher dringend notwendig, eine gezielte Dokumentation und Berichterstattung in stationären Einrichtungen einzuführen, um das Infektionsgeschehen und die Wirkung von Schutzmaßnahmen besser zu verstehen und evidenzbasiert handeln zu können.

Das Recht auf Selbstbestimmung und soziale Teilhabe von Menschen, die in stationären Einrichtungen leben, darf nicht dauerhaft ausgesetzt werden. In jedem Fall muss bei Maßnahmen von Besuchs- und Kontaktbeschränkungen ein Mindestmaß an sozialen Kontakten garantiert, alltagsstrukturierende, aktivierende und rehabilitative Angebote realisiert und vor allem die Begleitung von Sterbenden durch Angehö-

rige, Hospizdienste und Seelsorge ermöglicht werden. Wenn alle Bewohner*innen einer Einrichtung geimpft sind und wenn einzelne Nichtgeimpfte besonders geschützt werden, müssten meiner Einschätzung nach die Restriktionen in den Einrichtungen gelockert werden. Die doch erheblichen Einschränkungen der Freiheiten und Rechte der betroffenen Personen lassen das Aufrechterhalten von Restriktionen, ohne eine ausreichende Begründung, nicht mehr zu.

Perspektiven für strukturelle Maßnahmen

Garantiert werden muss in jedem Fall die Verfügbarkeit von Schutzmaterialien wie FP2-Masken, regelmäßiges Testen sowie rasches Testen bei Kontakt mit infizierten Personen, was zumindest zu Beginn der Pandemie nicht gegeben war. Die wichtigste Empfehlung des Robert Koch-Instituts ist darüber hinaus das Wohnen in kleinen Gruppen, betreut durch feste Teams, so dass ein auftretender Infektionsausbruch eng begrenzt werden kann. Dazu gehört auch eine Personalbemessung in der Pflege, die es erlaubt, Krankheitsausfälle zu kompensieren. Für die Zukunft der Pflege heißt das: Große Pflegeheime sollten, wie es in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe mittlerweile üblich ist, aufgelöst und durch kleinere Wohngruppen im Sozialraum ersetzt werden. Um das realisieren zu können, müssten dringend strukturell bedingte Probleme wie Arbeitsverdichtung und Personalmangel in der Pflege, die sich während der Pandemie weiter verschärft haben, gelöst werden. Bessere Arbeitsbedingungen und eine höhere Entlohnung von Pflegekräften wären die Voraussetzung dafür, dass sich mehr junge Menschen für den Pflegeberuf entscheiden und ausgebildete Pflegekräfte im Beruf bleiben. Wenn so die Voraussetzungen geschaffen werden, dass feste Pflegeteams in kleineren Wohngruppen arbeiten können, wäre nicht nur die Langzeitpflege im Fall einer Pandemie krisenfest, sondern es würden auch Selbstbestimmung und soziale Teilhabe der Bewohner*innen gestärkt.

Literatur bei der Verfasserin

SIGRID GRAUMANN, Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Immanuel-Kant-Straße 18–20, 44803 Bochum, Tel.: (02 34) 3 69 01-133, E-Mail: graumann@evh-bochum.de

HEIDRUN MOLLENKOPF

Solidarität in Zeiten der Pandemie – kritisch betrachtet

Die Covid-19-Pandemie betrifft die ganze Welt und uns alle. Sie betrifft aber Länder und Menschen auf sehr unterschiedliche Weise. Es ist ein großer Unterschied, ob jemand in einem Land mit gut entwickeltem Gesundheitssystem und funktionierender Wirtschaft lebt – oder in einem Land mit wirtschaftlichen Problemen und großer sozialer Ungleichheit. Es macht einen Unterschied, ob jemand in dieser Zeit ein sicheres Einkommen hat und im eigenen Haus mit Garten – oder unter prekären Bedingungen in einer beengten Wohnung wohnt. Ob jemand über die technische Infrastruktur und Ausstattung mit digitalen Geräten verfügt und diese kompetent nutzen kann, um während der verordneten Sicherheitsmaßnahmen Kontakte aufrecht zu erhalten, gut informiert zu bleiben und berufliche Aktivitäten fortzuführen – oder ob je-

mand diese Voraussetzungen nicht hat und damit weitgehend vom Leben in der Gemeinschaft abgeschnitten ist.

Menschen, die gesund und in ein großes soziales Netzwerk eingebunden sind, können anders mit den geforderten physischen Distanzierungen umgehen als Alleinlebende und chronisch Kranke, als Menschen, die beruflich oder privat verantwortlich für Kinder oder Pflegebedürftige sind, die in einem Pflegeheim leben oder dort arbeiten. Außerdem haben alte Menschen ein deutlich höheres Risiko für einen schweren und tödlichen Verlauf der Krankheit als jüngere.

Um die Auswirkungen auf besonders von der Pandemie betroffene Menschen abzumildern, wurde in den vergangenen Monaten wiederholt zu Solidarität – das heißt wechselseitige Verbundenheit und das aktive Eintreten füreinander – aufgerufen. Im Fokus stand vor allem die Solidarität mit und von älteren Menschen sowie mit denjenigen, die im Falle von Pflegebedürftigkeit oder einer Erkrankung für sie sorgen: mit pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräften in Krankenhäusern, Pflegeheimen und bei ambulanten Diensten.

Solidarität mit älteren Menschen

Da das Risiko, an einer Covid-19 Erkrankung zu sterben, mit zunehmendem Alter signifikant ansteigt, werden ältere Menschen vielfach als »Risikogruppe« bezeichnet. Das kann zum einen so missverstanden werden, dass von ihnen ein besonderes Risiko ausgeht und sie deshalb – wie in früheren Zeiten die Aussätzigen – aus dem öffentlichen Leben ausgeschlossen werden sollten. In der zweiten Bedeutung gelten sie als besonders Gefährdete, die fürsorglich geschützt werden müssen – mit demselben Effekt. So sollten in der ersten Phase der Pandemie vor allem Personen ab 65 Jahren zuhause bleiben, Kontakte vermeiden und sich von Kindern und Enkeln fernhalten, um Ansteckungen zu verhindern.

Im ersten Fall handelt es sich um eine Diskriminierung – im zweiten Fall um falsch verstandene Solidarität. Hatten viele Ältere nicht bis dahin Enkelkinder betreut, Sportgruppen trainiert, Internetkurse für ihre Altersgenoss*innen organisiert, Nachbarschaftshilfe und vieles mehr geleistet? Der großen Vielfalt und Würde des Alters und Alterns wird eine pauschale Kategorisierung nach einem willkürlich festgesetzten kalendarischen Alter nicht gerecht.

Daneben wurde aber auch tatsächlich Solidarität geübt: Junge Leute, Nachbar*innen und Organisationen boten Einkaufshilfen an, Telefonketten und Videokonferenzen wurden organisiert und Hilfetelone und Webseiten zur Vermittlung von Unterstützung eingerichtet.

Solidarität mit professionellen Pflegekräften

Pflegekräfte in stationären Einrichtungen und bei ambulanten Diensten waren schon vor der Corona-Pandemie großen Belastungen ausgesetzt. Schwierige Arbeitsbedingungen, schlechte Bezahlung und der Mangel an Personal bestehen schon seit Jahren. Die Pandemie verschärfte diese Situation dramatisch und zeigte überdeutlich, wie unzureichend das Pflegesystem und die Beschäftigten in diesem Bereich ausgerüstet sind.

Abendliches Beifallklatschen, lobende Worte und einmalige Sonderzuwendungen sollten Solidarität mit den Pflegekräften bekunden – reichen aber bei Weitem nicht aus. Echte Solidarität wäre, wenn die längst fällige Aufgabe der Politik und der Träger, für eine angemessene Erhöhung und Anglei-



chung der Gehälter von Alten- und Krankenpflegekräften und die nachhaltige Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen zu sorgen, endlich erledigt würde.

Solidarität mit pflegenden Angehörigen und informell Pflegenden

Vor allem pflegende Angehörige – teilweise selbst schon in höherem Alter – waren häufig durch die Kontaktbeschränkungen, durch die Schließung von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen und den Rückzug ausländischer Hilfskräfte völlig auf sich allein gestellt. Sie haben nur wenig Anerkennung erfahren, hätten aber unbedingt Unterstützung im Alltag, schnelle Versorgung mit Schutzkleidung und Pflegehilfsmitteln, Schnelltests und schließlich frühzeitigen Impfschutz gebraucht, um die Pflegebedürftigen und sich selbst nicht zu gefährden und zusätzlich Helfende einbeziehen zu können. Darüber hinaus wäre die sofortige Verfügbarkeit von kurzzeitigen Betreuungsmöglichkeiten dringend erforderlich. Langfristig muss zudem die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für erwerbstätige pflegende Angehörige durch eine Pflegezeit analog zur Elternzeit verbessert werden, um eine Reduzierung oder Aufgabe der Berufstätigkeit und damit ein späteres Armutsrisiko zu vermeiden. Häusliche Pflege muss in diesen Fällen als Erwerbstätigkeit anerkannt und entsprechend entlohnt werden.

Schlussbemerkung

Die Erfahrungen der Corona-Krise verweisen überdeutlich auf seit langem bestehende gravierende Mängel im Gesundheitswesen. Medizinisches und pflegerisches Personal ebenso wie pflegende Angehörige und andere informell Pflegenden arbeiten seit Monaten am Rande der Erschöpfung und benötigen unser aller Solidarität – vor allem aber konkrete Maßnahmen von Politik, Verbänden und Anbietern, und zwar sowohl sofort als auch langfristig, um zukünftigen Pflegebedürftigen ein würdiges Leben und den sie Pflegenden angemessene Arbeits- und Lebensbedingungen zu sichern.

Link zur Langfassung des Artikels: www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/01_News/Aktuelles/2021/Beitrag_Impulse_Heidrun_Mollenkopf.docx

DR. HEIDRUN MOLLENKOPF, BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V., Eifelstraße 9, 53119 Bonn, E-Mail: kontakt@bagso.de, Internet: www.bagso.de

JENNIFER FRENSE, CHRISTIAN APFELBACHER, HAJO ZEEB

Das Kompetenznetz und die Rolle von Public Health in der Pandemie

Im März 2020 wurde das interdisziplinäre Kompetenznetz Public Health Covid-19 gegründet. Ein Grund dafür war unter anderem, dass besonders zu Beginn der Pandemie nur einzelne Expert*innen, vor allem Virologen, zu Wort kamen, sei es in den Medien oder in der Politikberatung. Das Kompetenznetz mit seiner gebündelten Expertise war sich früh darüber bewusst, dass dieser virologische Blick nicht ausreicht, denn die Corona Pandemie ist kein rein virologisches, sondern viel mehr ein »Public Health Problem«, bei dem viele verschiedene Aspekte etwa von Gesundheit, Umwelt, Arbeit, Beruf, Mobilität und Versorgungssystem Berücksichtigung finden müssen.

Interdisziplinarität und unabhängige Expertise

Public Health per Definition beschäftigt sich unter anderem mit Fragen der Angemessenheit von Maßnahmen sowie ihrer Folgen für die Gesellschaft insgesamt. Außerdem bezieht sie sich nicht auf das Individuum, sondern auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung und hat so einen System-, Politikbeziehungswise Organisationsbezug. Ein besonderes Merkmal von Public Health ist die Interdisziplinarität: eine Vielzahl von wissenschaftlichen Einzeldisziplinen wie auch Praxisakteur*innen mit ihrer Fachexpertise ist beteiligt und eine Vielfalt an Methoden zur Forschung und Maßnahmengestaltung wird genutzt. Verfolgt man die Berichterstattung des letzten Jahres und beobachtet, wie viele Bereiche der Gesellschaft von Corona betroffen sind, bleibt kaum etwas anderes, als Public Health zur Wissenschaft der Wahl zu erklären. Im Kompetenznetz werden Einzeldisziplinen gut organisiert, vor allem aber leistet es dank der Beteiligung der verschiedenen Fachgesellschaften eine schnelle Synthese des vorhandenen wissenschaftlichen Wissens als Entscheidungsgrundlage. Die Evidenzsynthesen beruhen auf unabhängiger Expertise und beinhalten regelhaft ein zügiges Begutachtungsverfahren zur Qualitätssicherung.

Die Public Health Perspektive wird zu wenig berücksichtigt

Das Kompetenznetz benennt klar die Risiken von Maßnahmen des Infektionsschutzes, diskutiert ethische Überlegungen und fordert die Politik auf, Grundlagen der Public Health Forschung für die anstehenden Entscheidungen zu berücksichtigen. Mittlerweile wird die Bundesregierung nicht mehr nur von Virolog*innen beraten, sondern Wissenschaftler*innen aus Psychologie, Soziologie und Epidemiologie sind hinzugekommen. Allerdings ist es weiterhin nur bedingt so, dass Public Health als eigenständige Disziplin mit hoher Relevanz für die Pandemiebewältigung in der Gesellschaft und Politik bekannt ist. Die Wichtigkeit einer multidisziplinären Perspektive auf die Pandemie und einer entsprechend ausgerichteten nationalen, wie internationalen Politik nimmt weiter zu. Es geht um strukturierte, wissenschaftlich belegte Erkenntnisse und Maßnahmen, die in zumindest mittelfristige Planungen münden. Erste Länder, auch Bundesländer in Deutschland, haben im ersten Quartal 2021 sogenannte Stufenpläne zur systematischen Wiederöffnung von Bereichen der Gesellschaft vorgelegt, um nicht nur der betroffenen Bevölkerung eine transparente Perspektive zu geben, sondern

auch, um die Bevölkerung zu informieren, wann und unter welchen Bedingungen gesellschaftliches Leben wieder möglich ist. Klare Regeln, Pandemiepläne und transparente, verständliche Kommunikation schaffen Vertrauen und steigern die Resilienz, mit solchen Krisensituationen besser umgehen zu können. Solche Perspektiven und klaren Vorgehensweisen sind zum einen wichtig, um wirtschaftliche Folgen zu verhindern, zum anderen aber auch, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung zu steigern. Public Health muss beides im Auge behalten, steht allerdings im Zweifel immer auf Seiten der Gesundheit und der Prävention.

Ein (noch) ehrenamtliches Kompetenznetz arbeitet auf hohem Niveau

Das Kompetenznetz hat seit April 2020 eine Vielzahl an Dokumenten zu diversen Themen erstellt. Auf diese Weise wurde ein Beitrag dazu geleistet, Public Health-Funktionen in der Pandemie zu benennen und mit konkreten handlungsleitenden Stellungnahmen zu unterlegen. Public Health konnte sich mit renommierten Wissenschaftler*innen und evidenzbasierter Forschung in der Pandemie positionieren. Das hat aber nicht verhindert, dass ihre Perspektiven und Implikationen kaum beachtet wurden, etwa wenn dringend notwendiger Sportunterricht in Schulen nicht umfassend umgesetzt wurde oder kommunale Präventionsprogramme aussetzten. Hier konnte Public Health als organisierte Anstrengung zur Verbesserung und Sicherheit der Gesundheit sich oft nicht ausreichend Gehör verschaffen.

Die Arbeit der Wissenschaftler*innen ist bis heute ehrenamtlich und wird nur mit geringer externer Unterstützung erledigt. Richtet man den Blick in andere Länder, so zeigt sich, dass dort bereits eine Verknüpfung von Gesundheitsforschung, Gesundheitsadministration und Politikberatung stattgefunden hat, wie beispielsweise im National Institute of Health (NIH) in den USA mit einer jährlichen Förderung im vielfachen Milliardenbereich. Die deutsche Public Health-Forschung ist noch jung und kann sich an Entwicklungen in angelsächsischen Ländern orientieren. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, wenn die Politik entsprechende Arbeit der Public Health-Netzwerke und deren Forschung nicht nur anerkennt, sondern auch finanziell fördert.

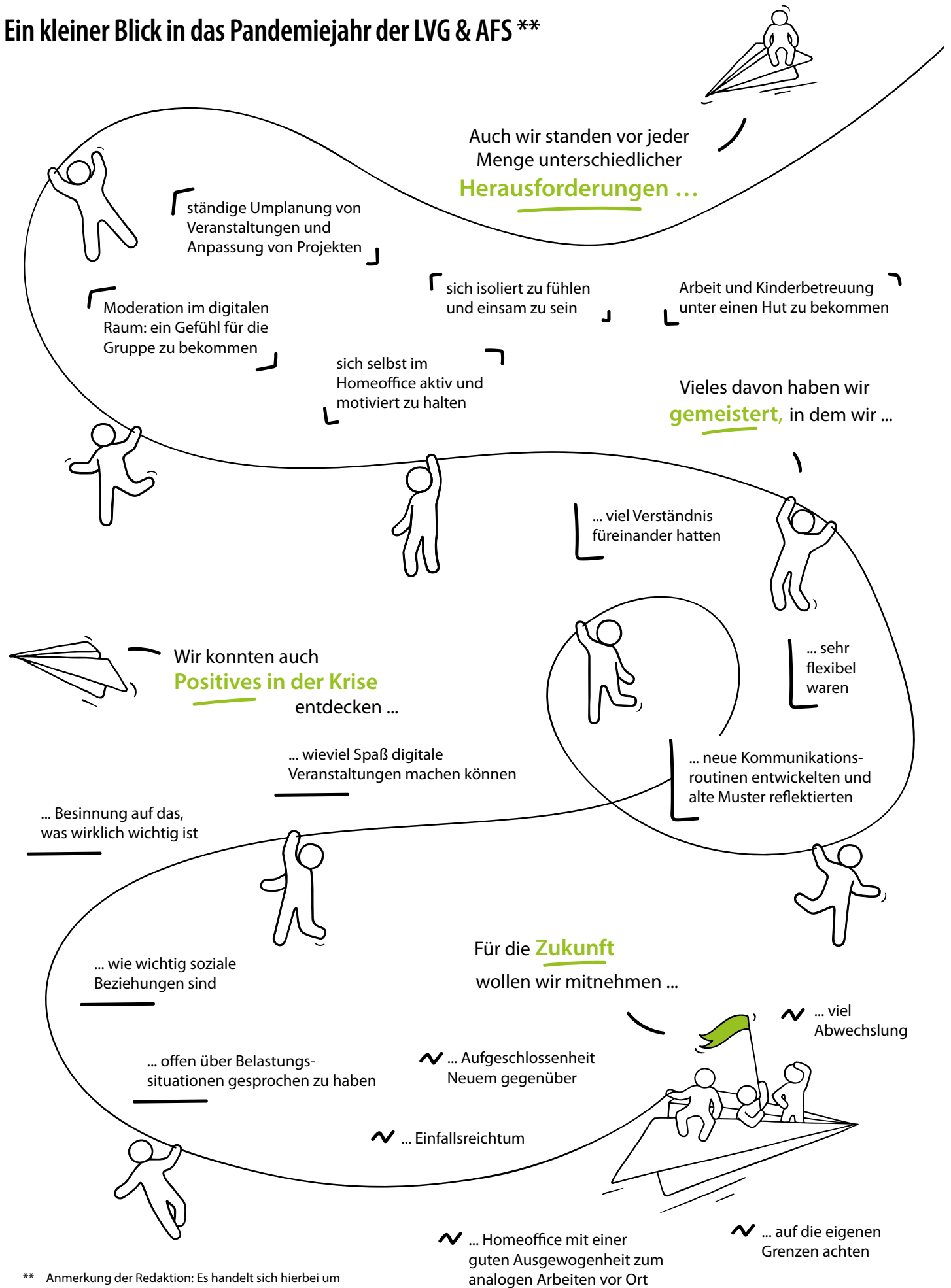
Das Zukunftsforum hat mit dem Ziel der Stärkung des deutschen Public Health-Systems Grundlagen einer Public Health-Strategie für Deutschland erarbeitet. Diese wird auch ein wichtiger Schritt hin zu einer deutlich verbesserten Vorbereitung und Reaktionsfähigkeit bei zukünftigen Pandemien oder anderen Krisen sein. Es wird sich zeigen, ob es gelingt, sich als wichtige Leitdisziplin für Schutz und die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung nach der jetzigen und vor der nächsten Pandemie zu etablieren.

PROF. DR. CHRISTIAN APFELBACHER, Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg,

PROF. DR. HAJO ZEEB, Abteilungsleiter Prävention und Evaluation am Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS in Bremen,

JENNIFER FRENSE, M.A. Public Health, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Medizinische Fakultät, Haus 2, Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg, E-Mail: jennifer.frense@med.ovgu.de, Internet: www.public-health-covid19.de

Ein kleiner Blick in das Pandemiejahr der LVG & AFS **



** Anmerkung der Redaktion: Es handelt sich hierbei um einen Auszug aus einer Umfrage der Mitarbeiter*innen



ROLF ROSENBRÖCK

Von der Aids-Prävention lernen, heißt ...

Die im Ergebnis sehr erfolgreiche Aids-Prävention der 80er Jahre stand unter der Leitfrage: Wie organisieren wir möglichst schnell und bevölkerungsweit Lernprozesse, mit denen sich die Institutionen und die Bevölkerung – ohne Diskriminierung und maximal präventiv – nachhaltig auf ein Leben mit dem bis auf Weiteres nicht ausrottbaren Virus einstellen können?

Aus der Aids Prävention lernen – eine vertane Chance

Bei allen Unterschieden im Hinblick auf die Wege, Situationen, Wahrscheinlichkeiten, gruppenbezogenen Betroffenheiten und Folgen der Infektion – daraus hätte die staatliche Gesundheitspolitik auch für die Prävention in der Covid-19-Pandemie eine Menge lernen können. Es geht um Aufklärung im empathischen und emphatischen Sinne, um einen gesellschaftsweiten Dialog. Von Anfang an hätte die Botschaft sein müssen, dass Corona für uns alle ein Problem ist; dass Selbstschutz Fremdschutz für besonders gefährdete Menschen bedeutet, also solidarisch ist; dass Prävention von Infektionen mit einem neuen Erreger in jedem Fall experimentelle Gesundheitspolitik mit vielen Unsicherheiten ist; dass neue Erkenntnisse deshalb zu Änderungen der Maßnahmen und der Botschaften führen; dass gesundheitspolizeiliche Eingriffe notwendig sind, aber das persönliche Schutzverhalten die entscheidende Variable bleibt.

Stattdessen war – grob gesprochen – die primäre Botschaft, dass verantwortungsvolle Politiker*innen unter extremem Zeitdruck scharfe Maßnahmen beschließen müssen, um die Ärzt*innen in den Intensivstationen vor Triage-Entscheidungen zu bewahren, und dass die Befolgung der Anordnungen erste Bürger*innenpflicht ist. Die Anordnungen – bis hin zum (aus meiner Sicht notwendigen) Lockdown als massivem In-

strument zur Minimierung von Risikosituationen – dienen letztlich auch der individuellen Verhaltensprävention, aber das ging in dieser strikt top-down verlaufenden Kommunikation weithin unter. Die Augen waren eben durchaus nicht auf gleicher Höhe. Schon damals hätte den Expert*innen allerdings klar sein müssen, dass mit Angst, Schock und Strafan drohung Verhalten zwar kurzfristig stark beeinflusst werden kann, aber eben nicht immer nachhaltig und nicht verlässlich, schon gar nicht in Situationen, auf die der Staat keinen Zugriff hat.

Verhaltensprävention im Rahmen einer Kampagne

Verhaltensprävention nach dem bei Aids bewährten Muster hätte anders ausgesehen: Das Mittel der Wahl für bevölkerungsweite Verhaltensprävention ist die Kampagne, also die systematisch geplante Kombination von Maßnahmen und Projekten, mit denen dauernde Aufmerksamkeit und präventives Verhalten erreicht werden sollen. An die gesamte Bevölkerung und deshalb zielgruppenspezifisch differenziert richten sich – erste Ebene der Kampagne – wenige, einfache und klare Dachbotschaften (Solidarität, Abstand, Hygiene, Maske, Lüften, Testen, Impfen) und Erklärungen über Tröpfcheninfektion, Aerosole, exponentielles Wachstum, Präventionswirkungen und Ähnliches mehr, die über sämtliche verfügbaren Medien (also nicht nur im Netz) unentrinnbar und in immer neuen Varianten gesendet werden. Klar: auch für Corona gibt es vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Dachkampagne »Gemeinsam gegen Corona«, aber gegenüber den bisherigen Gesundheitskampagnen in Deutschland »Aids geht alle an«, »Trimm Dich«, »Erst klicken, dann starten«, »Der siebte Sinn« – ältere Leser*innen werden sich erinnern – ist die Durchdringung doch ziemlich gering und die Kreativität

eher bescheiden. Die Botschaften beziehungsweise Teilkampagnen müssten nach dem State of the Art so konzipiert sein, dass sie in ihrer Gesamtheit die Menschen aller Altersstufen, Gender, Bildungsgrade, Sprachen, Kulturen und Persönlichkeitstypen (vom »risk taker« bis zur*in Phobiker*in) kognitiv erreichen und emotional ansprechen – wir erinnern Hunderte von Spots, Anzeigen und Plakaten. In der Kampagne »Gemeinsam gegen Corona« findet sich davon (fast) nichts.

Partizipation als Schlüssel zur Prävention

Umgesetzt werden diese Botschaften in Lebenswelten, Kitas, Schulen, Betrieben, Freizeiteinrichtungen, Pflegeheimen, Kiez und Dorf. Dort – auf der zweiten Ebene der Kampagne – eignen sich die Menschen den Inhalt dieser Botschaften an, überwiegend spontan, aber – wo es geht und sinnvoll ist – gestützt, beschleunigt und präzisiert durch professionell begleitete Projekte und Prozesse, modellhaft, auf ähnliche Lebenswelten übertragbar. Auch hier gilt: Partizipation ist der Schlüssel zur Prävention. Es hätte die große Stunde der von der GKV betriebenen Lebenswelt-Prävention werden können – die Zugänge zu Tausenden von Lebenswelten, die vorhandene Professionalität und die extrem hohe Bereitschaft hätten hervorragende Chancen geboten, um Corona in die GKV-Prävention zu integrieren. Die »Corona-Regeln« hätten gemeinsam mit denen, die mit ihnen leben sollen, beredet, sinnvoll adaptiert, verbindlich gemacht und eingeübt werden können. Insbesondere in der »Wirtschaft ohne Kund*innenkontakt«, die ja auch im Lockdown kaum heruntergefahren wurde und erst jetzt, mit circa einem Jahr Verspätung, als Präventionsproblem endlich wahrgenommen wird, hätte dies frühe und deshalb große Wirkung haben können. Stattdessen befreite das Pandemie-Gesetz im Frühjahr 2020 die Kassen von der Verpflichtung, die für Lebenswelt-Prävention vorgesehene Summe von circa 500 Millionen Euro im Jahr 2020 auch wirklich auszugeben. Auch so kann man »sparen«.

Persönliche Beratung

Die dritte Ebene einer als Kampagne betriebenen Verhaltensprävention ist die persönliche Beratung. Infektionsepidemien stiften Angst und Unsicherheit: Infektionswege, Risiken und Risikomeidung sind – trotz und wegen heftiger Information – unklar, ebenso gesundheitspolizeiliche Regelungen und Pflichten, Fragen zur Epidemiologie, zum Test und zur Testsicherheit, zum Erkrankungsrisiko und -verlauf – für all das braucht es eine kompetente und barrierefrei erreichbare autoritative Information und empathische Beratung. In der Aids-Kampagne übernahmen das die Aids-Hilfen, Gesundheitsämter und Hotlines, unter anderem der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Eine vergleichbar leistungsfähige und leicht auffindbare Infrastruktur der persönlichen Beratung sucht man bei Corona vergeblich, stattdessen viele wilde Gerüchte, Fakes und Unsicherheit.

Warum wurde die Chance vertan?

Warum wurde die in der Aids-Prävention akkumulierte und vielfach wissenschaftlich gesicherte Expertise nicht beachtet, genutzt und weiterentwickelt? Die Frage wird künftige Forschung über Beratungsstrukturen, beteiligte Wissenschafts-

disziplinen und Entscheidungsprozesse zu beantworten haben. Als Arbeitshypothese mag gelten, dass die staatlichen Akteure in den ersten Wochen der Pandemie eher unter Panik das getan haben, was der Staat kann: verbieten, gebieten, anordnen und Geld einsetzen. Risikokommunikation stand da nicht im Vordergrund, kognitiv fundierte Aufklärung wurde – mit guter Qualität, aber geringer, schichtenspezifisch eingegrenzter Reichweite – von Wissenschaftlern wie Christian Drosten, Karl Lauterbach, Lothar Wieler und anderen geleistet. Die dafür zuständige BZgA wurde ihrer Aufgabe nicht gerecht und beschränkte sich weitgehend auf Sachinformationen im Netz.

Wird aber – wie es dann geschehen ist – ein Thema wie die Pandemie öffentlich nicht mehr als Gesundheitsproblem, sondern im für staatliche Krisenbekämpfung üblichen Kommunikationsmodus abgehandelt, ist es schwer, auf partizipativ-dialogische Diskursformen zu wechseln. Dann wird nicht mehr über die Angemessenheit und Wirksamkeit von Maßnahmen und Möglichkeiten ihrer dezentralen und zielgruppenspezifischen Adaption und Verbesserung geredet, sondern über »liberale« oder »strenge« Konzepte, über – virologisch und epidemiologisch gesehen – Unsinnigkeiten wie »verlässliche Lockerungsperspektiven« und mehr.

Am Wissen über angemessene Formen der Risikokommunikation hätte es hingegen von Anfang an nicht fehlen müssen: Die akademische Expertise zu ressourcenfördernden und zielführenden Formen der Verhaltensbeeinflussung ist in Deutschland vorhanden, auch die Erfahrungen aus der Aids-Prävention. Spätestens seit März 2020 und im Folgenden auch durch das Public Health Kompetenznetzwerk Covid-19 wurden entsprechende Vorschläge sowohl dem Krisenstab im BMG als auch der Leitung der BZgA unterbreitet – diese Expertise war offensichtlich nicht gefragt.

Wahrscheinlich wird Deutschland nun nach einem ziemlich lauten und konfliktreichen Slalom zwischen Inzidenzwerten, Teststrategien und Impfraten im Herbst 2021 Corona als ein die Zivilisation bedrohendes Gesundheitsproblem überwunden haben.

Für New Public Health wird das einen schalen Geschmack hinterlassen: Die Tatsache, dass Konzepte dieses Fachs praktisch nicht zum Einsatz kamen, verweist auf den geringen Stellenwert im Reigen der gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen. In der Kommunikation über Corona waren und sind die Virologie und die Impfung dominant. Dies wird erneut die empirisch falsche und gesundheitspolitisch oft blockierende Vorstellung festigen, nach der Gesundheit in erster Linie eine Sache der Medizin ist. Vor allem aber hat die Unterlassung moderner Formen der Verhaltensprävention zu vielen vermeidbaren Infektionen und auch politischen Verwirrungen geführt.

PROF. DR. ROLF ROSENBRÖCK, Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, seit 2012 ehrenamtlicher Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband, E-Mail: rolf.rosenbrock@paritaet.org

ELISABETH MASSUTE

Keine Patente in der Pandemie!

Im vergangenen Jahr haben Indien und Südafrika bei der Welthandelsorganisation (WTO) einen richtungsweisenden Antrag eingereicht: Geistige Eigentumsrechte auf Covid-19-Technologien wie Impfstoffe, Medikamente, Diagnostika, Schutzmasken oder Beatmungsgeräte sollen für die Zeit der Pandemie ausgesetzt werden können. Das würde gerade in ärmeren Ländern helfen, millionenfach Leid zu verhindern und Leben zu retten. Echte globale Solidarität also – aber leider blockieren reiche Länder den Antrag bisher, darunter auch die EU-Kommission und Deutschland. Hier sind fünf Gründe, warum alle Regierungen dieses Vorhaben unterstützen sollten:

» 1. Engpässe sind vermeidbar

Immer wieder wird betont: Patente sind nicht das Problem. Zum Teil korrekt, denn sie sind ein Problem, aber nicht das einzige. Ärzte ohne Grenzen arbeitet seit über zwanzig Jahren zum gerechten und bezahlbaren Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten und Impfstoffen. Wir beobachten immer wieder: Geistige Eigentumsrechte wie Patente sind Barrieren für den Zugang. Auch Maßnahmen wie Zwangslizenzen greifen in einer Pandemie zu kurz. Regierungen müssen mit den Inhaber*innen der Rechte für jedes Produkt einzeln langwierige Verhandlungen führen. Gerade in der Covid-19-Pandemie geht dabei wichtige Zeit verloren. Mit dem Antrag von Indien und Südafrika würden diese Barrieren für die Dauer der Pandemie wegfallen: Zusammen mit Technologietransfers könnte durch die Aussetzung schneller, günstiger und vor allem nach Bedarf weltweit produziert werden. Das hätte wiederum viele positive Effekte auf die Eindämmung der Pandemie. Vor allem aber würden erkrankten Menschen weltweit lebensrettende Behandlungen rechtzeitig zur Verfügung stehen und auch die Prävention und Teststrategien könnten besser funktionieren.

» 2. Covid-19-Medikamente müssen allen zur Verfügung stehen

Patente erlauben die Bildung von Monopolen: Hat ein Pharmakonzern das alleinige Recht an einem Medikament oder Impfstoff, kann er den Preis frei festlegen. Patente verhindern auch, dass Generika produziert werden können – Arzneimittel, die bei gleicher Zusammensetzung und Wirkung nicht den Markennamen tragen, deshalb um einiges günstiger und damit auch für Menschen mit geringerem Einkommen und ärmere Länder bezahlbar sind. Jedes Medikament, jeder Impfstoff und jedes medizinische Hilfsmittel für Covid-19 sollte für alle, die es benötigen, bezahlbar und zugänglich sein.

» 3. Transparenz und Fairness fordern

Viele Regierungen investieren gerade große Summen in die Forschung. Das ist wichtig und richtig. Patente und exklusive Lizenzen machen aber möglich, dass Menschen unter Umständen dreimal bezahlen: durch öffentliche Förderung der Grundlagenforschung, durch Steuergelder für die beschleunigte Entwicklung von Arzneimitteln gegen Covid-19 und

Studien

Während der Corona-Pandemie ist eine Fülle von Studien entstanden, die die Ausbreitung des Virus und die Folgen der Pandemiemaßnahmen auf Lebensumstände, auf Institutionen, auf den Alltag und die Arbeit untersucht haben und/oder noch untersuchen. Wir haben mit Stand Ende Mai 2021 eine Auswahl an Studien zusammengestellt, die sich mit gesundheitlichen und gesellschaftlichen Aspekten befassen. Sie ist auf der Website der LVG & AFS unter www.gesundheit-nds.de/index.php/medien/impulse zu finden.

letztendlich beim Kauf der Produkte. Es muss mehr Transparenz darüber geben, wie viele öffentliche Gelder in einem entwickelten Produkt stecken. Warum sollten Pharmakonzerne durch Patente hohe Gewinne machen dürfen, die verfügbaren Mengen dadurch künstlich verknappt und Menschen damit vom Zugang ausschließen, wenn viel Steuergeld in ihrer Entwicklung steckt?

» 4. Ressourcen effektiv nutzen

Aktuell wird in vielen Ländern parallel an Impfstoffen und Behandlungsmethoden für Covid-19 gearbeitet. Im Kontext einer globalen Pandemie ist es nicht zielführend, hier im Alleingang erfolgreich sein zu wollen. Würden Forschungsergebnisse und Erkenntnisse schnell geteilt und anderen Wissenschaftler*innen zur Verfügung gestellt, könnten wir das Virus sehr viel effektiver bekämpfen.

» 5. Globales öffentliches Gut als Zeichen internationaler Solidarität

Von vielen Politiker*innen, auch Kanzlerin Angela Merkel, wird seit Beginn der Pandemie betont, dass ein Impfstoff als »globales öffentliches Gut« gelten muss. Der Vorschlag Indiens und Südafrikas sieht vor, dass die Aussetzung von geistigem Eigentum so lange gilt, bis der größte Teil der Menschheit die Immunität gegen Covid-19 erreicht hat. Zentral dabei ist, dass kein Unterschied zwischen Ländern des Globalen Südens und Nordens gemacht wird. In Deutschland und anderen reichen Ländern werden bereits junge Menschen ohne Vorerkrankungen geimpft, obwohl andernorts Pflegekräfte, die auf Intensivstationen tagtäglich einem ungleich höheren Risiko ausgesetzt sind, den Impfstoff noch nicht erhalten haben. Nach Dringlichkeit und medizinischem Bedarf zu agieren, ist in einer Pandemie absolut notwendig für eine schnelle Lösung – weltweit.

Die Pandemie ist ein globales Problem

Der schnellste und effizienteste Weg, die Pandemie zu beenden, ist sicherzustellen, dass jede*r so schnell wie möglich Zugang zu den benötigten medizinischen Hilfsmitteln hat. Die globale Gesundheit muss im Vordergrund stehen und nicht, dass wenige Unternehmen lebensrettende medizinische Produkte monopolisieren, um Gewinne zu erzielen. Die Covid-19-Pandemie ist erst dann vorbei, wenn sie für alle vorbei ist.

ELISABETH MASSUTE, Ärzte ohne Grenzen e. V., Medikamentenkampagne, Am Köllnischen Park 1, 10179 Berlin, E-Mail: elisabeth.massute@berlin.msf.org

JAN FISCHER, LEA GUNKEL, MAREIKE TIMMANN,
TATJANA PAECK

Gesundheitsmanagement an Hochschulen trotz(t) Corona

Mit derzeit circa 2,95 Millionen Studierenden sowie 737.800 Beschäftigten sind die 424 Hochschulen in Deutschland ein wichtiges Setting für Gesundheitsförderung und Prävention, in welchem eine heterogene Studierendenschaft sowie vielfältige Berufsgruppen zusammenkommen. Auch Hochschulen waren und sind durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie beeinflusst. Das Sommersemester 2021 ist nun schon das dritte Semester, in dem das Lehren, Lernen, Forschen und Arbeiten fast ausschließlich digital stattfinden.

Neue Kommunikationswege, Maßnahmen und Handlungsfelder entwickeln

Die Tätigkeit der Koordinator*innen des Gesundheitsmanagements baut auch auf Netzwerkarbeit und Kommunikation mit den Dialoggruppen auf. Mit dem Auftreten der Corona-Pandemie und den damit verbundenen Kontaktbeschränkungen veränderten sich die Bedingungen zur Kommunikation und Interaktion mit Kolleg*innen, Beschäftigten sowie Studierenden umfänglich. Die umfassenden Veränderungen wurden auch in der Blitzumfrage des Kompetenzzentrums Gesundheitsfördernde Hochschulen (KGH) deutlich. Die Blitzumfrage wurde im Mai 2020 durchgeführt. Insgesamt haben 66 Akteur*innen an Hochschulen an der Umfrage teilgenommen. 75 Prozent der Befragten bestätigten, dass sie große oder eher große Veränderungen ihrer Arbeit durch die Corona-Pandemie spürten. So mussten Kommunikationswege angepasst, Maßnahmen grundlegend umgestaltet und neue Handlungsfelder identifiziert werden. Den größten Handlungsbedarf erkannten die Befragten bei der Stärkung der psychosozialen Gesundheit. Als Gründe dafür wurden unter anderem die Zunahme von psychischen Belastungen, erhöhte Anforderungen an die Selbstorganisation und das Arbeiten und Studieren mit gleichzeitigen Betreuungsaufgaben genannt. Gleichzeitig empfanden einige Befragte es als herausfordernd, Themen des Gesundheitsmanagements präsent zu halten, da Fragen des Infektionsschutzes prioritär behandelt wurden. Mehr als die Hälfte der Befragten waren zudem nicht in das Krisenmanagement ihrer Hochschule involviert.

Bewegung und psychosoziale Gesundheit im Fokus

Um einen vertiefenden Einblick zu erhalten, wurden im November und Dezember 2020 fünf Interviews mit sechs Akteur*innen aus Hochschulen geführt. Dabei zeigte sich, dass die Sommermonate intensiv genutzt wurden, um neue Angebote zu entwickeln sowie bestehende anzupassen. Neben Maßnahmen zur Bewegungsförderung war insbesondere die psychosoziale Unterstützung Beschäftigter sowie Studierender ein Anliegen der Koordinator*innen. Genutzt wurden zu diesem Zweck eine große Bandbreite an digitalen Kommunikationswegen – von Social-Media-Kanälen über Workshops im Videokonferenzformat bis hin zur persönlichen Ansprache via Mail. Das Beschreiten neuer Wege in der Kommunikation mit den Dialoggruppen wurde bei einigen Interviewpartner*innen als wichtiger Erfolgsfaktor für das Gesundheitsmanagement gewertet, welcher ergänzend zu bisherigen Kommunikationsstrategien auch nach Corona von Bedeutung sein wird.

Gesundheitswissenschaftliche Perspektive im Krisenstab muss ausgebaut werden

Mehrheitlich waren die Befragten nicht Teil des Krisenstabs ihrer Hochschule. Einer Verortung dringlicher administrativer Aufgaben beim Rektorat wurde prinzipiell zugestimmt, doch konstatierte eine Mehrzahl der Befragten, dass durch eine Einbindung des Gesundheitsmanagements in den Krisenstab der Informationsfluss hätte verbessert werden, eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive eingebracht und neue Angebote schneller den Rahmenbedingungen entsprechend hätten entwickelt werden können. Die Bedeutung einer guten Vernetzung, Kommunikation und der strukturellen Verankerung des Gesundheitsmanagements in der Hochschule wurde durch die Corona-Pandemie unterstrichen und wird auch in Zukunft relevant bleiben.

Für weitere Einblicke in die Ergebnisse der Befragungen steht auf der Website des KGH (www.kompetenzzentrum-gesundehochschulen.de) eine Broschüre zur Corona-Blitzumfrage bereit. Dieses Angebot wird zeitnah durch einen Einblick in die Interviewergebnisse ergänzt.

Literatur bei den Verfasser*innen, Anschriften siehe Impressum

KLAUS-DIETER GLEITZE, EVA THALMEIER

Armut und Corona Die Landesarmutskonferenz bilanziert

Die Corona-Krise ist eine der größten politischen Zäsuren in der Nachkriegsgeschichte Deutschlands. Das gesamte Ausmaß mit allen wirtschaftlichen und sozialen Konsequenzen ist noch lange nicht absehbar, aber eines ist offensichtlich: Vor dem Virus sind nicht alle gleich. Wer arm ist, ist in der Krise noch ärmer dran. Menschen, die das Virus überwiegend nach Deutschland gebracht haben wie Urlauber*innen oder Geschäftsreisende können im anhaltenden Lockdown zu Hause bleiben, doch zu Hause bleiben kann nur, wer auch eines hat!

Vor der Krise

Über zehn Jahre Konjunktur-Dauerhoch haben es nicht vermocht, die Armutsquote nennenswert zu senken. Seit Ende der Neunzigerjahre hat die Armut um fast 50 Prozent zugenommen, während die Zahl der Millionäre sich mehr als verdoppelt hat. Die Spaltung unserer Gesellschaft zwischen Arm und Reich hat sich vertieft. Die Armutsrisikoquote lag in Niedersachsen im Jahr 2019 bei 16,0 Prozent und damit um einen vollen Prozentpunkt höher als im Jahr zuvor. Bei einer niedersächsischen Gesamtbevölkerung von über 7,98 Millionen Menschen sind insgesamt 1,36 Millionen unmittelbar mit Armut konfrontiert.

Und jetzt?

Die Situation wird durch die Corona-Krise immer prekärer und die Verschärfung der sozialen Gegensätze nimmt stets zu. Für Ende März bis Anfang Juli 2020 gaben laut Statistischem Bundesamt fast 20 Prozent der Bezieher*innen von Niedrigeinkommen an, finanzielle Schwierigkeiten zu haben. Laut aktuellem 6. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, der im Mai verabschiedet wurde, schrumpft die so-

genannte Mitte, soziale Mobilität nimmt ab und soziale Ungleichheit steigt. Mit sozialer Mobilität ist der Wechsel von Personen zwischen sozialen Positionen gemeint, dazu gehört insbesondere der Wechsel zwischen Berufsgruppen oder Schichten. Auf die Haushalte in der unteren Hälfte der Verteilung entfallen rund ein Prozent des gesamten Nettovermögens, während die vermögensstärksten zehn Prozent der Haushalte über die Hälfte des gesamten Nettovermögens auf sich vereinen. Armut und ihre Folgen gerade in Zeiten der Corona-Pandemie werden in der öffentlichen Diskussion nach wie vor stark vernachlässigt. Es gibt keine zuverlässigen Daten darüber, um wie viel größer das Risiko für Arme ist, von Corona betroffen zu werden und schwerere Krankheitsverläufe sowie Nachwirkungen zu haben. Für Wohnungslose ist die Situation bereits jetzt existenzbedrohend und in Ballungsräumen zeichnet sich keinerlei Entspannung auf dem Wohnungsmarkt für Menschen mit geringem Einkommen ab. Lebensmittel werden für Arme immer unerschwinglicher, die wachsende Arbeitslosigkeit erhöht das Armutsrisiko und Frauen sind gerade als Alleinerziehende oft prekär beschäftigt, mit Sorgearbeit ständig belastet und somit häufig doppelte Krisenverliererinnen.

Was tun dagegen?

Seit dem ersten Lockdown widmet sich die Landesarmutskonferenz (LAK) Niedersachsen virtuell dem Thema »Armut und Corona«. Eine im Frühjahr 2020 gestartete Videoreihe auf dem LAK YouTube-Kanal wurde als erste »Corona Maßnahme« ergriffen, um auch im Lockdown das Thema »Armut« nicht (noch mehr) unter den Tisch fallen zu lassen. Der erste virtuelle Fachtag der LAK Niedersachsen mit dem Titel »Armut und Corona – Zwischenbilanz und Perspektive« Ende Juni 2020 gab Anlass genug, um eine gleichnamige Erklärung zu veröffentlichen. Diese enthält einen Forderungskatalog von 17 sozialpolitischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Krisenfolgen für Arme und wurde im November 2020 bei einem Online-Austausch erneut vorgestellt und diskutiert. Last but not least forderte die LAK Niedersachsen zusammen mit dem Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) Niedersachsen und der Stiftung EIN ZUHAUSE im Dezember 2020 in einem gemeinsamen Positionspapier einen Pakt gegen Wohnungslosigkeit in Niedersachsen, der verschiedene zielgerichtete Maßnahmen zur Verbesserung von Wohnungs- und Obdachlosigkeit enthält.

Was folgt?

Zentral bleibt weiterhin die Frage, wie in Zeiten von Corona der Dialog mit armutsbetroffenen Menschen gestaltet und ausgebaut werden kann, sodass auch jene eine Stimme bekommen. Die LAK Niedersachsen möchte »Armut und Corona« immer wieder in die Medien transportieren, um bei allen Akteur*innen das Krisenbewusstsein zu schärfen. Der nächste Fachtag am 16.11.2021 geht unter anderem der Frage nach: Wer zahlt für die Krise? Anmeldungen zum Fachtag 2021 und weitere Informationen finden Sie zeitnah unter www.landesarmutskonferenz-niedersachsen.de.

Literatur bei den Verfasser*innen

KLAUS-DIETER GLEITZE, Landesarmutskonferenz Niedersachsen,
E-Mail: gleitzek@gmx.de

BIRTE GEBHARDT, PATRIZIA ROTHOFER, IRIS LETTAU

Enquete für Gesundheitsversorgung hat ihre Arbeit beendet

Um zukunftsweisende Empfehlungen für die medizinische Versorgung in Niedersachsen zu entwickeln, setzte der Landtag 2019 die Enquetekommission »Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung« ein. Kurz vor Abschluss der Kommission brachte die Corona-Pandemie ungeahnte neue Herausforderungen mit sich und ließ die zentralen Felder für eine zukunftsfähige Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems noch deutlicher zu Tage treten. Die bis dahin vorliegenden Ergebnisse wurden auf den Prüfstand gestellt, um Lösungsvorschläge zu entwickeln, die auch die Herausforderungen (pandemischer) Krisen zielgenau berücksichtigen. Ein Team der LVG & AFS übernahm die wissenschaftliche Begleitung der Kommission sowie das Verfassen des Abschlussberichtes.

Gemeinsamer Blick auf die niedersächsische Gesundheitsversorgung

Die Arbeit der Kommission war insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass es gelang, Vertreter*innen aller Parteien, die Spitzen der wichtigsten Berufsgruppen, Vertreter*innen der Krankenkassen, der kommunalen Spitzenverbände, der Krankenhäuser sowie der Wissenschaft und externe Expert*innen an einen Tisch zu bringen. Dieses breite Bündnis nahm alle wesentlichen Schlüsselbereiche der gesundheitlichen Versorgung und ihr Zusammenspiel im Gesamtsystem der Gesundheitsversorgung in den Blick.

Vielfältige Herausforderungen in Planung, Versorgung und Qualität

Als wesentliche Herausforderungen der derzeitigen Gesundheitsversorgung konstatiert die Enquetekommission, dass sich die Versorgungsplanung bislang zu wenig am aktuellen und zukünftigen Bedarf vor Ort orientiert, Personalengpässe zum limitierenden Faktor in allen Sektoren werden und sich in ländlichen Bereichen vor allem die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung herausfordernd gestaltet. Darüber hinaus verursacht die im deutschen System teilweise sehr starre Trennung in verschiedene Versorgungssektoren Versorgungsbrüche und Fehlinanspruchnahmen. Auch bei der Digitalisierung liegt Deutschland weit hinter anderen Ländern zurück, was mit dazu beiträgt, dass unser Versorgungssystem nicht optimal auf die Bewältigung pandemischer Krisen eingestellt ist. Zudem ist im internationalen Vergleich festzustellen, dass die Versorgungsqualität in Teilbereichen wie etwa bei der Behandlung von Herzinfarkten oder Schlaganfällen optimierbar ist.

Empfehlungen der Kommission

Für eine zukunftsfähige Ausrichtung der niedersächsischen Gesundheitsversorgung hat die Kommission daher umfangreiche Lösungsansätze sowohl zur Verbesserung der Regelversorgung als auch für den Umgang mit potenziellen zukünftigen Krisen entwickelt. Dabei setzt die Kommission folgende Schwerpunkte:

- » Eine Konzentration spezialisierter Versorgungsleistungen bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden Grundversorgung, um zu vermeiden, dass die begrenzten personellen Ressourcen auf zu viele Standorte verteilt werden und so vielerorts Personalknappheit entsteht.
- » Für die zukunftsfähige Weiterentwicklung der stationären Versorgung legt die Kommission ein konkretes Versorgungsstufenkonzept für Niedersachsen vor, entlang dessen die Krankenhausplanung prospektiver und bedarfsorientierter erfolgen kann.
- » Die Versorgung im ländlichen Raum soll zudem durch die Verbesserung von Rahmenbedingungen sowie die Stärkung der Rolle von Hausärzt*innen in der Versorgung optimiert werden.
- » Den Zugang zur Notfallversorgung gilt es, durch gezielte Patient*innensteuerung in die jeweils passende Ebene zu optimieren.
- » Zur Überwindung von Sektorengrenzen fordert die Kommission eine zügige Harmonisierung sektoraler Rahmenbedingungen auf Bundesebene. Für Niedersachsen legt die Enquetekommission ein konkretes Konzept zur Etablierung »Regionaler Gesundheitszentren« vor.
- » Für eine stärkere patient*innenzentrierte Digitalisierung der medizinischen Versorgung ist die durch die Covid-19-Pandemie ausgelöste Schubkraft gezielt zu nutzen.

Ausblick

Daniela Behrens, Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, hat bereits in ihrer Antrittsrede die hohe Bedeutung der Enqueteergebnisse hervorgehoben und angekündigt, diese in konkrete Maßnahmen umzusetzen. Die LVG & AFS wird diesen Prozess auch weiterhin personell unterstützen. Den Abschlussbericht der Enquetekommission finden Sie unter: www.landtag-niedersachsen.de/plenum-ausschuesse-gremien/kommissionen/enquete-kommission-ekmedv/

Anschrift siehe Impressum

CLAUDIA BÖHM, KATHARINA BÖHM, SOPHIE GEPP,
ANSGAR GERHARDUS

Eine Public Health-Strategie für Deutschland

Gesundheit betrifft alle Bereiche der Gesellschaft

Die COVID-19-Pandemie stellt unsere Gesellschaft auf die Probe. Binnen kürzester Zeit musste auf zahlreiche Herausforderungen reagiert werden – in Gesundheitsämtern, Arztpraxen und Krankenhäusern, aber auch in Wirtschaft, Bildung und Kultur. Alle gesellschaftlichen Bereiche sind durch die gesundheitliche Bedrohung und die Maßnahmen zur Eindämmung massiv beeinträchtigt, besonders stark betroffen sind dabei die Schwächsten der Gesellschaft. Das verdeutlicht wieder einmal, dass soziale und gesellschaftliche Unterschiede entscheidend für Gesundheit und Krankheit sind. Ein systematischer Ansatz zur Sicherung und Förderung der Gesundheit auf Bevölkerungsebene ist dringend notwendig. Dieser Befund gilt nicht nur für den gesundheitlichen Ausnahmezustand einer Pandemie, auch wenn diese es auf erschreckende Weise sichtbar macht.

Entwicklung eines starken Public Health-Systems

Public Health ist die Wissenschaft und Praxis zur Verhinderung von Krankheit, Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer, psychischer und sozialer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung vorhandener Ressourcen durch die organisierten Anstrengungen einer Gesellschaft. Kurz gesagt, Public Health ist die öffentliche Sorge um die Gesundheit aller. Nahezu jede politische Entscheidung wirkt sich auf die Gesundheit und den Schutz von Mensch, Tier und Umwelt aus. Die Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die nationale und globale Gesundheit sowie die Umwelt müssen deshalb ressortübergreifend erfasst und berücksichtigt werden (Health in all Policies). Deutschland hat sich den Zielen für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen verpflichtet. Hierzu gehört auch das Ziel: »Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters zu gewährleisten und ihr Wohlergehen zu fördern«. Dieses Ziel war handlungsleitend für die Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit. Bislang gibt es jedoch keine Strategie, wie dieses und alle weiteren gesundheitsrelevanten Ziele in Deutschland nachhaltig und sektorenübergreifend umgesetzt werden sollen.

Deutschland braucht jetzt eine Public Health-Strategie, um die gesundheitlichen Folgen der Pandemie abzufangen und die Resilienz für zukünftige Pandemien zu verbessern. Ein handlungsfähiges Public Health-System fördert das Vertrauen der Bevölkerung in staatliche Institutionen und ist grundlegende Voraussetzung für die Verwirklichung des übergeordneten Ziels: ein Leben in bestmöglicher Gesundheit für alle Menschen zu ermöglichen.

Umsetzung der »Essential Public Health Operations« der Weltgesundheitsorganisation für Deutschland

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zehn »Essential Public Health Operations« (EPHO) als Eckpunkte definiert, die beim Auf- und Ausbau von Public Health-Systemen Orientierung bieten sollen.

Aufbauend auf diesen EPHOs hat das Zukunftsforum Public Health (www.zukunftsforum-public-health.de) in einem dreijährigen Prozess unter breiter Beteiligung vieler Akteur*innen der Öffentlichen Gesundheit aus Wissenschaft und Praxis ein Dokument entwickelt, das umfassende Handlungsoptionen für den Ausbau des deutschen Public Health-Systems aufzeigt. Das Dokument enthält für alle zehn EPHOs jeweils eine Beschreibung der Ausgangslage und der Herausforderungen, eine Vorstellung der wichtigsten Akteur*innen des Feldes, eine Definition der handlungsleitenden Ziele sowie konkrete Vorschläge, wie diese Ziele erreicht werden können. Das Dokument ist in einer Kurz- und einer Langfassung unter <http://zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie/> verfügbar.

Das Zukunftsforum Public Health stellt mit den vorgelegten Eckpunkten für eine Public Health-Strategie verantwortlichen Akteur*innen eine strukturierte Diskussionsgrundlage für den weiteren politischen Prozess zur Verfügung. Die Mitglieder des Zukunftsforums sind gerne bereit, diesen Prozess fachlich als Partner*innen zu begleiten und zu unterstützen.

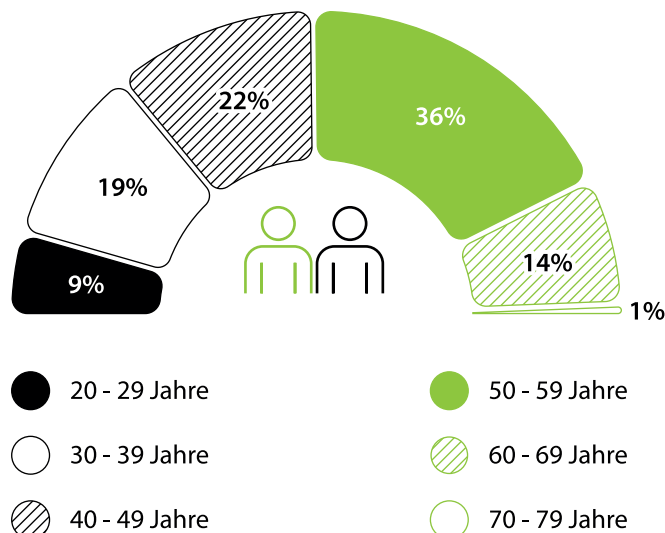
CLAUDIA BÖHM, DR. KATHARINA BÖHM, SOPHIE GEPP, PROF. ANSGAR GERHARDUS,
Geschäftsstelle Zukunftsforum Public Health, General-Pape-Straße 62–66,
12101 Berlin, E-Mail: info@zukunftsforum-public-health.de

JANINE STERNER, JOHANNA RITTER

Ergebnisse der Social Media-Umfrage der LVG & AFS

Weltweit nutzen Millionen von Menschen Social Media zum Austausch und zur Vernetzung. Die Corona-Pandemie und der damit verbundene Lockdown führten zu einem stärkeren Anstieg der Nutzung digitaler Kommunikationswege als in den vergangenen Jahren. In einer Online-Befragung untersuchte die LVG & AFS das Nutzungsverhalten und die Einstellung zu Social Media unter Akteur*innen aus den Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereichen. Ziel der Umfrage war es, den Status-Quo der Social Media-Nutzung in der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention abzubilden und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. In einer Online-Umfrage haben von Anfang März bis Ende April insgesamt 245 Akteur*innen aus den unterschiedlichsten Arbeitsbereichen teilgenommen. Besonders häufig vertreten waren gemeinnützige Organisationen, Kommunalverwaltungen, Gesundheitsämter, Pflegeeinrichtungen, Quartiersmanager*innen, Kitas und Schulen sowie die Bereiche Seniorenarbeit, Migration und Behindertenhilfe. Von den Befragten waren 85 % weiblich und 15 % männlich. Über die Hälfte (53 %) kamen aus Niedersachsen, die übrigen nahmen aus allen anderen Bundesländern teil (Ausnahme Saarland). Die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen ist mit rund einem Drittel am häufigsten vertreten.

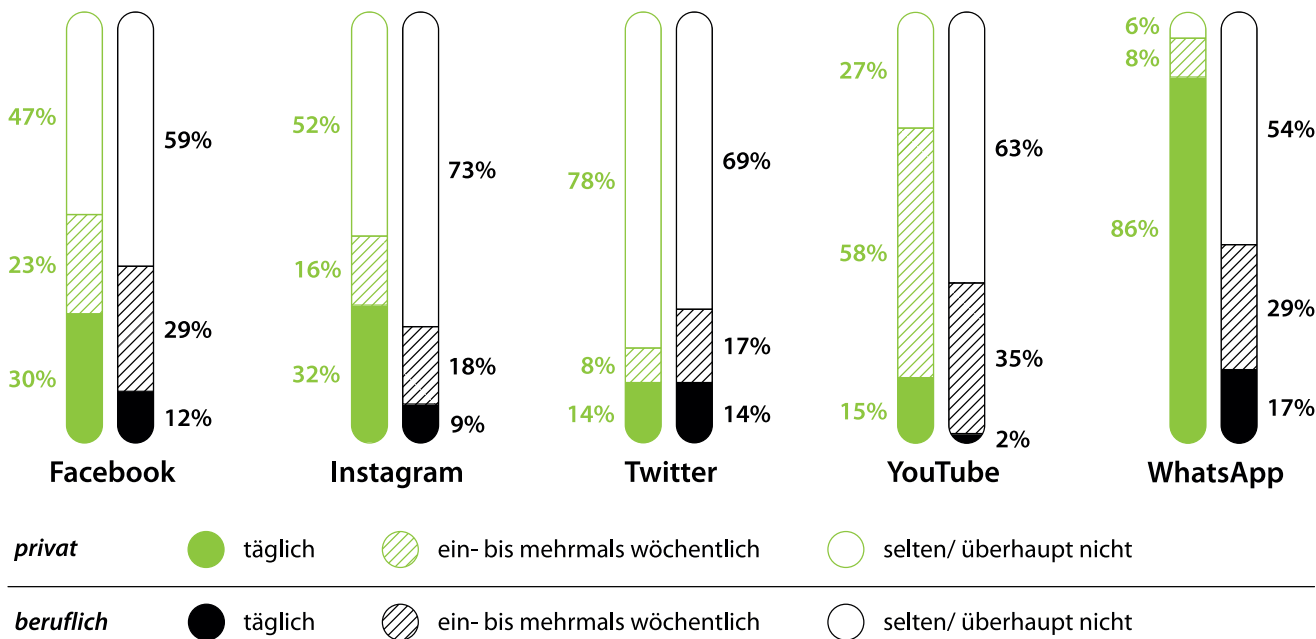
Wer hat teilgenommen?



Werden Social Media überhaupt genutzt?



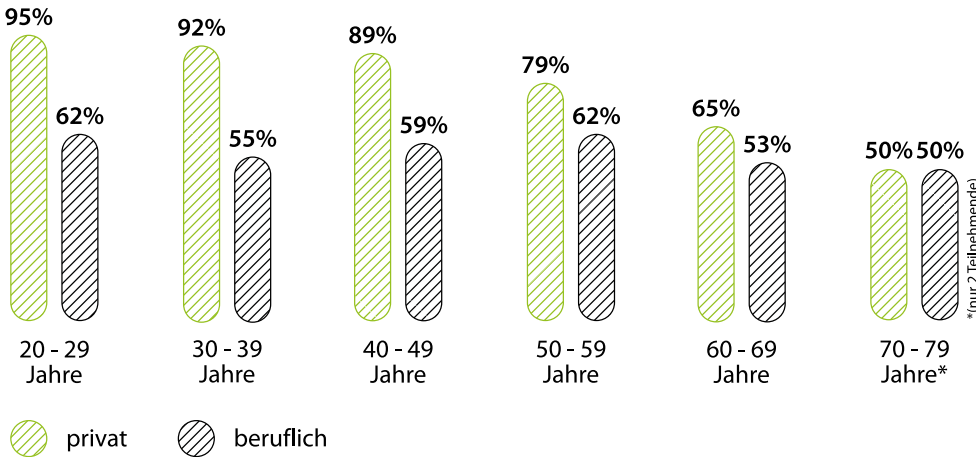
Welche Social Media-Kanäle werden wie häufig genutzt?



WhatsApp und andere Messenger-Dienste werden sowohl privat als auch beruflich am häufigsten genutzt, letzteres vor allem für die direkte Kommunikation mit anderen Fachkräften, aber auch mit Dialoggruppen. Privat folgen YouTube, Facebook und Instagram, die täglich oder mehrmals

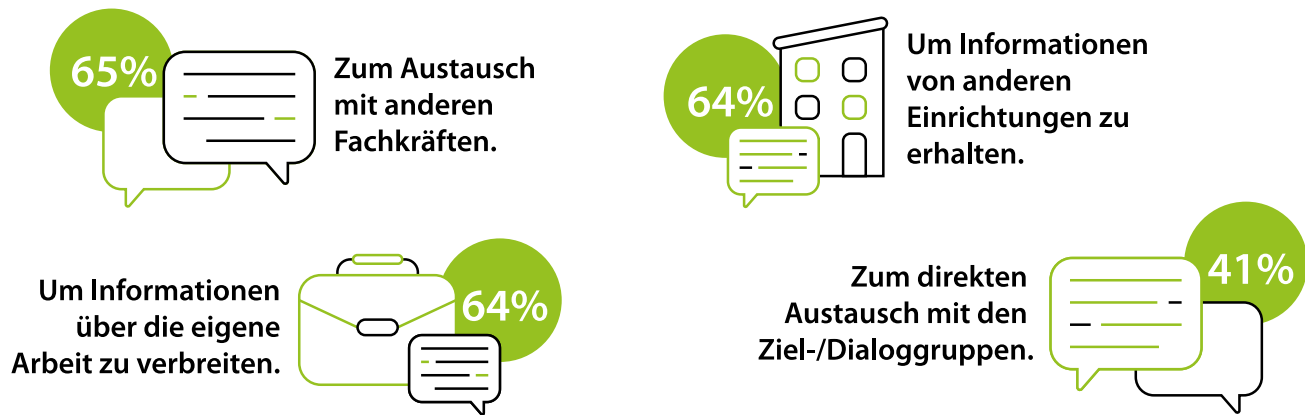
pro Woche genutzt werden. Beruflich führt Facebook die Liste der Social-Media-Plattformen an, gefolgt von YouTube, Twitter und Instagram. Auffallend ist, dass Twitter der einzige Kanal ist, der häufiger im beruflichen als im privaten Kontext genutzt wird.

Berufliche und private Nutzung von Social Media nach Altersgruppen

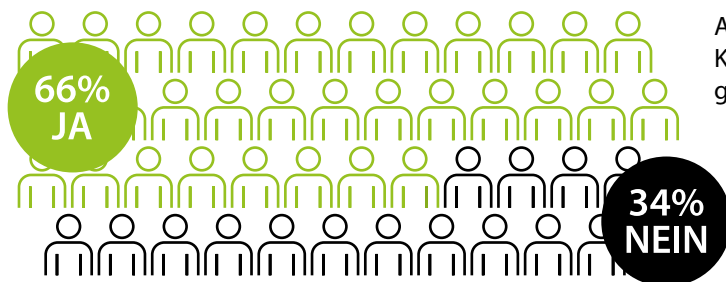


54%
 aller Befragten
 nutzen Social Media
 sowohl privat als
 auch beruflich.

Zu welchem Zweck werden Social Media im beruflichen Kontext genutzt?



Möchten die Befragten Social Media beruflich stärker nutzen?



66 % möchten Social Media beruflich stärker nutzen. Dadurch erhoffen sich die Befragten einen leichteren Zugang zu ihren Dialoggruppen, vor allem zu Jüngeren. Eine größere Reichweite zur Verbreitung von Informationen und

Angeboten sowie eine bessere, schnellere Vernetzung und Kommunikation mit anderen Fachkräften sind weitere Argumente für eine berufliche Nutzung. Befragte, die sich gegen eine stärkere Social Media-Nutzung aussprachen, führten Argumente wie unzureichenden Datenschutz, fehlende Zeit und die mangelnde Kontrolle von Daten im Netz an. Andere bemerkten, dass sich Social Media nicht für alle Arbeitsbereiche und Dialoggruppen eignen und sie eine persönliche Kommunikation bevorzugen.

Um Social Media gezielter einzusetzen, wünschen sich die Befragten insbesondere konkrete Beispiele aus der Praxis (52 %), Fortbildungen zur Anwendung (47 %) und schriftliche Arbeitshilfen (40 %).

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Social Media auch im beruflichen Kontext von Akteur*innen in den Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereichen immer stärker genutzt werden und ein großes Interesse besteht, diese Nutzung auszuweiten. Gleichzeitig wird der Einsatz von Social Media auch kritisch hinterfragt, da er Ressourcen bindet und diese

Kanäle nicht für alle Arbeitsbereiche anwendbar scheinen. Viele der Befragten wünschen sich zudem Praxisbeispiele und Fortbildungsmöglichkeiten. Die detaillierten Umfrage-Ergebnisse können Sie unter www.gesundheit-nds.de/social-media-umfrage abrufen.

SELINA WACHOWIAK

Vernetzungsstelle Seniorenernährung Niedersachsen (DGE-Sektion)

Im Zuge des demografischen Wandels werden Prognosen zufolge im Jahr 2030 knapp 30 Prozent der Bevölkerung in Niedersachsen 65 Jahre und älter sein. Essen und Trinken beeinflussen auch in dieser Altersgruppe die persönliche Lebensqualität, sind wichtige Bestandteile sozialer sowie kultureller Identität, rufen Emotionen hervor und dienen der Gesunderhaltung durch die Nährstoffaufnahme. Dabei muss berücksichtigt werden, dass ältere Menschen sehr heterogen in ihren Bedarfen und Bedürfnissen sind, beispielsweise in ihrer Aktivität, Gesundheit sowie ihren Gewohnheiten und ihrem Lebensumfeld. Durch physiologische Veränderungen sowie das vermehrte Auftreten von Krankheiten und Beeinträchtigungen im Alter steigt bei älteren Menschen das Risiko einer Fehlernährung. Es kann beispielsweise zu einer Überernährung und langfristig zu Übergewicht und Adipositas kommen, wenn das Essverhalten nicht an den sinkenden Energieumsatz bei gleichzeitig hohem Nährstoffbedarf angepasst wird. Dem gegenüber steht das Risiko von Gewichtsverlust, Mangelernährung und Dehydration, welches durch Veränderungen in der Sinneswahrnehmung, ein sinkendes Hunger- und Durstempfinden sowie Krankheiten und Beeinträchtigungen wie Demenz oder Kau- und Schluckbeschwerden, aber auch durch die Einnahme von Medikamenten beeinflusst wird. Doch wie kann die Lebensqualität von niedersächsischen Senior*innen gesteigert werden? Wie genau sollte eine Ernährung dieser Altersgruppe aussehen? Fragen, die uns alle angehen, ob als älterer Mensch, Angehörige*r oder als in diesem Setting beruflich tätige Person.

Die Vernetzungsstelle

Mit diesen Fragen beschäftigt sich die im August 2020 im Rahmen von »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung« eingerichtete Vernetzungsstelle Seniorenernährung Niedersachsen. Sie wird durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) sowie das Niedersächsische Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (ML) gefördert und ist Teil der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V., DGE-Sektion Niedersachsen. Das Ziel der Vernetzungsstelle ist es, eine bedarfs- und bedürfnisgerechte sowie nachhaltige Ernährung und Verpflegung älterer Menschen in Niedersachsen zu fördern. Somit soll die Qualität der Verpflegungsangebote verbessert werden: in Einrichtungen, bei mobilen Menüdiensten sowie bei Verpflegungssituationen von Senior*innen, die sich zu Hause oder in ambulanten Wohngemeinschaften selbst versorgen oder dort von Angehörigen betreut werden. In diesem Zusammenhang sollen die Ernährungskompetenzen aller, die an der Verpflegung älterer Menschen beteiligt sind, gesteigert werden. Arbeitsbasis ist der »DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung mit »Essen auf Rädern« und in Senioreneinrichtungen«.

Angebotsspektrum

Das Angebot besteht aus Informations- und Weiterbildungsangeboten rund um das Thema Ernährung von Senior*innen. Es werden Fachtagungen, Workshops und Fortbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten. Fachinformationen und

praktische Tipps sind Teil der ständig wachsenden Website. Zudem werden bestehende Aktivitäten gebündelt und Akteur*innen aus dem Bereich der Ernährung/Verpflegung von Senior*innen miteinander regional sowie landesweit vernetzt. Dazu werden Dialogforen und Werkstattgespräche durchgeführt. Kurzum gilt: »informieren – beraten – vernetzen«! Umgesetzt wurde dieser Ansatz beispielsweise in der Fachtagung »Ernährung im Alter – alles anders?«, in der sich die Teilnehmenden interaktiv zu Themen wie der Ernährung von Senior*innen im Allgemeinen, dem DGE-Qualitätsstandard und der Sarkopenie, also dem Verlust an Muskelmasse im Alter, fortbildeten. Der Austausch zwischen den Akteur*innen stand insbesondere in dem ersten Dialogforum »Essen und Trinken im Alter: Ein Thema mit vielen Dimensionen« im Vordergrund.

Aufruf zur Vernetzung

Das Angebot der Vernetzungsstelle richtet sich an Fachkräfte aus der Pflege, Küche und Hauswirtschaft sowie Anbietende von Catering und mobilen Menüdiensten. Sie wendet sich an Ärzt*innen, Ernährungsfachkräfte und Therapeut*innen, (ehrenamtliche) Mitarbeiter*innen und alle, die in dem Bereich Beratung und Versorgung von Senior*innen aktiv sind. Auch ältere Menschen in ihrem eigenen Zuhause und deren Angehörige können das Angebot in Anspruch nehmen.

Literatur bei der Verfasserin

SELINA WACHOWIAK, Vernetzungsstelle Seniorenernährung Niedersachsen (DGE-Sektion), Hildesheimer Straße 24, 30169 Hannover, Tel.: (0511) 544 1038-2, E-Mail: vernetzungstellesenioren@dge-niedersachsen.de, Internet: www.vernetzungstellesenioren-dge-ni.de

Niedersächsischer Gesundheitspreis 2021

Zum elften Mal wird der Niedersächsische Gesundheitspreis von den Niedersächsischen Ministerien für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung, der AOK Niedersachsen, der Apothekerkammer Niedersachsen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen ausgeschrieben. Bewerben Sie sich mit Ihrem Projekt oder schlagen Sie ein anderes Projekt für den Preis vor! Gesucht werden Beispiele guter Praxis in den folgenden Preiskategorien:

1. Psychische Gesundheit in jeder Lebensphase stärken
2. Gemeinsam in Bewegung bleiben
3. eHealth – digital unterstützt in Behandlung, Pflege und Reha

Nähere Informationen zu den Preiskategorien finden Sie unter www.gesundheitspreis-niedersachsen.de. Bis zum 31. Juli 2021 sind Verbände, Institutionen, Initiativen, Unternehmen und Fachleute aus der Gesundheitsversorgung und -förderung sowie aus dem Feld eHealth herzlich eingeladen, Projekte digital einzureichen. Eine fachkundige Jury ermittelt für jede Preiskategorie das beste Projekt. Das Preisgeld beträgt je Kategorie 5.000 Euro. Die Preisverleihung findet am 29. November 2021 digital statt.

Bewerben Sie sich jetzt!

Kommunales



MEIN NAME IST JULIA SASS

Ich bin eine Frau mit einer Behinderung und erzähle von meinen Erfahrungen

Der erste Schock zu Beginn der Pandemie war, als ich einen Anruf von der Ambulanten Assistenz bekam und man mir sagte, dass die Betreuerinnen nicht mehr kommen dürfen. Ich musste wochenlang ganz allein klarkommen. Der zweite Schock war, als ein weiterer Anruf kam und man mir sagte, dass ich nicht mehr arbeiten darf, weil ich als Mensch mit Behinderung gefährdeter bin. Außerdem zählt mein Arbeitsbereich offiziell zur Werkstatt und alle Menschen mit Behinderungen in der Werkstatt mussten zu Hause bleiben. Ebenso wie bei meinem Job im Supermarkt. Könnt ihr euch vorstellen, wie das ist, wenn man drei Monate zu Hause bleiben muss? Nicht weil man krank ist, sondern weil das vorgeschrieben ist. Für mich ist in dem Moment eine Welt zusammengebrochen. Ich habe nicht verstanden, warum die angestellten Mitarbeiter*innen arbeiten und wir, die Leute mit Behinderung, nicht arbeiten durften. Das hat mich traurig und einsam gemacht.

Aktiv gegen Einsamkeit

Ich habe angefangen, Briefe zu schreiben. Ich habe Post von der Lebenshilfe Osnabrück bekommen, die mich gefragt haben, wie es mir in der Krise geht. Ich habe denen geantwortet und alles erzählt. Daraufhin hat mich eine nette Frau von der Lebenshilfe angerufen und seitdem telefonieren wir regelmäßig. Die Zeit war sehr schwierig für mich. Meine Eltern haben sich Sorgen gemacht. Ende April 2020 habe ich mich entschieden, in die Notbetreuung der Werkstatt zu gehen.

Der erlösende Anruf

Nachdem ich im Frühsommer 2020 ungefähr zwei Monate in der Notbetreuung war, kam ein Anruf. Das war der Anruf, auf den ich so lange gewartet habe. Endlich durfte ich wieder im Supermarkt arbeiten, falls ich das will. Ich war erst geschockt

und hab mich dann gefreut. Dann hat man mir erklärt, dass man im Laden die ganze Zeit einen Mund-Nasen-Schutz tragen muss und ich darüber nachdenken soll, ob ich mir das zutraue. An einem Tag habe ich es ausprobiert, wie es ist, mit einem Mund-Nasen-Schutz zu arbeiten. Das hat alles gut geklappt und ich habe mich dann entschieden, trotz Corona wieder zu arbeiten. Ich war sehr glücklich, weil ich nicht nur wieder arbeiten, sondern auch meine Betreuerinnen wiedersehen durfte. Seitdem geht es mir wieder richtig gut. Dass ich nicht arbeiten durfte, war sehr belastend für mich.

Corona-Krise: Der zweite Lockdown

Als der erste Lockdown war, mussten wir ein paar Monate zu Hause bleiben. Beim zweiten Lockdown war es anders. Ich hatte in dieser Woche Spätschicht. Ich wollte gerade losgehen, als ich einen Anruf bekam. Ich habe mir Sorgen gemacht, dass es wieder heißt »tut mir leid, ihr müsst zu Hause bleiben«. Diesmal war es zum Glück aber anders. Alle Menschen mit Behinderungen, die im Lebensmittelladen arbeiten, hat man gefragt: »Könnt ihr euch vorstellen weiterzuarbeiten? Auch wenn ihr wisst, dass die Zahlen weiter steigen werden?« Wir hätten auch sagen können, dass wir von der Arbeit befreit werden möchten. Ich habe gesagt, dass ich das noch nicht weiß, aber dass ich meine Entscheidung am nächsten Tag treffen und dann anrufen werde.

Das Team hält zusammen

Als ich auf der Arbeit war, habe ich eine Kollegin angesprochen und ihr von dem Anruf erzählt. Die Kollegin hat gesagt, dass sie ohne uns die Arbeit nicht schaffen können. Daraufhin bin ich zum Marktleiter gegangen und habe ihm erzählt, dass ich einen Anruf vom Sozialdienst bekommen habe. Er hat gefragt, was ich brauche, damit ich mich sicher auf der Arbeit und im Bus fühle. Hätten wir alle »Nein« gesagt, dann wäre der Laden wahrscheinlich zu gemacht worden und hätte vermutlich nie wieder aufgemacht. Aber zum Glück haben wir alle »ja klar wollen wir arbeiten« gesagt.

Sicherheit mit der FFP2-Maske

Ich war ein bisschen unsicher und habe mit meinen Eltern gesprochen. Meine Eltern wussten ja, dass es mir ohne Arbeit nicht gut ging. Wir haben darüber gesprochen, was wichtiger ist. Unser Marktleiter hat die Chefin angerufen und gesagt, dass wir FFP2-Masken brauchen. Da war ich so begeistert, dass ich sofort meine Entscheidung getroffen habe: »Na klar gehe ich arbeiten, was soll ich denn zu Hause?« Ich hätte mir nicht vorstellen können, wieder drei Monate zu Hause zu bleiben. Wir wären traurig und enttäuscht gewesen, wenn wieder über uns entschieden worden wäre. Wir sind schon einmal nicht gefragt worden und ein zweites Mal wäre eine Welt für uns zusammengebrochen. Abends habe ich mit meinen Eltern über meine getroffene Entscheidung gesprochen. Am nächsten Tag haben wir die Masken bekommen. Das gibt mir viel Sicherheit.

Kontakt über:

E-Mail: astrid.thulke@gesundheit-nds.de,

Anschrift siehe Impressum

MARKUS HEFFNER, FABIAN REIDINGER

Bürgerforum zur Corona-Pandemie in Baden-Württemberg

Um mit den Menschen über die Corona-Maßnahmen und deren Auswirkungen ins Gespräch zu kommen, ist in Baden-Württemberg (BW) auf Initiative der Staatsrätin für Zivilgesellschaft und Bürgerbeteiligung ein Bürgerforum Corona eingerichtet worden. Der Staatsrätin a. D. Gisela Erler war es wichtig, dass die Regierung in Erfahrung bringt, welche Sorgen, Sichtweisen und Empfehlungen die Bürger*innen haben. Das Bürgerforum wurde mit zufällig ausgewählten Einwohner*innen aus dem ganzen Bundesland besetzt.

Ergänzt wird es durch das Forum Zivilgesellschaft. In diesem Gremium sind zivilgesellschaftliche Akteur*innen vertreten, die bei der Bewältigung der Pandemie stark gefordert sind. Das Forum Zivilgesellschaft gibt Erfahrungen an die Landespolitik weiter. Gleichzeitig soll es der Zivilgesellschaft Impulse geben, sich selbst zu organisieren und zu stärken.

Zusammensetzung des Bürgerforums

Bei der Zusammensetzung der Teilnehmenden des Bürgerforums wurde auf eine möglichst große Vielfalt Wert gelegt. Sie macht sich an sozio-demografischen Merkmalen fest wie Geschlecht, Herkunft, Migrationshintergrund, Alter und Bildungsabschluss. Von den angeschriebenen 2.003 Menschen meldeten sich 258 Interessierte (12,9 Prozent) zurück – im Vergleich mit anderen Verfahren ein bemerkenswertes Interesse. Aus dem Pool der Interessent*innen wurden 50 Personen nach den oben genannten Merkmalen über Cluster ausgelost. Im Ergebnis bilden die Teilnehmenden die Breite der Gesellschaft ab. 25 der 50 Teilnehmende sind Frauen (Bürgerforum: 50 Prozent, BW: circa 50,3 Prozent). Die Teilnehmenden verteilen sich auch entsprechend der Bevölkerung auf die vier Regierungsbezirke des Landes. 12 der 50 Teilnehmenden haben einen Migrationshintergrund (Bürgerforum: 24 Prozent, BW: circa 15 Prozent). Die Altersverteilung entspricht ungefähr der in der Gesellschaft. 28 der 50 Teilnehmenden haben kein Abitur oder höheren Bildungsabschluss (Bürgerforum: 56 Prozent, BW: circa 57 Prozent), was selten in Beteiligungsprozessen erreicht wird. Auch in den vielen Berufen und Tätigkeiten der Teilnehmenden spiegelt sich die erreichte Vielfalt wider.

Behandelte Themen und Ergebnisse

Die besprochenen Themen für die online durchgeführten Konferenzen werden von den Teilnehmenden des Bürgerforums selbst bestimmt. Um eine gemeinsame fachliche Grundlage für die Debatten zu schaffen, werden ausgewählte Expert*innen eingeladen. Die Vorträge und Lageberichte werden von den Teilnehmenden als sehr informativ und hilfreich wahrgenommen. Die Teilnehmenden haben dabei Gelegenheit, vertiefende Fragen zu stellen und die Beiträge zu kommentieren. Die Diskussionen werden in Kleingruppen weitergeführt. Dort erarbeiten die Teilnehmenden auch Empfehlungen. Bis zum April 2021 befasste sich das Bürgerforum damit, wie es nach dem Lockdown weitergehen kann, mit dem Impfen und der Impfstrategie, mit der Teststrategie und den Schnelltests sowie mit den sozialen Langzeitfolgen der Maßnahmen. Die Ergebnisse werden nach den Sitzungen direkt

an die zuständigen Stellen innerhalb der Landesregierung weitergeleitet und sind auf dem Beteiligungsportal abrufbar. Die Staatsrätin berichtete regelmäßig im Ministerrat.

Die Diskussionen und die Ergebnisse spiegeln wider, dass die Menschen die Maßnahmen verstehen. Sie entwickeln Verständnis für das Handeln der Politik und der Verwaltung. Die Expert*innen von außerhalb wie innerhalb der Verwaltung und der Politik geben Einblicke, die die Teilnehmenden in den Medien vermissen. Mehrfach haben sie deren Berichterstattung als ungenügend kritisiert und bessere Kommunikation auch von der Politik angemahnt. Sie sagten aber auch mehrfach, dass sie dank des Bürgerforums die Prozesse und Motive von Politik und Verwaltung verstanden haben.

Das Bürgerforum wird noch bis Ende des Jahres einmal im Monat tagen. In den folgenden Terminen werden die Auswirkungen der Maßnahmen zur Pandemiebewältigung auf den Schul- und Kita-Bereich genauso diskutiert wie die auf die Gastronomie. Geplant ist auch, über Lehren aus der Pandemie zu sprechen. Bleibt zu hoffen, dass sich die Lage bis dahin bessert, um sich vielleicht sogar in Präsenz treffen zu können.

Literatur bei den Verfassern

MARKUS HEFFNER, FABIAN REIDINGER, Staatsministerium Baden-Württemberg, Richard-Wagner-Straße 15, 70184 Stuttgart, E-Mail: beteiligungsportal@stm.bwl.de

Der Landkreis Goslar steuert durch die Pandemie

Interview mit Mitgliedern des Corona-Stabs, Nicole Trenkner und Frank Dreßler, geführt von Birgit Wolff

» **LVG & AFS:** *Der Landkreis Goslar ist einer der bevölkerungsältesten Landkreise bundesweit. Wie ist er bislang durch die Pandemie gekommen?*

Im Landkreis Goslar zählen wir bisher (Stand: 12. April 2021) 2.030 bestätigte Infektionsfälle mit dem Coronavirus, davon gelten 1.671 Menschen als genesen, 129 Menschen sind an oder mit dem Virus gestorben. Mit Blick auf das Infektionsgeschehen und die daraus resultierenden Grenzwerte kann festgestellt werden, dass der Landkreis Goslar recht gut durch die bisherige Pandemie gekommen ist. Mit wenigen Ausnahmen lag die Sieben-Tage-Inzidenz meist unter den Durchschnittswerten des Bundes und des Landes Niedersachsen. Die höchste Inzidenz im Landkreis lag bei etwa 83 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern binnen sieben Tagen.

» **LVG & AFS:** *Welche Strukturen haben Sie zur Bewältigung der COVID-19-Krise aufgebaut und welche Maßnahmen haben Sie ergriffen?*

Den Herausforderungen der Corona-Pandemie begegnet die Kreisverwaltung seit März vergangenen Jahres mit vielfältigen Maßnahmen, die gebündelt im Corona-Stab des Landkreises bearbeitet und entschieden werden, welcher durch die interdisziplinäre Besetzung schnell auf die dynamische Entwicklung der Pandemie reagieren konnte. Besondere Bedeutung erfährt dabei die Steuerung und Gewinnung von Personal. So musste der öffentliche Gesundheitsdienst massiv aufgestockt werden, um den Anforderungen hinsichtlich der Kontaktnachverfolgung, der Erstellung von Quarantäne-

bescheiden sowie der Überwachung der angeordneten Quarantäne gerecht werden zu können. Großen organisatorischen und personelle Aufwand verursacht zudem das seit Dezember bestehende Impfzentrum des Landkreises, das neben der stationären Einrichtung in einer Sporthalle auch den Einsatz mobiler Impfteams umfasst, die beispielsweise in den Alten- und Pflegeeinrichtungen zum Einsatz gekommen sind.

» **LVG & AFS:** *Welche Reaktionen haben Sie in der Bevölkerung und in den Pflegeeinrichtungen erfahren?*

Die Pflegeheime im Landkreis Goslar – insgesamt 42 vollstationäre Einrichtungen mit über 3.000 Bewohner*innen – wurden von unserer Heimaufsicht von Beginn an engmaschig betreut und mit wichtigen Informationen rund um die Corona-Pandemie versorgt. Zu diesem Zweck wurde schnell ein Newsletter ins Leben gerufen, der unter anderem über Besuchsregelungen, Hygienekonzepte, Materialbeschaffungen und weitere wichtige Themen wie das Corona konforme Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus informierte. Von den Pflegeeinrichtungen haben wir ausschließlich positives Feedback erhalten. Insbesondere die Übersetzung der jeweils geltenden Corona-Verordnung für »Nichtjurist*innen« wurde dankbar aufgenommen. Der Newsletter hat auch über die Grenzen des Landkreises hinaus für Aufmerksamkeit gesorgt. Sehr positive Rückmeldungen haben auch unsere mobilen Impfteams erhalten, die von Januar bis März in den Pflegeheimen unterwegs waren. Die Impfungen – das bestätigt auch die hohe Impfbereitschaft bei Bewohner*innen und Personal – wurden dringend erwartet und haben in den Einrichtungen zu einer deutlichen Entspannung geführt. Ende 2020/Anfang 2021 hatten wir es mit einer Handvoll Corona-Ausbrüchen in Pflegeheimen zu tun. Die Wucht mit dem das Virus in diesen Einrichtungen einschlug, war heftig und hat gezeigt, welche fatalen Auswirkungen in kürzester Zeit eintreten können. Auch wir sind sehr froh, dass in diesem Bereich nun Ruhe eingekehrt ist. Dies zeigt auch, dass die Corona-Schutzimpfungen der bislang einzig wirksame Therapieansatz sind.

» **LVG & AFS:** *Welches Zwischenfazit ziehen Sie zu Ihrem Vorgehen?*

Aufgrund unserer sehr ländlichen Prägung ist unsere Situation sicherlich nicht mit denen in Ballungsräumen vergleichbar. Eigenlob ist immer ein schwieriges Thema, aber ich denke, dass wir sehr früh richtige und wichtige Entscheidungen getroffen haben. Neben einer breiten Informationsoffensive, die auch stets unsere Presse- und Öffentlichkeitsarbeit umfasste und umfasst, haben wir unsere Netzwerke genutzt, um zielgruppengerechte und -spezifische Aufklärungsarbeit zu leisten. Das hat gut funktioniert.

» **LVG & AFS:** *Welche Erkenntnisse haben Sie gewonnen?*

Das Informationsbedürfnis in allen Schichten der Bevölkerung ist enorm groß und stellt uns seit mehr als einem Jahr vor eine schier endlose Arbeitsbelastung. Das ist anstrengend, zerrt an den Nerven, ist aber auch befriedigend, wenn sich die Menschen, allen voran die Bürger*innen in unserem Landkreis, für die getane Arbeit bedanken.

MAXIMILIAN STRACHE, Landkreis Goslar, Klubgartenstraße 6, 38640 Goslar,
E-Mail: maximilian.strache@landkreis-goslar.de

NICOLA JAKOBS, KATHARINA HERBERG

Covid-19-Pandemie in Niedersachsen Akteur*innen der Gesundheitsförderung berichten

In vielen Lebenswelten wurden relevante Prozesse der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Pandemie unterbrochen. Die Auswirkungen treffen vor allem Menschen in schwieriger sozialer Lage und verschärfen bestehende gesundheitliche Ungleichheiten. Mit einer anonymen Online-Umfrage hat die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen im Frühjahr 2021 nach Herausforderungen und Unterstützungsbedarfen in der Gesundheitsförderung mit vulnerablen Bevölkerungsgruppen in niedersächsischen Kommunen gefragt. Ziel der Umfrage war es, besser an die voraussichtlich veränderten Bedarfe anknüpfen, durch Angebote zur Vernetzung oder zum Erfahrungsaustausch unterstützen und für die Themen sensibilisieren zu können. In einem Erhebungszeitraum von einem Monat haben 61 Akteur*innen aus ganz Niedersachsen an der Umfrage teilgenommen. Davon ist ein Großteil im Bereich der Senior*innenarbeit tätig, aber auch die Bereiche Kinder- und Jugendarbeit, Inklusion, Migration, Suchthilfe und Sozialpsychiatrie waren beteiligt.

Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe

Als Veränderung der sozialen Problemlagen wurden besonders die schwerwiegenden psychischen Folgen durch wegfallende Unterstützungsangebote, finanzielle Schwierigkeiten und zunehmende Erwerbslosigkeit genannt. Auch die herausfordernde Situation in Familien und eine bemerkbare Entwicklungskluft hinsichtlich der Bildungschancen zwischen benachteiligten und besser situierten Kindern wurde beschrieben. Fachkräfte wünschen sich zukünftig Präventionsmaßnahmen, die insbesondere auf die Verstärkung von Angeboten zum Kinderschutz und zur Unterstützung bei psychischen Belastungen abzielen. Soziale Isolation und Vereinsamung seien ausschlaggebend für zunehmende psychische Erkrankungen bei vielen Bevölkerungsgruppen. Durch die Pandemie sind Grundsätze niedrigschwelliger Zugänge, wie aufsuchende Angebote, kurze Kommunikationswege oder die direkte Ansprache vor Ort unmöglich geworden.

Neue Chancen ergeben sich

Als positive Entwicklung wurde der Digitalisierungsschub hervorgehoben, insbesondere an Stellen, wo Digitalisierungsschritte lange hinausgezögert wurden wie beispielweise in der Zusammenarbeit mit älteren Menschen. Die Erkenntnis, dass auch hier kreative Möglichkeiten realisierbar sind, macht Mut für den Ausbau digitaler Angebote. Die Bereitstellung entsprechender Technik und die Vermittlung ausreichender Medienkompetenz ist dafür nicht nur für Fachkräfte, sondern auch bei den Dialoggruppen unabdingbar. Weitere Erfolge sind zunehmendes soziales Engagement und verstärkte Nachbarschaftshilfe. Nicht zuletzt wurde auch betont, dass der gesundheitliche und soziale Bereich eine neue Wertschätzung erhalten hat und die Sensibilisierung für ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis noch einige Zeit nachwirken wird.

Fazit

Die Ergebnisse bestätigen, dass sich die Situation von benachteiligten Menschen durch die Pandemie verschlechtert hat. Das sind neben Familien, Kindern und Jugendlichen auch Menschen ohne festen Wohnsitz, in existenzieller Notlage sowie psychisch Belastete. Diese Menschen gilt es, bedarfsgerecht zu unterstützen. Mit Blick in die Zukunft wurde deutlich, dass räumliche und soziale Distanz noch stärker den Bedarf an direkten Ansprechpersonen und Beratungsangeboten vor Ort hervorheben. Niedrigschwellige präventive und aufsuchende Hilfen, beispielsweise Formularlots*innen oder Präventionsstützen in Haushalten, sind nach wie vor unerlässlich. Auch digitale Zugänge müssen in Zukunft für niedrigschwellige, bedarfsorientierte Unterstützung mitgedacht werden. Aber nicht alles ist digital möglich und nicht jede*r ist digital erreichbar. Die größte Herausforderung wird sein, durch digitale Angebote benachteiligte Menschen nicht zunehmend abzuhängen.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum

MICHAELA SCHINKÖTH, DÖRTE ESSELBORN

Plötzlich mobil arbeiten Wie erlebten Beschäftigte einer Hochschulverwaltung das Homeoffice?

Homeoffice galt vor der Corona-Pandemie als ein Instrument der Work-Life-Balance, insbesondere zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. War diese Arbeitsform in anderen Branchen längst verbreitet, wurde um ihre Einführung in der öffentlichen Verwaltung noch heftig gerungen. Dies galt auch für die Beschäftigten in Technik und Verwaltung an Hochschulen – während es für Wissenschaftler*innen längst üblich war. In der Pandemie avancierte das Homeoffice plötzlich zu einem Instrument des Gesundheitsschutzes. Seine Vorteile für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf hingegen schwanden, als die Kinder zuhause bleiben mussten. Mit Homekita, Homeschooling und Homeoffice zugleich entstanden vielmehr neue Hürden der Vereinbarkeit. Mit Beginn der Pandemie wurden an der Universität Potsdam auch für die Beschäftigten aus Verwaltung und Technik die Begrenzungen der alternierenden Wohnraumarbeit aufgehoben und die Antragstellung erheblich vereinfacht. Im ersten Lockdown wurde Homeoffice dort, wo die technischen Voraussetzungen gegeben waren, gar angeordnet.

Befragungsergebnisse zur Wahrnehmung der neuen Arbeitssituation

Begleitend wurde an der Universität Potsdam eine Befragung durchgeführt, um zu erfassen, wie die Beschäftigten in der Hochschulverwaltung die neue Arbeitssituation wahrnahmen. An der Befragung beteiligten sich über 40 Prozent der Mitarbeitenden. Das plötzliche Arbeiten im Homeoffice war für viele von ihnen eine neue Erfahrung – über 80 Prozent hatten zuvor nie oder nur sehr selten zuhause gearbeitet. Zwar stellte gerade in der Verwaltung zunächst die (fehlende) technische Ausstattung eine Hürde für die Arbeit im Homeoffice dar, doch hier wurde schnell nachgebessert und insgesamt waren die meisten zufrieden mit der verfügbaren Technik. Mit der Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf war



mehr als die Hälfte der Befragten zufrieden. Beschäftigte mit Kindern (44 Prozent) zeigten sich allerdings unzufriedener mit der Vereinbarkeit und fühlten sich stärker belastet als Beschäftigte ohne Betreuungsaufgaben. Nichtsdestotrotz gaben 53 Prozent der Teilnehmenden mit Kindern und 49 Prozent ohne Kinder an, dass ihre Einstellung zum Homeoffice positiver geworden sei. 90 Prozent der Befragten können sich vorstellen, nach der Pandemie weiterhin ab und zu – durchschnittlich 2 bis 3 Tage – im Homeoffice zu arbeiten. 90 Prozent halten ihren Arbeitsplatz für teils oder ganz Homeoffice geeignet. Als besonders gut darin umsetzbar werden konzeptionelle Aufgaben, digitale Verwaltungsaufgaben und IT-Aufgaben betrachtet. Für Führungsaufgaben hält nur die Hälfte das Homeoffice für geeignet. Das dezentrale Arbeiten stellte Führungspersonen zudem teilweise vor neue Herausforderungen. Während 47 Prozent etwa genauso viel Zeit zur Erfüllung der Führungsaufgaben aufbringen mussten, benötigten 39 Prozent mehr Zeit als normalerweise.

Veränderungsprozess in der Präsenzkultur angestoßen

Die Beschäftigten der Hochschulverwaltung scheinen mit der neuen Arbeitssituation sehr gut zurecht gekommen zu sein. Es werden allerdings auch hier die Mehrfachbelastungen für Beschäftigte mit Kindern während Corona-bedingtem Homeoffice, Homekita und Homeschooling deutlich. Insgesamt spricht vieles dafür, die Vorteile des Homeoffice nach der Pandemie auch für Beschäftigte in Technik und Verwaltung an der Universität weiterhin zu nutzen. An der Universität Potsdam wurde bereits ein erster Schritt in diese Richtung getan. So vereinbarten Personalrat und Universitätsleitung in einem Eckpunktepapier eine Erweiterung der Möglichkeiten zum Homeoffice nach der Pandemie. Die Pandemie ist somit vielleicht auch für die Hochschulverwaltung der Startschuss für einen langfristigen Veränderungsprozess der Präsenzkultur in der Arbeitswelt.

Langfristige Entwicklungen

Zukünftig rücken so aber auch neue Fragestellungen in den Vordergrund: Welche Veränderungen bedarf es auf Ebene der Führung? Welche Auswirkungen hat Homeoffice langfristig auf Karrierewege? Wirkt das Homeoffice eher inkludierend oder exkludierend – und für wen? Welche Rolle spielt das Homeoffice zukünftig für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und inwiefern fördert es die Gleichstellung der Geschlechter oder behindert es sie eher, drängt sie gar zurück?

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. MICHAELA SCHINKÖTH, DÖRTE ESSELBORN, Universität Potsdam, Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam, E-Mail: michaela.schinkoeth@uni-potsdam.de, doerte.esselborn@uni-potsdam.de

ANGELIKA MAASBERG, SANDRA PAPE,
ELENA REUSCHEL, STEPHANIE SCHMITZ

Preisverleihung Gute und gesunde Kita für alle!

Mit dem ersten Wettbewerb und Kita-Preis »Gute und gesunde Kita für alle! Kita-Qualität durch Gesundheitsförderung stärken!« zeichnet das »Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas« (kogeki) unter der Schirmherrschaft des Niedersächsischen Kultusministers Grant Hendrik Tonne und der BARMER als Präventionspartner herausragende Kindertageseinrichtungen in Niedersachsen und Bremen aus, die aktiv an vielfältigen Themenfeldern der Gesundheitsförderung arbeiten und sich tatkräftig für die Gesundheit ihrer Kinder und Beschäftigten engagieren.

Kriterien der Fachjury

24 Einrichtungen reichten Bewerbungen mit spannenden Ansätzen ein. Beurteilt wurden sie durch eine Fachjury, die sich aus Expert*innen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter zusammensetzte (eine Auflistung aller Jurymitglieder ist auf der unten angegebenen Website zu finden). Die Jury legte insbesondere Wert darauf, dass die Einrichtungen partizipativ, nachhaltig, bedarfsorientiert und ganzheitlich arbeiten.

Preisträger*innen

Für ihr herausragendes Engagement und ihre besonderen innovativen Leistungen wurden auf der Preisverleihung am 13. April 2021 zehn Einrichtungen gewürdigt und ausgezeichnet:

- » Katholischer Kindergarten St. Marien, Hude
- » Kinder- und Familienzentrum am Nonnenberg, Bremen
- » Kindertagesstätte »am Breeden« mit der Außengruppe Gristede und Spohle, Wiefelstede
- » Kinder- und Familienzentrum Hohentor, Bremen
- » St. Bernward Familienzentrum, Hildesheim
- » Villa Kinderreich, Hannover
- » Kindertagesstätte der Bughagengemeinde, Hannover
- » Integrative Kindertagesstätte »Altes Wasserwerk«, Osnabrück
- » AWO Kindertagesstätte, Vechta
- » Kindertagesstätte »Zum Gänseblümchen«, Rinteln

Vielfältige Ansätze der Gesundheitsförderung

Während der Preisverleihung stellten die Einrichtungen ihre persönlichen, vielfältigen und kreativen Highlights im Bereich der Gesundheitsförderung vor: zum Beispiel partizipatives Arbeiten mit Kindern durch Kinderkonferenzen und gewählte Kindersprecher*innen. Weiter wurde von einer Einrichtung die Bindung zwischen Kind und pädagogischer Fachkraft in den Vordergrund gestellt. Mithilfe von »Sternstunden« (Stunden, in denen ein Kind eine selbst ausgesuchte Aktion allein mit einer pädagogischen Fachkraft nach Wahl durchführen kann) wird diese gefördert. Weitere Themen waren vollwertige Ernährung durch eigene Gemüsebeete sowie Koch-AG's mit den Kindern oder mit der gesamten Familie. Darüber hinaus ist Bewegung in vielen Kitas ein großes Thema. Neben der Nutzung von Baumstämmen und Ästen für eine kreative Selbstgestaltung von Bewegungslandschaften sorgen Matschrutschen für Bewegung, frische Luft und eine Menge Spaß. Um Gesundheitsförderung parti-



zipativ und auch nachhaltig zu gestalten, wurden Gesundheitszirkel als gewinnbringende Methode genannt. Mit der Vorstellung ihrer persönlichen Highlights sind die Kitas wichtige Impulsgeber*innen für weitere Einrichtungen.

Preisverleihung

Die Preisverleihung wurde durch ein abwechslungsreiches Rahmenprogramm abgerundet. Hierzu gehörte zum Beispiel der Beitrag »Gesund essen will gelernt sein« mit vielfältigen Ideen zum Thema gesunde Ernährung. Darüber hinaus sorgte Olympiasiegerin Heike Drechsler mit ihrem Praxisbeitrag »Bewegt in den Kitaalltag! Mitmachen erlaubt« für Schwung, Bewegung und Spaß vor den Bildschirmen der Teilnehmenden.

Ausblick

Die prämierten Kitas gewannen Preisgelder in Höhe von je 3.000 Euro, die gemäß des Leitfadens Prävention des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen eingesetzt werden können; oder für eine unterstützende Beratung und Begleitung zum Ausbau und zur Weiterführung der bereits vorhandenen Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung durch das kogeki-Team. Der Wettbewerb »Gute und gesunde Kita für alle! Kita-Qualität durch Gesundheitsförderung stärken« geht ab Herbst 2021 in die nächste Runde. Weitere Informationen folgen auf der Website www.kogeki.de.

Anschrift siehe Impressum

STEPHANIE SCHLUCK, ANTJE RICHTER-KORNWEITZ

Gesagt-Getan – Highlights der Präventionsketten Niedersachsen auf einen Blick

»Der Worte sind genug gewechselt, lass mich auch endlich Taten sehen.«, forderte schon der Direktor des Theaters in Johann Wolfgang von Goethes »Faust«. Gesagt-Getan! Mit dem neuen Instrument zur Öffentlichkeitsarbeit im Programm »Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!« können die beteiligten Kommunen zeigen, was sie durch abgestimmtes und ressortübergreifendes Handeln während ihrer dreijährigen Förderphase in die Tat umgesetzt haben.

Öffentlichkeitsarbeit: Wieso, weshalb, warum?

Präventionsketten? Haben wir so etwas bei uns? In vielen Kommunen müssen Koordinator*innen solche Fragen noch (zu) häufig beantworten. Präventionskettenarbeit ist hochkomplex und ressourcenintensiv. Die eigenen Aktivitäten zu kommunizieren, geht da im Arbeitsalltag häufig unter. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit hilft den Koordinator*innen je-

doch, im Gespräch zu bleiben, neue Verbündete zu gewinnen und ihre Erfolge sichtbar zu machen; innerhalb und außerhalb der eigenen kommunalen Strukturen. Denn auch innerhalb des Netzwerks der »Präventionsketten Niedersachsen« besteht hohes Interesse am »Blick über den Zaun« und am Lernen von den Erfahrungen der anderen. Koordinator*innen im Programm Präventionsketten Niedersachsen profitieren nun von einem neuen, ressourcensparenden Instrument zur Öffentlichkeitsarbeit.

Gesagt-Getan: Highlights verdienen Hochglanz!

Seit Ende 2020 haben die 21 programm beteiligten Kommunen die Möglichkeit, ihre Aktivitäten, Projekte oder Produkte im Format »Gesagt-Getan« in 27 Modellräumen zu präsentieren. Jede Kommune erhält ihr »Gesagt-Getan« in drei Ausführungen: (1) als doppelseitig bedruckte Hochglanz A4-Papiere, (2) als digitale Version des Hochglanzpapiers und (3) als gedruckte Posterversion. Die »Gesagt-Getan«-Produkte informieren kurz und prägnant über die Inhalte und den Hintergrund zur kommunalen Aktivität, die Herausforderungen, Kooperationspartner*innen und Erfolgsfaktoren. O-Töne der beteiligten Akteur*innen bezeugen den Erfolg ergänzend. Getanes wird so sichtbar und regt zum Nachahmen an. Die A4-Formate lassen sich digital an Kooperationspartner*innen und Akteur*innen vor Ort versenden, in Newsletter oder auf Websites einbauen sowie in gedruckter Form direkt weitergeben. Das gedruckte Poster kann auf Veranstaltungen oder in Einrichtungen vor Ort ausgehängt werden. Bei Erstellung, Layout und Druck unterstützt die Landeskoordinierungsstelle Präventionsketten Niedersachsen (LKPn), um die Koordinator*innen zu entlasten. Die LKPn verbreitet das Format zudem über den LVG & AFS-Twitter-Account, den Online-Newsletter sowie die Programm-Website. Es ergänzt ausagekräftig die bisherige Verbreitung von Informationen zum Programm durch die Broschüre »Praxisblatt Präventionskette« und belebt den Fachaustausch.

Die Kommunen: Highlights? – aber klar!

Die ersten Kommunen nutzen dieses Angebot schon für ihre Erfolgskommunikation. Die Stadt Wilhelmshaven präsentiert drei Aktivitäten mit »Gesagt-Getan«: (1) »Jetzt werde ich ein Schulkind!« – ein umfassendes Maßnahmenpaket für einen gelingenden Schulstart in Coronazeiten, (2) »In 5 Schritten zur ...« – Checklisten für die Beantragung von Frühförderung und Eingliederungsassistenzen und (3) den Informationsflyer zu Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaketes schon ab Geburt. Der Landkreis Osnabrück stellt mit »Gesagt-Getan« seine Checkliste Armutssensibilität sowie die ergänzende Website www.kinderarmut-im-blick vor. Die Stadt Delmenhorst präsentiert ihren digitalen Familienatlas, der Familien Orientierung im Angebotsdschungel der Stadt gibt. Die Stadt Oldenburg beschreibt im Gesagt-Getan-Format ihr Programm »Familienbegleiterinnen«. Die semi-professionellen mehrsprachigen Lotsinnen begleiten Familien mit Kindern, bei denen ein Förder- und Unterstützungsbedarf festgestellt wurde, auf dem Weg zum passenden Angebot. Weitere Highlights aus der Region Hannover und der Stadt Seelze sind bereits in der Erarbeitung. Zu finden sind die Gesagt-Getan-Formate im Downloadbereich unter www.praeventionsketten-nds.de.

Anschrift siehe Impressum

Impressum



- » **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fensckeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 88 11 89-31
E-Mail: info@gesundheit-nds.de
Internet: www.gesundheit-nds.de
- » **Twitter:** Folgen Sie uns auf Twitter: @LVGundAFS
- » **ISSN:** 1438-6666
- » **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld
- » **Redaktion:** Mareile Deppe, Johanna Diedrich, Lisann Focke, Kyra Marie Leifeld, Isabell Pook, Dr. Ute Sonntag, Janna Stern, Nicole Tempel, Birgit Wolff
- » **Beiträge:** Thomas Altgeld, Prof. Dr. Christian Apfelbacher, Dr. Dorothee Arnold-Krüger, Marie Bartholomäus, Prof. Dr. Eva Baumann, Claudia Böhm, Dr. Katharina Böhm, Dr. Michael Corsten, Johanna Diedrich, Prof. Dr. Nico Dragano, Frank Dreßler, Dörte Esselborn, Jan Fischer, Jennifer Frense, Dirk Gansefort, Dr. Birte Gebhardt, Sophie Gepp, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Klaus-Dieter Gleitze, Sigrid Graumann, Dr. Matthias Gruhl, Lea Gunkel, Marius Heffner, Katharina Herberger, Dr. Ellis Huber, Nicola Jakobs, Prof. Dr. Christoph Klimmt, Iris Lettau, Dr. Gundula Ludwig, Angelika Maasberg, Elisabeth Massute, Dr. Heidrun Mollenkopf, Lea Oesterle, Dr. Sascha Oswald, Sandra Pape, Tatjana Paeck, Isabell Pook, Jeanett Radisch, Fabian Reidinger, Elena Reuschel, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Magdalena Rosset, Patrizia Rotthofer, Julia Sass, Prof. Dr. Leonhard Schildbach, Dr. Michaela Schinköth, Stephanie Schluck, Stephanie Schmitz, Lena Schnars, Dr. Ute Sonntag, Maximilian Strache, Janine Sterner, Eva Thalmeier, Astrid Thulke, Mareike Timmann, Nicole Trenker, Theresa Vanheiden, Prof. Dr. Gerhard Vinnai, Selina Wachokowiak, Tobias Wittchen, Birgit Wolff, Prof. Dr. Hajo Zeeb
- » **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 112: 15.07.2021
- Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
- » **Auflage:** 9.000
- » **Gestaltung:** Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation
- » **Druck:** Druckerei Hartmann GmbH & Co. KG
- » **Erscheinungsweise:** 4 x jährlich, im Quartal
- Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor*innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.
- » **Titelbild:** © adobe.stock.com: Vektormaus
- » **Fotos:** S. 2 © hgb, S. 15, 22, 23 © LVG & AFS, alle anderen © adobe.stock.com: Stanic Vladimir (S. 4), realstock1 (S. 7), bignai (S. 9), picture cells (S. 11), Ocskay Mark (S. 13), REDPIXEL (S. 16), littlewolf1989 (S. 25), pressmaster (S. 28), akira_photo (S. 29), fizkes (S. 31), insta_photos (S. 33), motortion (S. 34)
- » **Liebe Leser*innen,** wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der impulse speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter info@gesundheit-nds.de widersprechen.
- » Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

Ausbruch. Innenansichten einer Pandemie.

Mit einer fesselnden Schreibweise rekonstruieren die beiden Investigativjournalist*innen in diesem Buch den Verlauf der Corona-Pandemie von ihren Anfängen im chinesischen Wuhan bis zum Ende des Jahres 2020. Dabei beleuchten sie die mit der Pandemie einhergegangenen politischen Entscheidungsprozesse – mit allen Unsicherheiten, Herausforderungen und Konflikten – indem sie detaillierte Augenzeugenberichte und vertrauliche Dokumente heranziehen. (irl)

KATJA GLOGER, GEORG MASCOLO: Ausbruch. Innenansichten einer Pandemie – Die Corona-Protokolle. Piper Verlag, München, 2021, 336 Seiten, ISBN 978-3-492-07091-1, 22,00 Euro

Frauengesundheit und Corona

Der Sammelband des Wiener Programms für Frauengesundheit ermöglicht eine differenzierte Auseinandersetzung mit geschlechterspezifischen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheit von Frauen und verbindet wissenschaftliche Betrachtungen, Praxisberichte und ihre individuellen Erfahrungen. Ausgehend von einem umfassenden Gesundheitsverständnis stehen in 12 Kapiteln unter anderem Themen wie die feministische Arbeit der Stadt Wien, die unfaire Verteilung von Sorgearbeit, Diskriminierung und die Verstärkung von Ungleichheiten im Fokus. Darüber hinaus werden erste Lernerfahrungen dargestellt sowie Empfehlungen und Forderungen hinsichtlich der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit im Kontext der Pandemie ausgesprochen, an die künftig angeknüpft werden sollte. (jd)

BÜRO FÜR FRAUENGESUNDHEIT UND GESUNDHEITSZIELE/
WIENER PROGRAMM FÜR FRAUENGESUNDHEIT IN DER
ABTEILUNG STRATEGISCHE GESUNDHEITSVERSORGUNG DER
STADT WIEN (HRSG.): Frauengesundheit und Corona.
Sammelband, Schriftenreihe Frauen*Gesundheit*
Wien Nr. 1, SPV-Druck, Wien, 2020, 287 Seiten,
ISBN 978-3-9519855-1-0, kostenfrei verfügbar
unter: <https://www.wien.gv.at>

Gesundheitliche Versorgung von Frauen in Zeiten der Pandemie

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen gibt regelmäßig Rundbriefe zu Frauen- und Mädchengesundheit heraus. Die Ausgabe Nr. 46, die im Dezember 2020 erschien, zeigt, dass Frauen in vielen Facetten von der Pandemie betroffen sind. Der erste Beitrag stellt die Datenlage dar, etwa dass Frauen seltener an Corona sterben als Männer, aber anders krank werden. Weitere Beiträge befassen sich etwa mit wohnungslosen Frauen, mit dem Gebären in der Pandemie, mit Schwangerschaftskonfliktberatung oder häuslicher Gewalt. Neben dem Schwerpunktthema sind aktuelle Meldungen, ein regionaler Beitrag, Mediothekinweise und Termine die weiteren Rubriken. (us)

Rundbrief 46 des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, Dezember 2020, 49 Seiten, kostenlos abrufbar unter www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/Rundbrief-46_web.pdf

Entsorgung der Sorge

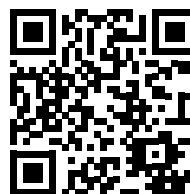
Die Autorin analysiert die spätkapitalistischen Sorge- und Geschlechterverhältnisse in ihrer Dissertation aus zwei unterschiedlichen Perspektiven – der ökonomietheoretischen und der subjekttheoretischen – und unternimmt anschließend den Versuch, diese bislang kaum miteinander verbundenen Perspektiven zu verknüpfen. Dabei stellt sie heraus, dass auf beiden Ebenen gegenwärtig eine Entsorgung der Sorge stattfindet, in der die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen an Raum verliert. Ihre theoretische Untersuchung untermauert die Autorin anschaulich durch die Darstellung der historischen sowie gegenwärtigen Entwicklungen und Debatten um die Sorgeverhältnisse und ihre geschlechterpolitische Dimension. (irl)

ANNA HARTMANN: Entsorgung der Sorge. Geschlechterhierarchie im Spätkapitalismus. Verlag Westfälisches Dampfboot, Münster, 2020, 225 Seiten, ISBN 978-3-89691-260-2, 25,00 Euro



#highways2health Digitaler Wandel in der Gesundheitsförderung

Unter www.highways2health.de veröffentlicht die LVG & AFS regelmäßig Podcasts und Blogbeiträge von und mit Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis zu Themen rund um den digitalen Wandel in Gesundheitsförderung und Prävention. In den neuesten Beiträgen befassen wir uns unter anderem mit dem Thema »Digitaler Stress« und schauen uns Ursachen, Auswirkungen und Lösungsstrategien an. Ein weiteres Thema ist »Liebe und Sexualität in Zeiten der Digitalisierung«. Dabei gehen wir Pornos, Dating-Apps und Co. auf den Grund und diskutieren, welche Veränderungen, Risiken und Chancen die Verlagerung von Liebe, Beziehung und Sexualität ins Netz mit sich bringt. In einer unserer Podcastfolgen steht zudem die sexuelle Entfaltung und Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen im Digitalzeitalter im Mittelpunkt. Dabei diskutieren unsere Gäste neben Potenzialen auch Gefahren in digitalen Medien oder Plattformen (zum Beispiel Gewalt, Mobbing oder Übergriffe) und reden über Präventionsansätze zum Schutz der Kinder und Jugendlichen. Lesen und hören Sie rein! Alle Beiträge finden Sie auf www.highways2health.de



Es geht nur gemeinsam!

Wie steht es aktuell um die Geschlechtergerechtigkeit in Deutschland? Diese Frage diskutiert die Soziologin Jutta Allmendinger in einer verständlich aufbereiteten und interessanten Mischung aus sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen, persönlichen Erfahrungen und biografischer Selbstreflexion. Dabei nimmt sie sowohl strukturelle, rechtliche und familienpolitische Bedingungen als auch kulturelle Zuschreibungen in den Blick. Dieses kurzweilige Buch ist eine starke Streitschrift, die gleichzeitig einen konkreten Fahrplan aufzeigt, wie wir echte Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern herstellen können – gemeinsam! (isp)

JUTTA ALLMENDINGER: Es geht nur gemeinsam! Wie wir endlich Geschlechtergerechtigkeit erreichen. Ullstein Buchverlage, Berlin, 2021, 144 Seiten, ISBN 978-3-548-06452-9, 12,00 Euro

Gesundheitsmanagement an Hochschulen zukunftsfähig aufstellen

Wie können die – teils coronabedingten – Veränderungen, die die Hochschulwelt derzeit erfährt, für eine nachhaltige Entwicklung eines Gesundheitsmanagements genutzt werden? Im DUZ Special wird diese Fragestellung aufgegriffen. Die Ausgabe enthält Best Practice-Beispiele aus Hochschulen, handlungsorientierte Informationen, Beratungs- und Unterstützungsangebote. Das DUZ Special ist ein guter Ratgeber für alle, die Gesundheitsmanagement an Hochschulen planen und praktizieren. (mt)

TECHNIKER KRANKENKASSE UND LANDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT UND AKADEMIE FÜR SOZIALMEDIZIN NIEDERSACHEN E. V. (HRSG.): Für eine tragfähige Zukunft. Neue Perspektiven und Wege betrieblichen und studentischen Gesundheitsmanagements an Hochschulen. DUZ Verlags- und Medienhaus GmbH, Berlin, 2021, 24 Seiten, kostenfrei abrufbar unter <https://www.duz-special.de/ausgaben/fuer-eine-tragfaehige-zukunft/>

Umwelt und Gesundheit

Der zweite Band der jährlich erscheinenden Reihe »Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven« greift gesellschaftspolitische Themen auf – 2020 beleuchtet er das hochaktuelle Thema Umwelt und Gesundheit. Der Forschungsbereich wird fachübergreifend mittels Begriffsdefinitionen und der historischen Entwicklung eingeleitet sowie um sozial- und gesundheitswissenschaftliche Perspektiven ergänzt. Neben der Betrachtung aktueller Forschungsergebnisse zum Verhältnis von Mensch und Umwelt sowie der gegenseitigen Beeinflussung werden auch rechtliche und politische Konsequenzen diskutiert. Ein perspektivreicher Herausgeberband für Forschung und Fachpublikum. (lo)

ELISABETH ANDRÉ, ULRICH M. GASSNER, JULIA VON HAYEK, ALEXANDRA MANZEI, CLAUDIA TRAILDHOFFMANN (HRSG.): Umwelt und Gesundheit. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2020, 383 Seiten, ISBN 978-3-8487-5511-0, 79,00 Euro

Pandemie-Management für Pflegeeinrichtungen

Das erfahrene Autor*innenteam gibt mit dieser Zusammenstellung Pflegeeinrichtungen aus dem ambulanten sowie (teil)stationären Setting ein Handwerkszeug zur Entwicklung eines internen Pandemie-Managements an die Hand – sowohl aktuell auf das Coronavirus bezogen als auch präventiv zum Umgang mit anderen Pandemien. Es werden Hinweise von der Feststellung veränderter Anforderungen, über Hygiene- und Schutzmaßnahmen, Besuchsregeln, Fragen der Organisation, Dienst- und Personalplanung, dem Fall eines Ausbruchs bis zur Rückkehr zur Normalität gegeben. Durch die übersichtliche Gestaltung, komprimierte Textpassagen, diverse Tipps, Checklisten und beispielhafte Verfahrensweisungen ist es sehr praxisnah. (tv)

ENDRIS BJÖRN HEIMER, JULIA RATZ, SUSANNE STEINRÖHDER: Pandemie-Management für Pflegeeinrichtungen, Konzept, Handlungsanweisungen und Checklisten zum Umgang mit dem Coronavirus, medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2020, 112 Seiten, ISBN 978-3-86216-765-4, 59,99 Euro

Wiebkes wirre Welt

Wiebkes wirre Welt ist ein Online-Lernraum, der über Verschwörungstheorien informiert, über deren Entstehen und deren Merkmale aufklärt und viele Beispiele benennt. Die Nutzer*innen begleiten Wiebkes Radikalisierung. Elemente eines Computerspiels und gut aufbereitete Informationsdarbietungen mischen sich. Das Projekt wurde von der Bundeszentrale für politische Bildung finanziert und hat den Corona-Sonderpreis des deutschen Digital Awards verliehen bekommen. Konzipiert ist es für Jugendliche, es kann gut im Schulunterricht eingesetzt werden, spricht aber auch Erwachsene an. (us)

www.wiebkes-wirre-welt.de

Gender I Mythos. Antike und Gegenwart der Geschlechterverhältnisse.

Das Buch bündelt Forschungsarbeiten aus den Bereichen Geschlechterforschung, Philosophie und Literaturwissenschaft aus über zwei Jahrzehnten und setzt sich mit Fragen zu Geschlecht und Mythisierungsprozessen auseinander. Diese werden gut strukturiert und detailliert in vier Buchteilen für das Fachpublikum aufbereitet: (1) Mythische Phänomenologie des Weiblichen, (2) Antiker Gender Trouble, (3) Projektionsraum Hellas, Rezeptionsort DDR und (4) Gegenwart der mythischen Männerwelten. Der Autor zeigt den interessierten Lesenden, dass »gelebte« Geschlechtlichkeit stets von den aktuell vorherrschenden Regeln bestimmt wird. Durch die diskursive Auseinandersetzung des Autors mit Themen wie Rollenbildern, Geschlechterverhältnissen, Geschlechterkonstruktionen und deren Bedeutung in der griechischen Antike und der Gegenwart werden Lesende zum Nachdenken angeregt. (jr)

HEINZ-PETER PREUSSER: Gender I Mythos. Antike und Gegenwart der Geschlechterverhältnisse. Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg, 2020, 384 Seiten, ISBN 978-3-8260-5793-9, 49,80 Euro

Termine LVG & AFS

Hinweis

Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie werden einige der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand Juni 2021) erfolgen daher vorbehaltlich.

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



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



»Zuhause Gesundheit stärken« – Digitale Gesundheitsangebote 06. Juli – 23. September 2021, online

Im Rahmen des Projekts »Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt« (gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V) hat die LVG & AFS eine kostenlose Online-Kursreihe für erwerbslose Menschen entwickelt, die sich den Handlungsfeldern der Primärprävention widmet. Vom 6. Juli 2021 bis zum 23. September 2021 werden jede Woche zwei Kurse angeboten: »Bunt & Gesund – Das Ernährungs-ABC« mit Beate Adolphi und »Stark gegen Sucht« mit der Prisma gGmbH. Jeder Termin dauert eine Stunde und eine Anmeldung wird nicht benötigt. Weitere Informationen finden Sie unter <https://www.gesundheit-nds.de/index.php/allgemein/1429-zuhausegesund>

Good Practice-Online-Seminar: Partizipation als Haltung?! 09. Juli 2021, online

Partizipation bedeutet, Beteiligungsmöglichkeiten in allen Phasen der Gesundheitsförderung (Bedarfserhebung, Planung, Umsetzung und Bewertung) zu schaffen und sicherzustellen, dass die Beteiligungsprozesse den Erfahrungen und Möglichkeiten der Dialoggruppen entsprechend gestaltet sind. Die Beteiligung und Teilhabe unterschiedlichster Akteur*innen und der Dialoggruppen stellt eine große Herausforderung in der Praxis dar, denn: Was heißt es eigentlich, partizipativ zu arbeiten? Welche Chancen und Herausforderungen gehen mit partizipativen Arbeitsweisen einher? Welche Methoden gibt es, um Dialoggruppen und Kooperationspartner*innen zu beteiligen? Und wie kann es in der Praxis gelingen? Diese Fragen stehen im Mittelpunkt des Online-Seminars.

Netzwerk »Kita & Gesundheit Niedersachsen« Kinderarmut im Blick ... Mit der »Checkliste Armutssensibilität« die eigene Arbeit im Kitaalltag kritisch reflektieren 14. Juli 2021, online

Das Netzwerk »Kita & Gesundheit Niedersachsen« lädt zum »kollegialen Austausch« ein. Das Informations- und Austauschformat, mit dem Schwerpunkt Kinderarmut und Armutssensibilität, ist für alle geeignet, die an Best Practice-Beispielen zum Kita-Alltag interessiert sind. Ziel ist es, die eigene Arbeit im Kitaalltag kritisch zu reflektieren. Im Arbeitsalltag bleibt oft wenig Zeit zur systematischen Auseinandersetzung mit den Problemlagen armer Kinder und ihrer Familien. Mithilfe der Checkliste Armutssensibilität können Fachkräfte aus Institutionen ihre Arbeit für und mit armen Familien überprüfen und ihren Blick und ihr Handeln kritisch hinterfragen: »Was kann ich im Arbeitsalltag tun, damit arme Kinder und ihre Eltern am gesellschaftlichen Leben besser teilhaben können?« Beim Netzwerktreffen wird ein genauerer Blick auf die Anwendungsmöglichkeiten der Checkliste im Kitabereich geworfen.

Good Practice-Online-Seminar: Integriertes Handlungskonzept und Vernetzung 16. September 2021, online

Im Rahmen einer Good Practice-Online-Lernwerkstatt werden Integrierte Handlungskonzepte und Vernetzung als Kriterien für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung in den Fokus genommen. Diese Kriterien sind zentral, wenn es um eine gemeinsame Strategieentwicklung zum Beispiel im Setting Kommune beziehungsweise Stadtteil/Quartier geht. Anhand von Impulsen und Praxisbeispielen werden sie im Online-Seminar näher beleuchtet.

Ist Pflege kinderleicht? Zur Situation pflegender Kinder und Jugendlicher in Deutschland

21. September 2021, online

Kinder und Jugendliche, die ihre Eltern, Geschwister oder andere Verwandte versorgen und unterstützen, erfahren noch unzureichend Aufmerksamkeit. Die nicht altersentsprechende Verantwortung kann Auswirkungen auf die schulische Entwicklung haben und ist oft emotional und körperlich belastend. Bislang gibt es nur wenige Unterstützungsangebote für diese »Young Carer«, deren Situation kaum wahrgenommen wird. Die Veranstaltung informiert über pflegende Kinder und Jugendliche und zeigt beispielhafte Projekte zur Unterstützung der vulnerablen Gruppe.

Forum zur Ernährung und Rehabilitation bei Krebs

22. September 2021, Hannover

Die richtige Ernährung unterstützt den Körper nicht nur während der Krebstherapie, sondern auch im Anschluss daran. Ebenso spielt die Rehabilitation eine wichtige Rolle, wenn es um die Regeneration im Anschluss an eine körperlich und psychisch belastende Behandlung geht. Aber welche Nahrungsmittel sind die richtigen? Gibt es Diäten, die speziell auf die Bedürfnisse von Krebserkrankten abgestimmt sind? Und wo findet man Informationen zur Rehabilitation nach einer Krebsbehandlung? Was muss beachtet und organisiert werden, damit alles klappt? Das Forum wird Antworten geben sowie neueste Erkenntnisse aus der Ernährungs- und der Rehabilitationswissenschaft präsentieren. Zudem werden Vertreter*innen der Leistungserbringung und der Finanzierung sich den Fragen aus dem Publikum stellen. Zum Zuhören und zum Austausch sind vor allem Betroffene eingeladen, aber auch Fachleute aus der medizinisch-therapeutischen Versorgung und der Beratung.

Selbstbestimmt und gesund verhüten – aber wie?

28. September 2021, online

Familienplanung ist ein zentrales Thema im Leben vieler Frauen – von der Jugend bis zu den Wechseljahren. Eine sichere und kostengünstige Verhütung unterstützt Frauen darin sehr. Aber: Wie gesund sind welche Verhütungsmittel? Wovon hängt es ab, welche Verhütungsmittel zur Anwendung kommen? Was brauchen Mädchen und Frauen, nicht-binäre Personen sowie Transfrauen und Transmänner, um eine informierte Entscheidung treffen zu können? Welche Verhütungsmittel eignen sich für welche Lebensabschnitte? Mit diesen Fragen befasst sich die Tagung des Netzwerkes Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen.

Integrationskonferenz »Flucht und Behinderung«

5. Oktober 2021, Oesede (bei Osnabrück)

Der Fachtag beschäftigt sich mit der Situation geflüchteter Menschen mit Behinderungen und im Besonderen mit der Schnittstelle zwischen den verschiedenen Unterstützungssystemen. Nach grundlegenden Informationen zur Situation von geflüchteten Menschen mit Behinderungen in Deutschland sowie zu den Leistungsansprüchen dieser Personengruppe stellen sich verschiedene Netzwerke aus den Bereichen Behinderung, Flucht und Integration vor. Die Veranstaltung wird ausgerichtet vom Caritasverband der Diözese Osnabrück, der Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen und der LVG & AFS in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Kooperative Migrationsarbeit Niedersachsen, koordiniert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.



Wir packen's an: Angebote gegen Isolation und Einsamkeit im Alter konkret umsetzen

06. Oktober 2021, online

Isolation und Einsamkeit gefährden die soziale Teilhabe älterer Menschen und können die physische und psychische Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen. Eine besondere Zuspitzung erfuhr diese Situation in der Corona-Pandemie. Eine große Herausforderung von Gesundheitsförderung und Altenarbeit besteht jetzt darin, Voraussetzungen zu schaffen, um die Integration älterer Menschen in die Gesellschaft und die (Wieder-)Aufnahme von sozialen Kontakten zu fördern. Einen wichtigen Anknüpfungspunkt für entsprechende Unterstützungsangebote bietet die Kommune als direktes Lebensumfeld älterer Menschen. Im Rahmen des Fachtages wird betrachtet, welche Ansätze in diesem Setting bestehen, wie Zugänge zu einsamen, älteren Menschen aufgebaut werden können, welchen Beitrag Koordination und Vernetzung leisten und welche Möglichkeiten durch die Einbindung digitaler Technologien entstehen.



ELTERN-PROGRAMM

zur Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern in der Kita

Weiterbildungsdurchgang in Niedersachsen in sechs Modulen

05. Oktober 2021 bis 10. Dezember 2021

Näheres unter:

www.schatzsuche-kita.de/bundeslaender/niedersachsen/

Weiterbildungsdurchgang in Bremen in sechs Modulen

12. Oktober 2021 bis 14. Dezember 2021

Näheres unter:

www.schatzsuche-kita.de/bundeslaender/bremen



FORTBILDUNGSPROGRAMM

für Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung

**Kommunikation ohne Worte (KoW®) –
die Kraft der nonverbalen Interaktion**

16. Juni 2021, online

**Absenkung der Fachkraftquote –
Pflegehelfer*innen rüsten Wissen auf!**

01. Juli 2021, online

**Kriegskinder, Nachkriegskinder & Kriegsengel:
Mit typischen Verhaltensweisen Umgang finden**

06. Juli 2021, online

Kreativ und aktiv durch die Zeit – kreativ durch die Betreuungsarbeit

12. Juli 2021, Hannover

Aktivierungsboxen – Kreative Ideen für zwischendurch

14. Juli 2021, Hannover

Professioneller Umgang mit »schwierigen« Angehörigen

15. Juli 2021, Hannover

**Refresher Behandlungspflege:
Kompressionstherapie & Diabetes mellitus**

21. Juli 2021, Hannover

Tagespflege im Quartier

01. September 2021, Hannover

Palliative Care für Menschen mit Demenz

06. September 2021, Hannover

Der neue Expertenstandard »Schmerzmanagement in der Pflege«

09. September 2021, Hannover

Beratungswissen in der Pflege – 2-tägige Grundlagen

14. & 15. September 2021, Hannover

»Alles in Farbe« Aktivierung mit und durch Kreidefarbe

21. September 2021, Hannover

**Der neue Expertenstandard »Erhaltung und Förderung der
Mundgesundheit in der Pflege«**

28. September 2021, Hannover

Beratungswissen in der Pflege – Das jährliche Update 2021

29. September 2021, Hannover

07. Oktober 2021, online

Hygienemanagement effizient umsetzen

05. Oktober 2021, online



Kompetenzzentrum
für Gesundheitsförderung
in Kitas

FORTBILDUNGSPROGRAMM

Fortbildung: Erfolgreich mit Eltern kommunizieren

16. September 2021, Oldenburg

Dialogwerkstatt: Gute und gesunde Kita für alle!

Gute Zusammenarbeit mit Eltern fördern: »Eltern fragen Eltern«

30. September 2021, online

Fortbildung: Ich und wir im Team – Stressbewältigung im Kita-Alltag

23. September 2021, Göttingen

Weitere Informationen unter: www.kogeki.de



FORTBILDUNGSPROGRAMM

Menschen am Lebensende professionell begleiten

13. Juli 2021, Hannover

VORSCHAU

Verhältnisprävention und Drogenpolitik – helfen Verbote?

XXXI. Niedersächsische Suchtkonferenz

11. Oktober 2021, online

**Was war? – Was ist? – Was bleibt? Traumata und Depression –
Auswirkungen transgenerationaler Prozesse**

03. November 2021

Wie es in den Wald hineinschallt ...

Gewaltfreie Kommunikation in der Pflege

03. November 2021

**»Sie machen mich krank!« – Gute Führung als effektiver Weg
zur Reduktion von Ausfällen**

05. November 2021

Segel setzen – 4. Workshop

10. November 2021

**Reise ins Ungewisse? – Gesundheit mobiler Beschäftigter
in der Fleischindustrie und Landwirtschaft**

11. November 2021

Good Practice-Lernwerkstatt:

Nachhaltigkeit und Multiplikatorenkonzepte

01. Dezember 2021

Hinweis Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie werden einige der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand Juni 2021) erfolgen daher vorbehaltlich. Bitte informieren Sie sich auf den jeweiligen Webseiten der Veranstaltungen, ob diese wie geplant stattfinden.

NIEDERSACHSEN

01.07.2021 » Fachtag Gewalt gegen Frauen* und Mädchen* in Niedersachsen, online, Kontakt: Koordinierungsstelle der nds. Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt, Tel.: (0511) 21 33 91 92, E-Mail: kontakt@lks-niedersachsen.de, Internet: lks-niedersachsen.de

05.–07.07.2021 » Seminar »Zugänge in der Prävention mit Jungen und männlichen Jugendlichen«, Papenburg, Kontakt: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Tel.: (0511) 89 70 13 32, E-Mail: www.fobionline.jh.niedersachsen.de, Internet: www.familien-mit-zukunft.de

06.07.2021 » Fachtag der ambulanten sozialpädagogischen Angebote für junge Straffällige – Qualität und professionelle Haltung, Hannover, Kontakt: Dagmar Tönjes, Niedersächsisches Landessozialamt, Tel.: (0511) 12 68 33 2, Internet: www.fobionline.jh.niedersachsen.de

19.–21.07.2021 » Unerhört queer?! Fachtagung zu intersektionalen Perspektiven im Kontext von sexueller Vielfalt und Taubheit/Hörbeeinträchtigung, Göttingen, Kontakt: Akademie Waldschlösschen, Tel.: (055) 92 92 77 0, E-Mail: info@waldschloesschen.org, Internet: www.waldschloesschen.org

21.09.2021 » Online-Fachtagung »Basic Jugendschutz: Schutz vor sexueller Gewalt«, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Tel.: (0511) 85 87 88, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de, Internet: www.jugendschutz-niedersachsen.de

13.10.2021 » 25. Niedersächsisches Ernährungsforum »Krebs – Ernährung und Bewegung«, online, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. – Sektion Niedersachsen, Tel.: (0511) 54 41 03 80, E-Mail: info@dge-niedersachsen.de, Internet: www.dge-niedersachsen.de

BUNDESWEIT

01.08.2021 » Tagespflege Kongress, Essen, Kontakt: TP Tagespflege Essen, Tel.: (0511) 99 10 18 2, E-Mail: annelie.zawadzki@vincentz.net, Internet: www.tp-tagespflege.net

03.09.2021 » Online Fachtagung GEWALT. MACHT.FRAUEN.SEELE.KRANK, online, Kontakt: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF), Tel.: (030) 86 39 33 16, E-Mail: buero@akf-info.de, Internet: www.arbeitskreis-frauengesundheit.de

13.–15.09.2021 » Deutscher Suchtkongress 2021, online, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht), Tel.: (030) 30 06 69 0, E-Mail: sucht2021@cpo-hanser.de, Internet: www.deutschersuchtkongress.de

16.–17.09.2021 » Psychosoziale Medizin in Zeiten des Umbruchs – Gemeinsamer Kongress DGMP/DGMS, online, Kontakt: DGMP/DGMS, E-Mail: kongress@dgmp-dgms-2021.de, Internet: dgmp-dgms-2021.de

22.09.2021 » Fachtagung Frühe Hilfen »Väter in den frühen Hilfen – Guter Start für Hamburgs Kinder«, Hamburg, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., Tel.: (040) 28 80 36 40 6, E-Mail: lena.jacobi@hag-gesundheit.de, Internet: www.hag-gesundheit.de

23.09.2021 » Pakt für Prävention (Kongress), Hamburg, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., Claudia Duwe, Tel.: (040) 28 80 36 42 0, E-Mail: claudia.duwe@hag-gesundheit.de, Internet: www.hag-gesundheit.de

23.–25.09.2021 » 20. Jahrestagung der DGBS: Bipolarität in Familie und Beziehungen, Heilbronn, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS), Tel.: (069) 63 01 84 39 8, E-Mail: info@dgbs.de, Internet: www.dgbs.de

25.–26.09.2021 » Themenseminar »Fehler sind was uns fehlt – Die Bedeutung von Fehlern und Scheitern für die berufliche Entwicklung und Identität«, Köln, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V., E-Mail: fortbildung@dgvvt.de, Internet: www.dgvvt-fortbildung.de

29.–30.09.2021 » Bonner Ernährungstage 2021, online, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Tel.: (0228) 37 76 60 0, E-Mail: webmaster@dge.de, Internet: www.dge.de

INTERNATIONAL

07.–09.09.2021 » Rehabilitation International 24th World Congress (2021), Aarhus (Dänemark), online, Kontakt: Rehabilitation International (RI), E-Mail: worldcongress@riworldcongress2021.com, Internet: www.riworldcongress2021.com

16.–18.09.2021 » Internationale Fachtagung: »Pandemie und Gendermedizin: Prävention und Gesundheitsförderung neu gedacht«, Greifswald, Kontakt: Alfred Krupp Wissenschaftskolleg, Tel.: (03834) 42 05 01 5, E-Mail: nadine.bauerfeind@wiko-greifswald.de, Internet: www.wiko-greifswald.de

20.–23.09.2021 » XXII. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, Toronto (Kanada) u. online, Kontakt: International Conference Services, Tel.: (+1) 60 46 81 21 53, E-Mail: worldcongress2021@icsevents.com, Internet: www.safety2021canada.com/de

23.–25.09.2021 » Europäischer Kongress zu psychischer Gesundheit bei interkultureller Entwicklungsstörung, Berlin u. online, Kontakt: European Association for Mental Health in Intellectual Disability (EAMHID), Tel.: (03643) 24 68 12 6, E-Mail: an.hartmann@keh-berlin.de, Internet: www.eamhid2021.eu/de

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