

AUSGABE 02 | November 2016

Stadtpunkte **THEMA**

Informationen zur Gesundheitsförderung



Thema

Machen wir das Richtige richtig?

Wirksamkeit und Qualität in
Gesundheitsförderung und Prävention

Aus dem Inhalt

Petra Kolip
Qualität und Wirkung in
Gesundheitsförderung
und Prävention

Sven Brandes
Wirkungsorientiert und
partizipativ Evaluieren

Wolfgang Schlicht
Systematisch intervenieren!



Liebe Leserinnen und Leser!



Im Rahmen des Präventionsgesetzes (PrävG) und der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie (LRV Hamburg) gewinnt der Nachweis der Qualität und Wirksamkeit von Interventionen und Programmen im Bereich Gesundheitsförderung

und Prävention an Bedeutung. Prinzipiell ist es nicht einfach, die Wirkungen von Interventionen in diesem Feld zu beschreiben und einzuordnen. Weil die sozialen und organisatorischen Rahmenbedingungen oft heterogen und vielschichtig sind, lassen sich hier klare Kausalitäten zwischen Ursache und Wirkung häufig nur schwierig nachweisen. Zu bedenken ist auch, dass Interventionen in Lebenswelten eher mittel- bis langfristig wirken.

Wie machen wir das Richtige richtig? Und was wirkt? Wir haben bei Wissenschaftler_innen und Praktiker_innen nachgefragt – ihre Anregungen aus unterschiedlichen Perspektiven finden Sie in diesem Heft.

Petra Kolip, Universität Bielefeld, stellt in ihrem einführenden Beitrag unterschiedliche Qualitätsdimensionen dar. Sven

Brandes, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. plädiert dafür, exakt zu formulieren mit welchen Aktivitäten welche Wirkungen erzielt werden sollen. Und Wolfgang Schlicht, Universität Stuttgart, ruft dazu auf, in Projekten von Anfang an systematisch zu intervenieren. Ob „nudges“ tatsächlich günstiges Verhalten „anstupsen“ können, darüber berichtet Gertrud Winkler, Hochschule Albstadt-Sigmaringen. Fast 60.000 Präventionskurse hat die Zentrale Prüfstelle Prävention im Jahr 2015 geprüft. Melanie Dold vom Verband der Ersatzkassen e. V. beschreibt die Anforderungen an Kursanbietende für das Qualitätszertifikat „Deutscher Standard Prävention“. Alvia Killenberg, Hochschule Coburg, stellt das Projekt „Gewinn – Gesund älter werden mit Wirkung“ vor, welches die Gesundheitskompetenz von Menschen ab 60 Jahren stärken will. Über Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention schreibt Claudia Pieper vom Universitätsklinikum Essen. Sie hat am iga.Report 28 mitgewirkt. Barbara Junne, Deutsche Kinder- und Jugendstiftung, stellt das Programm „Qualität vor Ort“ vor. Hier werden in Modellkommunen 50 Dialoge für frühe Bildung initiiert.

Eine interessante Lektüre wünschen

Petra Hofrichter und Team

Inhalt

- 2 Editorial
- 3 Thema
- 3 Qualität und Wirkung in Gesundheitsförderung und Prävention | Prof. Dr. Petra Kolip
- 5 Wirkungsorientiert und partizipativ Evaluieren | Sven Brandes
- 6 Systematisch intervenieren! | Prof. Dr. Wolfgang Schlicht
- 7 Lässt sich der innere Schweinehund tatsächlich anstupsen? | Prof. Dr. Gertrud Winkler
- 9 Die Zentrale Prüfstelle Prävention | Melanie Dold
- 10 GeWinn – Gesundheitskompetenz im Alter fördern | Alvia Killenberg
- 11 Wirksamkeit der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung | Dr. Claudia Pieper
- 13 Qualität vor Ort | Dr. Barbara Junne
- 14 Mediothek
- 15 Impressum

Bestellen Sie unseren Newsletter „Stadtunkte Aktuell“: newsletter@hag-gesundheit.de oder unter www.hag-gesundheit.de. Er informiert Sie sechs Mal im Jahr über Aktivitäten und Veranstaltungen der HAG sowie über gesundheitspolitische Themen und Termine in Hamburg und auf Bundesebene.

Qualität und Wirkung in Gesundheitsförderung und Prävention

Mit dem Präventionsgesetz haben die Qualität und Wirkung von Gesundheitsförderung und Prävention neue Aufmerksamkeit bekommen. In den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz ist die Qualitätsentwicklung mit zentralem Stellenwert benannt: „Präventive und gesundheitsfördernde Leistungen aller Träger müssen einen belegbaren Nutzen haben, allgemein anerkannten Qualitätsmaßstäben entsprechen sowie in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich erbracht werden.“

Qualitätsentwicklung im Fokus

Aber was genau meint „Qualität der Gesundheitsförderung und Prävention“? Und wie lässt sich die Wirkung komplexer, lebensweltbezogener Gesundheitsförderung nachweisen, in denen – ganz im Sinne der Ottawa Charta – die Entwicklung des Settings selbst mit eingeschlossen ist? Die Interventionen sind hier komplex, die Wirkpfade vielfältig und zahlreiche Akteure arbeiten auf unterschiedlichen Ebenen zusammen. Im Präventionsgesetz ist die Intention formuliert, die Qualitätsentwicklung zu fördern. Hierzu liegen mittlerweile zahlreiche Instrumente und Verfahren unterschiedlicher Reichweite vor, die hierfür genutzt werden können. Einige dieser Ansätze sollen im Folgenden kurz skizziert werden (vertiefend siehe die Link- und Literaturempfehlungen am Ende).



also auf das, was getan werden soll (z.B. Zahl der Aktivitäten, die durchgeführt werden sollen oder Anzahl der Teilnehmer_innen, die an einer Maßnahme teilnehmen sollen) – als

auch auf die Outcomes beziehen, also die Wirkung, die erzielt werden soll. Bislang nimmt die Evaluation häufig nur die Outputs in den Blick: Teilnahmezahlen sind leicht zu zählen und Zufriedenheitsbefragungen können routiniert durchgeführt werden. Aber die zentrale Frage ist die nach der Wirkung der Angebote: Ändert sich bei der Zielgruppe konkret etwas? Was können und wissen die Teilnehmer_innen einer Zielgruppe nach der Intervention mehr als vorher? Welche strukturellen Verände-

rungen lassen sich aufzeigen? Die intendierten Wirkungen in der Planungsphase mit eindeutigen Indikatoren auf Verhaltens- und Verhältnisebene zu definieren, ist ein zentrales Kriterium der Planungsqualität.

Qualitätsdimensionen der Gesundheitsförderung

In der Gesundheitsförderung und Prävention hat sich die Unterscheidung von vier Qualitätsdimensionen durchgesetzt, deren Systematik für die Diskussion hilfreich ist.

Die *Planungsqualität*, auch Konzept- oder Assessmentqualität genannt, bezieht sich u.a. auf die Fragen, ob zentrale Vorerfahrungen genutzt wurden, die wichtigsten Akteure einbezogen sind und die Planung auf der Grundlage wissenschaftlicher Konzepte erfolgt. Relevant ist hier auch, ob der Bedarf klar analysiert und die Bedürfnisse der Zielgruppe berücksichtigt wurden. Der partizipativen Qualitätsentwicklung kommt hier eine wichtige Rolle zu und sie gewinnt zunehmend an Bedeutung, nicht zuletzt, weil in den vergangenen Jahren deutlich geworden ist, dass die Zielgruppe Angebote nur selten annimmt, wenn die Intervention an ihren Bedürfnissen vorbei geplant wurde. Eine klare Zieldefinition ist ebenfalls unabdingbar: Nur wenn klar ist, was konkret erreicht werden soll, ist eine hohe Planungsqualität erreicht. Die Zieldefinition kann sich dabei sowohl auf den Output –

Die *Strukturqualität* bezieht sich auf die Ressourcen eines Projektes, auf das Personal (Anzahl und Qualifikation) sowie auf die finanzielle, sächliche und räumliche Ausstattung. Die zentrale Frage hier ist, ob die Ausstattung ausreicht, ein Angebot von hoher Qualität durchzuführen. Dieser Aspekt ist im Präventionsleitfaden der gesetzlichen Krankenkassen zentral: Hier ist für die verhaltensbezogenen Maßnahmen nach § 20 SGB V detailliert festgelegt, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um ein Angebot durchführen zu können. Aber auch im Rahmen von lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollte dieser Aspekt wichtig sein, denn häufig genug sind Projekte und Maßnahmen unterausgestattet oder arbeiten unter Rahmenbedingungen, die einen Maßnahmenerfolg erschweren.

Die *Prozessqualität* ist mit der Maßnahmendurchführung verbunden und bezieht sich auf die Frage, ob das Angebot so durchgeführt wird, wie es geplant war. Eine gute Prozesssteuerung, die systematische Reflexionsschleifen (z.B. in Form von Meilensteinsitzungen mit Rückschau auf die

Zum Weiterlesen

Überblick über Instrumente und Verfahren: Tempel, N., Bödeker, M., Reker, N., Schaefer, I., Klärs, G. & Kolip, P. (2013). Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Einführung in quint-essenz: Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B. & Studer, H. (2012). Gesundheitsförderung mit System. quint-essenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber (www.quint-essenz.ch)

Wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung: Kurz, B. & Kubek, D. (2015). Kursbuch Wirkung. Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen. Berlin: PHINEO (Download unter: www.kursbuch-wirkung.de)

Online- und Printleitfäden zur Selbstevaluation des Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen: https://www.lzg.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/qualitaetsinitiative/leitfaeden/index.html

Online-Leitfäden „Qualitätssicherung“, „Evaluation“ und „Kommunikation“: <https://www.in-form.de/profiportal/projekte/projekt-service/in-form-leitfaden-evaluation.html>

Partizipative Qualitätsentwicklung (u.a. Methodenkoffer): www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de sowie Wright, M. (Hg.), Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber.

vorherige Projektphase und Detailplanung der folgenden Phase) beinhaltet, ist hier zentral. Zahlreiche Träger von settingbezogenen Gesundheitsförderungsaktivitäten haben hier umfangreiche Erfahrungen, die sich z.B. in den Qualitätsmanagement-Handbüchern widerspiegeln. Darüber hinaus bieten Qualitätssysteme wie quint-essenz der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz zahlreiche Möglichkeiten der qualitätsbezogenen Projektsteuerung. Auch die Arbeit mit Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling), die unterschiedliche Grade der Zielerreichung differenzieren und damit eine systematische Reflexion von (Zwischen-)Zielen möglich machen, sind eine gute Methode zur Sicherung der Prozessqualität.

Die *Ergebnisqualität* schließlich bezieht sich auf die Wirkung einer Maßnahme. In der aktuellen Diskussion wird dieser Qualitätsaspekt eng mit der Planungsqualität verknüpft. Zu Recht: Nur wenn die Ziele klar definiert sind und wenn Output und Outcome unterschieden werden, kann die Wirkung einer Intervention überprüft werden. Hier liegen perspektivisch die größten Herausforderungen. Während für vergleichbar einfache Präventionsmaßnahmen, wie z.B. schulische Tabakpräventionsprogramme, auf den methodischen Goldstandard der randomisierten, kontrollierten Studie zurückgegriffen werden kann, ist diese Methodik für komplexe Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die die Gestaltung des Settings einschließen, nicht angemessen. Hinzu kommt, dass hinter lebensweltbezogenen Interventionen, insbesondere dann, wenn sie sich auf das Setting Kommune oder Quartier beziehen, komplexe Wirkpfade stehen und Wirkungen auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Bereichen erwartet werden können. Evaluationsstudien mit randomisierten, kontrollierten Studiendesigns (die auch auf kommunaler Ebene denkbar wären) sind methodisch sehr aufwendig und damit kaum in den Alltag der Akteure integrierbar, sondern nur mit zusätzlichen Forschungsmitteln umsetzbar. Gleichwohl können erste Antworten auf die Frage, welche Wirkungen mit den Angeboten vor Ort erzielt werden, auch mit einfacheren Mitteln gegeben werden. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wurden in der jüngsten Zeit Leitfäden

zur Selbstevaluation entwickelt, die Praktikerinnen und Praktikern in die Logik der Selbstevaluation einführen und mit Praxisbeispielen verdeutlichen, wie Fragen zur Wirkung von Interventionen beantwortet werden können.

Strukturelle Verankerung der Qualitätsentwicklung

Wie geht es nun weiter mit der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention? Eine Bestandsaufnahme der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen im Rahmen des Projektes „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat gezeigt, dass in den Ländern zahlreiche Qualitätsverfahren bekannt sind und genutzt werden. Die Bandbreite ist je nach Setting sehr unterschiedlich und auch der Stand der Qualitätsentwicklung in den Ländern variiert. Die BZgA hat im Rahmen des Präventionsgesetzes den Auftrag erhalten, die Krankenkassen bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen zu unterstützen und krankenkassenübergreifende Leistungen zu evaluieren. Angegliedert an die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit werden Landeskoordinatorinnen und -koordinatoren für Qualitätsentwicklung etabliert, die anknüpfend an die regionalen Strukturen die Qualitätsentwicklung in den unterschiedlichen Settings unterstützen. Verbunden damit ist ein Qualifizierungsangebot, in dem die Landeskoordinationen verschiedene Verfahren kennenlernen und erproben und für die weitere Verbreitung im jeweiligen Bundesland nutzbar machen können. Diese Entwicklung ist sehr zu begrüßen, denn sie stellt sicher, dass den landesspezifischen Rahmenbedingungen Rechnung getragen wird. Es wird abzuwarten sein, ob durch das qualitätsgesicherte Arbeiten auch ein „Mehr“ in der Zielgruppe erreicht werden kann.

Autorin: Prof. Dr. Petra Kolip, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, petra.kolip@uni-bielefeld.de, www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4

Wirkungsorientiert und partizipativ Evaluieren

Oder: „Es gibt nichts Praktischeres als eine gute Theorie“

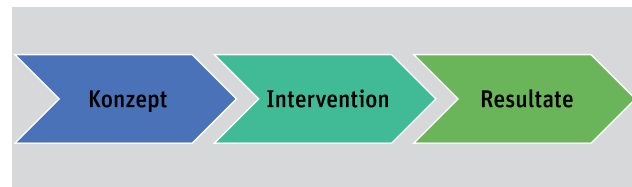
Man kann annehmen, dass Kurt Lewin als Vater der Praxisforschung bei diesem Zitat vor allem Praktiker_innen im Blick hatte, denen er bereits im vergangenen Jahrhundert die vielfältigen Vorteile und Chancen einer theoretischen Auseinandersetzung mit den Wirkungen ihres Handelns nahebringen wollte. Fast hundert Jahre später muss man feststellen: Praxisprojekte mit einer zugrundeliegenden Wirkungstheorie sind wie gehabt selten.

Zumeist wird die Frage nach einer solchen Theorie bzw. einem sogenannten Wirkungsmodell zu einem sozialen oder gesundheitsförderlichen Projekt erst im Rahmen der Vergabe von Evaluationen evident. Spätestens dann wird deutlich, dass es bislang ausgelassen wurde, genauer zu formulieren mit welchen Aktivitäten welche Wirkungen erzielt werden sollen. Ohne eine solche Theorie kann aber eigentlich nicht wirkungsorientiert evaluiert werden, da man ja nicht weiß, wann und an welcher Stelle welche Wirkungen auftreten sollen und wo genau man deshalb eigentlich was messen möchte. Noch weniger weiß man, warum möglicherweise erhoffte Wirkungen nicht auftreten und an welchen Stellen die Ursachen dafür liegen könnten. Das Fehlen eines theoretischen Gerüsts führt häufig dazu, dass die praktisch Handelnden dessen Entwicklung externen Expert_innen überlassen, welchen gar nichts anderes übrig bleibt, als der Praxis eine Theorie rückwirkend überzustülpen. Vor dem Hintergrund geringer finanzieller Spielräume für Evaluationen geschieht dies häufig, ohne dass die Experten_innen sich in alle Details des Projektes, der Adressat_innen oder vielfältigen beeinflussenden Kontextfaktoren vor Ort einarbeiten können. Diese unglückselige Trennung von Methodenwissen der Evaluierenden auf der einen Seite und einschlägigem praktischen Projekt- und Zielgruppenwissen der Handelnden auf der anderen Seite führt häufig dazu, dass die Praxis die Endprodukte der Evaluation als nicht passend zu den Ergebnissen ihrer täglichen Arbeit empfindet. Eine solche Evaluation befriedigt zwar vordergründig den allgegenwärtigen Ruf nach einem Wirkungsnachweis, bleibt jedoch vor dem Hintergrund der absorbierten Zeit und Mittel zumeist hinter ihren Möglichkeiten zurück.

Wirkungsmodelle als Evaluationsgrundlage

Ein Weg aus diesem Dilemma kann sein, die Einwicklung einer projektbezogenen Wirkungstheorie/eines Wirkungsmodells möglichst bereits zu einem frühen Zeitpunkt des Projektes zu einem gemeinsamen Prozess von Projektbeteiligten und Evaluierenden zu machen. Ziel eines solchen partizipativen Prozesses ist es, die impliziten Annahmen der wesentlichen am Projekt Beteiligten zu den angestrebten Wirkungen offen zu legen und zusammenzutragen. Die Evaluierenden unterstellen in diesem Entwicklungsprozess nicht als Expert_innen von außen Wirkungszusammenhänge, vielmehr befinden sie sich in einer moderierenden Rolle und liefern die nötige Orientierung und das technische Know-How für die Entwicklung eines Wirkungsmodells. Häufig zeigt sich in diesem Prozess, dass die Beteiligten unterschiedliche und bislang implizite Theorien dazu bereithalten, wie und auf welchen Ebenen die beabsichtigten Wirkungen des Projektes eintreten sollen. Der zwangsläufig eintretende Diskussionsprozess ist nicht immer einfach, meist jedoch hochgradig nützlich, weil er Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den impliziten Annahmen über das Entstehen

von Wirkungen deutlich macht und mögliche zu füllende Leerstellen aufzeigt. Gelingt dieser Prozess, steht an seinem Ende ein Wirkungsmodell, dem alle Beteiligten zustimmen können.



Ein einfaches Wirkungsmodell verbindet Informationen zum Konzept, zur Intervention und deren Resultaten.

Vom Wirkungsmodell zu den Wirkungsindikatoren

Von einem solchen Modell ist es nur ein Schritt zur Benennung von Wirkungsindikatoren, also von zählbaren oder beschreibbaren Ereignissen oder Sachverhalten, an denen sich erkennen lässt, ob die von einem Projekt beabsichtigten Wirkungen eintreten (oder eben nicht). Viele der auf diesem Weg identifizierten Wirkungsindikatoren lassen sich wiederum häufig mit überschaubarem Aufwand durch die Projektverantwortlichen mittels eigener Statistiken oder Fragebögen selbst erfassen. Zum Beispiel können so Einschätzungen von Kitafachkräften erhoben werden, inwiefern sie sich im Anschluss an eine Fortbildung kompetenter im Umgang mit Eltern fühlen. Dies ist ein wesentlicher Indikator für gelingende Elternarbeit, die wiederum begünstigend auf die soziale und gesundheitliche Situation der Familien einwirken kann. Womit in sehr groben Zügen schon beispielhaft ein mögliches Wirkungsmodell umrissen wäre. Nicht immer sind Wirkungsmodelle jedoch so trivial und Wirkungsindikatoren mit einfachen Mitteln zu erfassen. Gerade in der Gesundheitsförderung haben wir es häufig mit durchaus komplexen Interventionen zu tun, welche ihre Wirkungen auf verschiedenen Ebenen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten entfalten.

Partizipativ evaluieren: Befähigen, bewerten, entwickeln

Auch in Fällen, in denen sich die gefundenen Wirkungsindikatoren nicht mit einfachen Mitteln erfassen lassen, müssen die Projektverantwortlichen nicht die Kontrolle über den Evaluationsprozess abgeben. Dieser Prozess kann ebenfalls partizipativ gestaltet werden. So ergeben sich auch im Rahmen von methodisch anspruchsvolleren Evaluationen vielfältige Möglichkeiten der partnerschaftlichen Beteiligung von Projektverantwortlichen, Fachkräften bis hin zu den Projektadressat_innen. Im Idealfall werden alle diese Gruppen in einen gleichberechtigten Dialog einbezogen, dessen wesentliches Ziel es ist, nicht nur den Nutzen des untersuchten Projektes zu ermitteln, sondern auch Entwicklungen anzustoßen und auf allen Seiten einen Lernprozess zu ermöglichen. Im Rahmen



dieses Prozesses können die genannten Personengruppen die nötigen Kompetenzen erwerben, passende Methoden wie zum Beispiel Fragebögen, Interviews oder Diskussionsgruppen anzuwenden um die gemeinsam identifizierten Indikatoren zu erfassen, auszuwerten und gegenüber Dritten darzustellen. Sie werden also von Zuschauern zu Prozesseigner_innen der Evaluation, welche den Evaluationsverlauf von der Entwicklung des Wirkungsmodells über die Erhebung von Daten, deren Auswertung und Verwendung bestimmen. Die Evaluationsfachkraft rückt hingegen stärker in die Rolle eines Dienstleisters, der das für die Umsetzung nötige Wissen vermittelt und den Prozess unterstützt. Die Grenzen zwischen Evaluation und Intervention verschwimmen bei diesem Vorgehen demzufolge. Es ist leicht nachvollziehbar, dass ein partizipativer Evaluationsprozess für die Beteiligten zunächst aufwendiger ist, als traditionelle Evaluationsverfahren, deren Ergebnissen auch immer noch mehr Glaub-

würdigkeit entgegen gebracht wird. Die Erfahrungen mit der Methode zeigen jedoch: weil die Funktionen Lernen und Entwickeln im Vordergrund stehen und nicht lediglich die Legitimation, wirken sich die in einem solchen Prozess gemachten Erfahrungen bereits im Projektverlauf positiv auf die Qualität des Projektes aus. Im besten Fall identifizieren sich die Beteiligten mit den selbst erarbeiteten Evaluationsergebnissen und werden gegenüber Fördermittelgebenden und weiteren Interessierten zum gemeinhin als sperrig wahrgenommenen Thema „Projektwirkungen“ sprachfähiger. Zudem stehen die erworbenen Evaluationskompetenzen den Praktiker_innen für künftige Projekte zur Verfügung.

Autor: Sven Brandes, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
sven.brandes@gesundheit-nds.de, www.gesundheit-nds.de

Systematisch intervenieren!

Kaum jemand, auch nicht ein verwegener Abenteurer, startet eine Reise, ohne zuvor zu klären, was ihm an (materiellen) Mitteln zur Verfügung steht, welche Absicht er mit der Reise verfolgt (zum Beispiel: Bildung, Erholung, Erlebnisse), an welches Ziel (zum Beispiel: die Museen des Vatikans, eine nordfriesische Insel, eine Trekking-Tour im Himalaya) er gelangen will, um die Absicht zu realisieren und wie – auf welchem Weg und mit welchem Verkehrsmittel – er zu seinem Zielort kommt.

Projekte der Gesundheitsförderung lassen die für das Reisen gebräuchliche Planungslogik immer mal wieder vermissen. Sie orientieren sich stattdessen prioritär an Maßnahmen (Verkehrsmittel), die sich an anderer Stelle und in einem anderen Zusammenhang bereits als (vermeintlich) wirksam erwiesen haben (best practice) und die sie gut beherrschen. Sie versäumen festzustellen, wo sie mit diesen Maßnahmen starten (Mittel und Ausgangslage), legen nicht fest, wo sie mit ihnen hinwollen (Absicht) und über welche Ziele sie ihre Absichten erreichen wollen. Auch sie mögen letztlich „ankommen“. Sie erreichten ihre Absichten aber effektiver und effizienter, gingen sie systematisch vor, so wie es Reisende (in der Regel) tun. Das ist – verkürzt und grob formuliert – eine zentrale Erkenntnis der Implementationsforschung.

Implementationsforschung: Vom Labor zur Praxis

Nicht selten beklagen Praktiker_innen der Gesundheitsförderung, dass wissenschaftliche Erkenntnis nicht dazu taugt, alltägliches, praktisches Tun zu unterstützen oder gar zu leiten. Recht haben sie, wenn auch aus anderen Gründen als jene, die sie gemeinhin unterstellen. Wissenschaftliche Erkenntnis taugt generell nicht für die Praxis, so die irriige Unterstellung. Erkenntnisorientierte Forschung orientiert sich an der internen Validität des methodischen Vorgehens. Sie strebt nach „Wahrheit“ oder will Wirksamkeit (efficacy) nachweisen. Sie muss zu diesem Zweck Störgrößen ausschließen, wenigstens aber minimieren und wählt – wo immer möglich – als Königsweg das echte Experiment (Zufallsauswahl der Stichprobe, zufällige Verteilung der

Stichprobe auf die experimentellen Treatments, Verblindung). Die Lebenswirklichkeit ist komplexer als das Labor. Störgrößen lassen sich nicht ausschließen, allenfalls lässt sich ihr Einfluss statistisch kontrollieren. Wissenschaftliche Studien, die Wirklichkeit abbilden wollen, orientieren sich an der externen oder ökologischen statt der internen Validität. Sie wollen Alltagswirksamkeit (efficiency) nachweisen. Dazu eignen sich kontrollierte Fall- oder ambulante Assessmentstudien (Schlicht, Ebner-Priemer, Kanning, 2014). Auch deren Erkenntnisgewinn ist nicht per se jener, den die Praxis sucht. Praxis will – neben der Alltagswirksamkeit – auch Alltagstauglichkeit, sucht also nach theoretischen Konzepten (Programmtheorien) und Methoden, die sich in der Lebenswelt bewährt haben und – an die vorhandenen Bedingungen angepasst – das eigene Tun leiten können. Systematische Evaluationsstudien (hier gibt es unterschiedliche Typen) oder transformative Forschung (zum Beispiel Reallabore: Schneidewind, 2014) sind Quellen, die das gesuchte Wissen liefern könnten. Sie aber sind im vorherrschenden Wissenschaftsbetrieb (noch) selten.

Wissen wird also in unterschiedlichen Schritten generiert, die man an der medizinisch-klinischen Translationsforschung orientieren kann: „S1: Laborforschung; S2: vom Labor ans Bett; S3: vom Bett in die Gemeinde“.

Zum heutigen Stand der Erkenntnis der Implementationsforschung lassen sich bereits einige allgemeine Regeln formulieren, die Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung als Qualitätskriterien dienen sollten (Schlicht & Zinsmeister, 2016).

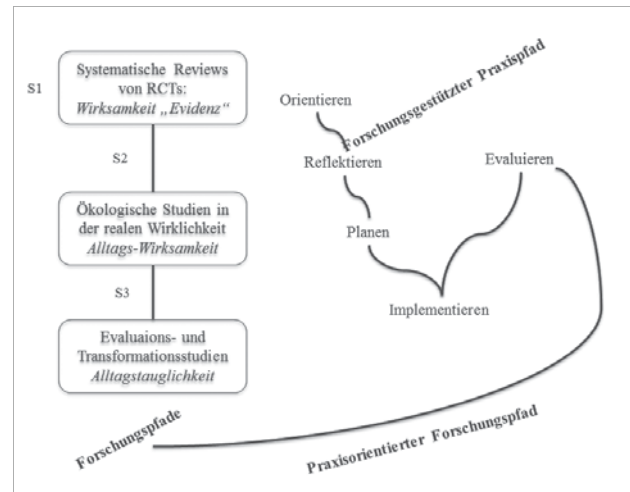


Zur Vertiefung sei auf das Buch von Schlicht und Zinsmeister verwiesen

Systematische Interventionsplanung

Qualität wird im Kontext des Gesundheitssystems definiert, als „... das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen.“ (Lohr, 1990 zitiert nach SVR, 2010). Wann tun sie das, wann erhöhen sie die Wirk-Wahrscheinlichkeit? – Wenn sie systematisch vorgehen.

Ein Kriterium des systematischen Vorgehens nennt die Definition selbst: Interventionen müssen dem gegenwärtigen Wissensstand entsprechen (ihm wenigstens nicht zuwiderlaufen) oder anders formuliert, sie sollten „evidenzbasiert“ sein. Interventionen sind evidenzbasiert, wenn ihre Komponenten (zum Beispiel: Edukation) und Aktivitäten (zum Beispiel: Vorträge, digitale Lernmodule) sich in wissenschaftlichen Studien als wirksam und alltagswirksam erwiesen haben. Bloße Glaubenssätze, spekulative oder okkulte Vermutungen und esoterische Praktiken sind damit ausgeschlossen. Die Wahrscheinlichkeit der Interventionswirksamkeit ist auch erhöht, wenn Interventionen auf einer Programmtheorie gründen. Die trifft Aussagen darüber, warum ein definiertes Vorgehen einen Mechanismus in Gang setzt, der unter den gegebenen Umständen zu einer erwarteten Wirkung führen wird. Programmtheorien lassen sich evaluierten Interventionsstudien entnehmen. Als Beispiel soll hier die Absicht dienen, den Diabetes Typ 2 zu verhindern, von dem zunehmend mehr Menschen betroffen sind. Übergewicht erhöht nachweislich das Erkrankungsrisiko. Übergewicht wiederum ist – zu einem erheblichen Teil – Auswuchs einer sitzenden und inaktiven Lebensweise und einer energiereichen Ernährung, also letztlich eines Ungleichgewichts von Energiezufuhr und -verbrauch. Inaktivität setzt auch die Sensitivität der Muskelzellen für das körpereigene Insulin herab. Das ist – sehr verkürzt und grob vereinfacht – der Wirkmechanismus, den es dann umzukehren gilt: Durch gesteigerte Aktivität und einer Ernährung, die sich an Diabetesinterventionsstudien orientieren



kann (zum Beispiel: Eriksson et al., 1999).

Als weitere Kriterien einer systematischen Intervention nennt die Implementationsforschung das zielgruppenspezifische und das maßgeschneiderte Vorgehen. Sie benennt damit weitere Schritte, die in einem Planungszirkel, wie dem Deming-Rad (Plan – Do – Check – Act; Deming, 1982) oder dem Public-Health-Action-Cycle (Problemdefinition – Strategieformulierung – Umsetzung – Bewertung; Rosenbrock, 1995) zu befolgen sind: Welcher Bedarf besteht für wen und rechtfertigt welches Vorgehen? Ein ethisch legitimes Vorgehen, ein Abwägen von Nebenwirkungen und ein kosteneffizientes Vorgehen, sind weitere – wesentliche – Merkmale einer systematischen Intervention. Beide, Forschung und Praxis ergänzen sich im Übrigen bei einem systematischen Vorgehen (siehe Abbildung).

Autor und Literatur: Prof. Dr. Wolfgang Schlicht, Universität Stuttgart, Lehrstuhl für Sport- und Gesundheitswissenschaften
 wolfgang.schlicht@inspo.uni-stuttgart.de

Lässt sich der innere Schweinehund tatsächlich anstupsen?

Kleine Einführung ins Konzept nudging

Eigentlich will ich gesünder essen, eigentlich will ich mich mehr bewegen, eigentlich will ich umweltbewusst einkaufen, ... Fast immer wissen wir genau, was besser wäre und fast immer könnten wir dies auch tun. Aber obwohl uns unsere Gesundheit, das gesellschaftliche Wohl und die Umwelt wichtig sind, tun wir häufig nicht das, von dem wir wissen, dass es sinnvoll wäre, sondern das, worauf wir gerade mehr Lust haben, was uns mehr anspricht, was die anderen tun. Manchmal scheint einfach nur ein kleiner Stups zu fehlen.

Seit vor wenigen Jahren das Buch der beiden Wirtschaftswissenschaftler Richard Thaler und Cass Sunstein *Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt* (siehe Abb. 1) erschienen ist, wird auch bei uns das Konzept nudging (to nudge = sanft anstupsen) populär, als neuer Ansatz um dieses Intentions-Verhaltens-Lücken genannte Phänomen, dass Wollen und Tun nicht übereinstimmen, zu überbrücken.

Was versteckt sich hinter nudging?

Die eine allgemein gültige, wissenschaftlich exakte Definition von nudging (gängige Synonyme: choice-architectur, Entschei-

dungs-Architektur, verhaltensbasierte Regulierung) gibt es bisher noch nicht. Immer basiert nudging aber auf der Vorstellung, dass Menschen anstelle von Zwang, Ver- oder Geboten durch sanfte Anreize dazu bewegt werden können, für sich selbst oder gesellschaftlich vorteilhaftere Entscheidungen zu treffen bzw. ihr Verhalten vorteilhaft zu ändern. Nudging wird verwendet als Oberbegriff für ein unscharfes Bündel von Maßnahmen, mit denen dazu die psychische, soziale und physische Umwelt mit einfachen Mitteln umgestaltet wird. Im Unterschied zu Manipulation bzw. versteckter Regulierung müssen die Transparenz des Interventionsdesigns und die ökonomische und ideologische Neutra-



lität gewährleistet werden. Die Wahlfreiheit des Einzelnen darf nicht eingeschränkt und es dürfen keine Verhaltensvorschriften oder gar Verbote erlassen werden.

Wie funktioniert nudging?

Auch wenn wir selbst davon überzeugt sind, rational zu handeln, ist unser Entscheidungsverhalten in Wirklichkeit selten rational. Es wird von etwa 50 Verhaltenstendenzen, auch „biases“ genannt, beeinflusst.

Starken Einfluss haben u. a.

- die Orientierung an Gewohnheiten,
- die Überbewertung der ersten Information (Ankereffekt),
- die Überbewertung von Informationen von als glaubwürdig beurteilten Quellen (Quelleneffekt),
- das Herdenverhalten und die Orientierung an sozialen Normen,
- die mangelnden Fähigkeiten zur objektiven Einschätzung von Risiken, zur Selbstkontrolle und Disziplin,
- das Aufschieben (Prokrastination)
- und die sogenannte Gegenwartstendenz, nach der eine gegenwärtige Befriedigung späteren erwünschten Zuständen vorgezogen wird
- sowie die Reaktanz auf Zwang.

Zum anderen beeinflusst auch die Entscheidungssituation selbst das Verhalten (Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Preis, Darstellung, Darbietung, Positionierung, Belohnungspotenzial von Produkten bzw. Verhaltensoptionen).

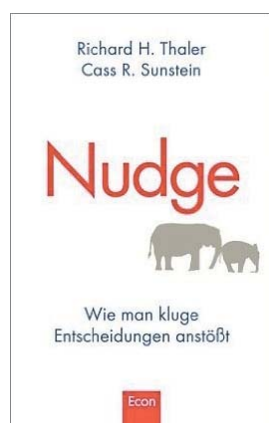


Abb. 1: Das populärwissenschaftliche Buch der Autoren Thaler und Sunstein **Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt**

Zwei Systeme steuern dabei unser Entscheidungsverhalten. Zum einen können wir bewusst, kontrolliert, orientiert an langfristigen Zielen und gesteuert von unseren Werten und Intentionen handeln. Das dauert lange und benötigt kognitive Kapazität und Anstrengung. Meist entscheiden wir daher automatisiert, d. h. unbewusst, intuitiv, gewohnheitsmäßig nach bewährten Schemata und Routinen, schnell, impulsiv, spontan, beeinflusst durch Gefühle oder Umweltreize, zum kurzfristigen (Lust-) Gewinn und ohne Anstrengung. Viele Entscheidungen scheinen eine komplexe Mischung aus

beiden Varianten zu sein.

Die gängigen, meist informationsvermittelnden Maßnahmen zur Modifikation des Gesundheitsverhaltens zielen auf das bewusste System ab, verfolgen ein offensichtliches Ziel und stellen eine möglicherweise bessere Gesundheit in ferner Zukunft in Aussicht. Nachweislich haben sie nur eine beschränkte Wirkung auf stark gewohnheitsmäßige und damit schwer veränderbare Verhaltensweisen. Nudges dagegen ändern die Entscheidungsumwelt planvoll, um das automatische System anzusprechen und so unser Verhalten sanft in die gewünschte Richtung zu stupsen. Nudging scheint dann besonders sinnvoll zu sein, wenn die Entscheidung bzw. Auswahl einen zeitversetzten Effekt hat, schwie-

rig und nicht häufig ist sowie das Feedback gering und die Beziehung zwischen der Entscheidung bzw. Auswahl und ihren Folgen ungewiss sind. Diese Voraussetzungen treffen auf viele Verhaltensweisen im Bereich Gesundheit und insbesondere für das Ernährungsverhalten zu.

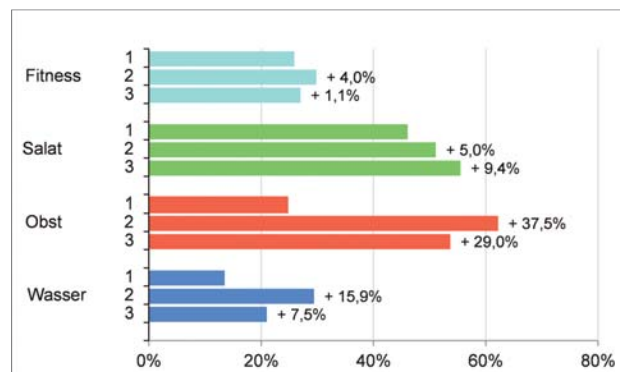


Abb. 2: Anteil der Essensgäste, die vor (1), kurz (2) und mittelfristig (3) nach Einführung von nudging-Maßnahmen die Fitnesskomponente, Salat und Obst wählen sowie der Anteil von Wasser an allen Getränken

Stupsen simple Maßnahmen tatsächlich günstiges Verhalten an?

In einer eigenen Studie im Rahmen der Begleitforschung zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Bundeswehr in der Truppenküche des Fliegerhorstes Kaufbeuren wurde u. a. untersucht, wie sich nach Einführung von nudging-Maßnahmen die Ausgabebeträge gesunder Speisen und Getränke verändern. Einfache aber situationspezifische Veränderungen in der Speisenausgabe (u. a. einfacheres Handling am Salatbuffet, vielfältigeres Angebot von Obstdesserts, zusätzliches Angebot von Mineralwasserflaschen in auffälligen grünen Behältnissen) führten dazu, dass kurz- und mittelfristig signifikant mehr Essensgäste Salat als Beilage sowie frisches Obst als Dessert wählten und dass der Anteil von Wasser an den Getränken signifikant stieg (siehe Abb. 2).

Ist nudging die Lösung in Gesundheitsförderung und Prävention?

In den angelsächsischen und einigen anderen Ländern wird schon seit Jahren pragmatisch „genudgt“, dazu geforscht und je nach Erfolg eines nudges entschieden. Bei uns wird nudging derzeit – ohne dass hinreichend praktische Erkenntnisse vorliegen – grundsätzlich und sehr (zu?) kritisch mit Fokus auf den Aspekten „Nannytum“ und „Zwangsbeglückung“ diskutiert.

Nudging ist sicherlich nicht die Lösung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, sollte aber als ein aussichtsreicher, weiterer Ansatz, der traditionelle Ansätze zur Verhaltensmodifikation ergänzt, betrachtet und weiter verfolgt werden. Ein großes Potenzial ist wahrscheinlich dort zu sehen, wo es um „kleine“ Änderungen bei einer großen Anzahl von Personen geht, die dazu nicht einmal besonders motiviert sein müssen.

Autorin: Prof. Dr. Gertrud Winkler, Hochschule Albstadt-Sigmaringen, Fakultät Life Sciences, winkler@hs-albsig.de
www.hs-albsig.de/studium/lebensmittel

Die Zentrale Prüfstelle Prävention

Hohe Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention

Yoga, Rückenschule, gesunde Ernährung oder Tabakentwöhnung: Die Zentrale Prüfstelle Prävention stellt sicher, dass sich zehntausende Präventionskurse in Deutschland durch hohe Qualität auszeichnen. Mit ihrem Qualitätssiegel „Deutscher Standard Prävention“ hat die Prüfstelle Qualitätsstandards gesetzt. Davon profitieren gesetzlich Krankenversicherte und Kursanbieter.

Seit dem 1. Januar 2014 ist die Zentrale Prüfstelle Prävention im Auftrag einer Kooperationsgemeinschaft aus nahezu allen gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland tätig. Über 88 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten sind bei den beteiligten Krankenkassen versichert. Die Mitarbeiter_innen der Prüfstelle prüfen Kurse und Konzepte nach einheitlichen, fachlich fundierten Standards. Sie stellen damit sicher, dass die Kurse allen gesetzlichen Vorgaben entsprechen und den hohen Qualitätsstandards des „Leitfadens Prävention“ des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) gerecht werden. Erstellt wurde der Leitfaden Prävention vom GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Er beschreibt unter anderem Handlungsfelder und nennt Kriterien, nach denen sich die Leistungen der Krankenkassen für die Primärprävention ihrer Versicherten nach § 20 SGB V („individueller Ansatz“) richten. Vier solcher Handlungsfelder werden unterschieden: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum.



Grundsätzlich gilt: Der Leitfaden Prävention erkennt nur Methoden an, die evidenzbasiert sind.

Bei erfolgreicher Prüfung zeichnet die Zentrale Prüfstelle Prävention den Kurs mit dem Qualitätssiegel „Deutscher Standard Prävention“ aus. Das Prüfsiegel gilt für bis zu drei Jahre. Nach Ablauf der Zertifizierung kann der/die Anbieter_in eine Re-Zertifizierung seines Kursangebots beantragen – es kommt zur erneuten Prüfung durch die Zentrale Prüfstelle Prävention.

Versicherte und Kursanbieter_innen profitieren

Die Prüfstelle und ihr Qualitätssiegel erfreuen sich bei den Kursanbietenden großen Interesses und hoher Akzeptanz. Das spiegelt sich besonders deutlich in der kontinuierlich steigenden Zahl an Kursprüfungen und Zertifizierungen wider: Die Gesamtzahl der Kursprüfungen lag im Jahr 2015 bei 68.556; im laufenden Jahr 2016 wurden bereits 59.000 Kurse geprüft. Das Prüfaufkommen überstieg im ersten Halbjahr 2016 das Niveau des Vergleichszeitraums 2015. Derzeit werden wöchentlich zwischen 1.700 und 2.000 Prüfungsvorgänge eingeleitet. Von der Arbeit der Prüfstelle profitieren sowohl die Versicherten der beteiligten Krankenkassen als auch die Kursanbieter_innen: Die Versicherten erkennen am Prüfsiegel „Deutscher Standard Prävention“ sofort, welche Angebote die gesetzlichen Qualitätsvorgaben für Präventionsangebote erfüllen. Außerdem zeigt das Siegel an, dass der jeweilige Kurs von allen Krankenkassen der Kooperationsgemeinschaft bezuschusst wird. (Die GKV darf gemäß gesetzlichen Vorgaben

(§ 20 SGB V) im Bereich der „primären Prävention“ nur solche Angebote bezuschussen, die einem einheitlichen Qualitätsstandard entsprechen.) Grundsätzlich gilt, dass die beteiligten Krankenkassen zwei Präventionskurse pro Kalenderjahr je Versichertem bezuschussen. In der Regel übernehmen die Kassen 80 Prozent der Teil-



nahmegebühren bis zu einer Höhe von 120 Euro je Kurs. Allerdings gibt es bezüglich der Erstattung von Kursgebühren bei den Krankenkassen keine einheitliche Regelung. Jede Kasse kann in ihrer Satzung individuell festlegen, in welcher Höhe die Bezuschussung geleistet werden soll. Genaue Angaben zur Erstattungsregelung können die Versicherten direkt bei ihrer Krankenkasse erfragen oder der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse entnehmen. Über die Internetseiten der Krankenkassen können sich die Versicherten zudem unkompliziert über Kurse in ihrer Nähe informieren.

Der Leitfaden erkennt nur evidenzbasierte Methoden an

Die Prüfung umfasst stets die Kursinhalte und die Qualifikationen der/des Kursleiterin/Kursleiters. Je nach Handlungsfeld sind bestimmte staatlich anerkannte Berufs- bzw. Studienabschlüsse erforderlich. Studien- und Berufsabschlüsse, die im Leitfaden Prävention genannt sind, können direkt anerkannt werden. Ist der Abschluss einer Kursleitung nicht im Leitfaden Prävention genannt, erfolgt eine Vergleichsprüfung: Sofern sich die beiden Abschlüsse inhaltlich entsprechen, wird der Abschluss, der nicht im Leitfaden Prävention genannt ist, als gleichwertig angesehen und ist anerkennungsfähig. Für die Prüfung von Kursangeboten zieht die Zentrale Prüfstelle Prävention folgende Unterlagen heran:

- Nachweis (z. B. Urkunde, Zeugnis) über eine der im Leitfaden Prävention geforderten staatlich anerkannten Grundqualifikation der Kursleitung,
- ggf. Nachweise der Zusatzqualifikation im jeweiligen Bereich,
- ggf. Nachweise über Programmeinweisungen in ein bestehendes Kurskonzept (z. B. eines Sportverbandes),
- eine stichpunktartige Beschreibung der Ziele, Inhalte und Methodik sowie des Aufbaus der einzelnen Kursstunden („Stundenverlaufspläne“)
- sowie Unterlagen für Teilnehmer_innen zum Alltagstransfer der Übungen.

Zertifizierung und Re-Zertifizierung sind kostenfrei

Aber auch Anbieter_innen von Präventionskursen genießen zahlreiche Vorteile durch das Prüfverfahren und das Siegel: Mussten sie ihre Kurse vor Gründung der Prüfstelle von vielen Krankenkassen einzeln zertifizieren lassen, werden sie nun mit nur einem unbürokratischen Prüfauftrag für alle teilnehmenden Krankenkassen zugelassen. Zudem sind für die Anbietenden die Zertifizierung und die Re-Zertifizierung grundsätzlich kostenfrei. Für jeden Präventionskurs gilt: Der/die Versicherte geht zu-

nächst in Vorleistung und bezahlt die Kursgebühr. Nach Beendigung des Kurses beantragt er/sie die Bezuschussung bei seiner/ihrer Krankenkasse. Eine Übernahme beziehungsweise Bezuschussung von Mitgliedschaftsbeiträgen in Sportvereinen, Fitnessstudios und ähnlichen Einrichtungen durch die gesetzlichen Krankenkassen ist jedoch nicht zulässig.

Autorin: Melanie Dold, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Leiterin Stabstelle Zentrale Prüfstelle Prävention, www.vdek.com

GeWinn – Gesundheitskompetenz im Alter fördern

Das Verbundprojekt „GeWinn – Gesund älter werden mitWirkung. Health Literacy für mehr Lebensqualität und Soziale Integration“ der Hochschule Coburg und der Hochschule Magdeburg-Stendal hat zum Ziel, Health Literacy, also die Gesundheitskompetenz, von Männern und Frauen ab 60 Jahren zu stärken. Ein besonderer Fokus liegt auf der sozialen Teilhabe in der Kommune, der Förderung von Selbstmanagementkompetenzen zum Umgang mit chronischen Erkrankungen sowie der Nutzung neuer Medien.

Das Forschungsprojekt GeWinn

GeWinn wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderrichtlinie „SILQUA – Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter“ mit einer Laufzeit von drei Jahren gefördert. Projektstart war im Dezember 2015. Mithilfe eines partizipativen Vorgehens soll in vier bayrischen Landkreisen sowie der Stadt Magdeburg eine Intervention zur Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen mit den Adressaten entwickelt und umgesetzt werden. Des Weiteren bestehen in den Landkreisen sogenannte Wissenschafts-Praxis-Kooperationen (WPK)



mit Ansprechpartner_innen der Landratsämter. Sie fungieren als Schlüsselpersonen zu den Senior_innen und stellen den Zugang zu den Gemeinden her.

Evaluiert werden soll die Intervention im Hinblick auf ihre Akzeptanz und Wirkung in den Bereichen Lebensqualität, Health Literacy, generische Selbstmanagementkompetenzen zum Umgang mit chronischen Erkrankungen sowie Nutzung mobiler Endgeräte.

Der Begriff der Gesundheitskompetenz wurde im HAG Stadtpunkte Heft im November 2015 bereits ausführlich thematisiert. Nationale und internationale Studien zeigen: besonders ältere Menschen haben eine unzureichende Gesundheitskompetenz (Sørensen et al., 2012; Zok, 2014). Beispielsweise fällt es dieser Personengruppe besonders schwer, zu beurteilen, wann eine zweite Meinung eingeholt werden sollte, die Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten einzuschätzen und einen Beipackzettel sowie Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen (Quenzel & Schaeffer, 2016; Zok, 2014).

Des Weiteren nimmt die Häufigkeit chronischer Erkrankungen mit steigendem Alter zu. Bei den über 65-Jährigen geben mehr als die Hälfte an, mindestens eine chronische Erkrankung zu haben (Robert Koch-Institut, 2014). Die Förderung gene-

rischer Selbstmanagementkompetenzen soll die älteren Menschen dabei unterstützen, Strategien und Wege zu finden, ihr Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten und den Herausforderungen einer chronischen Erkrankung zu begegnen (Lorig et al., 2013).

Entwicklung der Intervention

Von Mai bis August 2016 fanden neun Fokusgruppendifkussionen mit Senior_innen und zwei Fokusgruppendifkussionen mit Multiplikator_innen statt. Ziel war es, in den Bereichen Gesundheitsförderung und Selbstmanagementkompetenzen zum Umgang mit chronischen Erkrankungen relevante Themen zu identifizieren sowie Ressourcen und Barrieren im Prozess der Informationsfindung, -beurteilung und -anwendung zu erfassen, um eine den Bedarfen und Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechende Intervention zu entwickeln. Insgesamt nahmen 82 Senior_innen im Alter von 59 bis 88 Jahren teil.

Mithilfe einer Fallvignette wurden sensible Themen, wie beispielsweise persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen, in den Gruppendiskussionen angesprochen. Mittels eines Beobachtungsprotokolls wurden die Aussagen der Teilnehmenden festgehalten und in Anlehnung an das qualitative Verfahren des „Knowledge Mapping“ (Pelz, Schmitt & Meis, 2004) ausgewertet.

Im Bereich der Gesundheitskompetenz der Befragten konnte festgestellt werden, dass zum einen Wissen zum Finden von vertrauenswürdigen Quellen nur teilweise vorhanden ist und dass das Beurteilen von Informationen aufgrund der Fülle an unterschiedlichen Aussagen besonders schwer fällt. Des Weiteren sind soziale Kontakte die wichtigste Ressource älterer Menschen, da sie entscheidend zum Wohlbefinden als auch zur Hilfestellung im Umgang mit (Langzeit-)Erkrankungen beitragen. Zusätzlich wurden die für Senior_innen relevanten und häufig genannten Themen in den Bereichen Selbstmanagement chronischer Erkrankungen sowie Wohlbefinden und Gesundheitsförderung geclustert. Im Bereich des Wohlbefindens und der Gesundheitsförderung standen vor allem die sozialen Kontakte, sich bewegen, bewusst genießen sowie erfüllende und

sinnstiftende Tätigkeiten im Mittelpunkt. Die Fähigkeiten Hilfe anzunehmen und über die Erkrankung (mit Gleichgesinnten) sprechen zu können, die Generierung von Wissen zur Erkrankung sowie eine positive Haltung wurden im Bereich des Selbstmanagements als zentrale Punkte genannt.

In den Gesprächen mit den Multiplikator_innen wurden die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen der Senior_innen diskutiert und Strategien zur Akquise, insbesondere sogenannter schwer erreichbarer Subgruppen, in den Kommunen erarbeitet. Des Weiteren wurden Bedingungen für eine nachhaltige Implementation der GeWinn-Gruppen erörtert. Dabei stellte sich u.a. die zentrale Bedeutung von Ansprechpartner_innen vor Ort heraus, die als Türöffner zu den Senior_innen fungieren. Zusätzlich kann die Umsetzung der GeWinn-Intervention erleichtert werden, wenn es gelingt, diese an bereits bestehende Gruppen anzuknüpfen.



Ausblick: Die GeWinn-Intervention

Mithilfe der Ergebnisse aus den Fokusgruppendifkussionen wurden von August bis Dezember 2016 die Interventionsbausteine entwickelt und diese zu einem Manual mit Methodenkof-

fer zur Anleitung der Gruppenintervention zusammengeführt. Die GeWinn-Intervention soll in zwölf Gruppen in einem Zeitraum von 53 Wochen umgesetzt werden und Anfang des Jahres 2017 starten. Anfangs treffen sich die Gruppen im zweiwöchigen Abstand (elf Treffen; Basisintervention) und anschließend in acht weiteren Treffen im vierwöchigen Abstand (Verstetigungsintervention). Geleitet werden die Gruppen von interessierten Senior_innen selbst, sogenannte Peer-Moderationen. Im Tandem begleiten die geschulten Gruppenleiter_innen jeweils eine Gruppe.

Schlussfolgerung

Die enge Zusammenarbeit mit den Partnern der WPK hat wesentlich zur erfolgreichen Akquise älterer Menschen für die Gruppendiskussionen beigetragen. Auch für die Ansprache von Teilnehmenden an der Intervention werden die Zugänge und Schlüsselpersonen der Landkreise, wie beispielsweise Seniorenbeauftragte, genutzt. Weiterhin wird durch die enge Verzahnung der WPK im Projekt eine nachhaltige Implementation in den Kommunen vorbereitet. Die bisherigen im Projekt gemachten Erfahrungen zeigen, dass bei den Senior_innen und in den Landkreisen ein Interesse an der Umsetzung des Projektes vorhanden ist. Das partizipative Vorgehen ist dabei eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung sowie die Akzeptanz des Projektes und der Intervention. Weiterhin besteht jedoch die Schwierigkeit, den Zugang zu schwer erreichbaren älteren Menschen zu gestalten und diese in das Projekt einzubeziehen.

Autorin und Literatur: Alvia Killenberg, Hochschule Coburg
 Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften
alvia.killenberg@hs-coburg.de, www.hs-coburg.de/forschungskooperation/institute/institut-fuer-angewandte-gesundheitswissenschaften.html

Wirksamkeit der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung

Im Allgemeinen bedeutet in den Gesundheitswissenschaften die Forderung nach Wirksamkeit, dass hinreichende wissenschaftliche Nachweise für deren Wirksamkeit erbracht wurden. Die Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist hier das zugrunde liegende Konzept. Auch in der (betrieblichen) Prävention und Gesundheitsförderung (BGF) existiert mittlerweile eine große Zahl von Veröffentlichungen zur Evidenz solcher Maßnahmen.

Demografischer Wandel und Krankheitsgeschehen

Eins der großen Themen der BGF ist die alternde Arbeitnehmerschaft. Während gegenwärtig in Deutschland rund 20 Prozent aus 65-Jährigen und Älteren bestehen, wird im Jahr 2060 jede dritte Person 65 Jahre oder älter sein. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) projiziert bis zum Jahr 2050, dass der Anteil der 50- bis 64-Jährigen von aktuell 23 auf über 30 Prozent steigen wird. Dabei spielt die relativ lange Dauer der Arbeitsfähigkeitsfälle älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine wichtige Rolle. Hier berichtet der BKK Dachverband e.V., dass unter 25-jährige Mitglieder im Jahr weniger als eine Woche erkrankt waren, während die Altersgruppe der über 55-Jährigen fast drei Wochen je AU-Fall arbeitsunfähig sind. Insbesondere Langzeitfäl-

le mit AU-Dauern von über 6 Wochen fallen in dieser Gruppe an. Die Aufgabe der Unternehmen liegt damit nicht in der kurzfristigen Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit, sondern in dem längerfristigen Erhalt der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Allgemeine Maßnahmen der BGF

Unter betrieblicher Gesundheitsförderung werden sowohl verhaltenspräventive Maßnahmen zusammengefasst als auch Maßnahmen zur Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings „Betrieb“ (Rosenbrock, 2006). Die Förderung allgemeiner Gesundheitseffekte von Beschäftigten steht im Zentrum der BGF und Prävention. Sowohl zur Bewegungsförderung als auch zur



Gewichtsreduktion oder Rauchentwöhnung haben sich beispielsweise Programme bewährt, bei denen verschiedene Maßnahmen – aus dem Bereich der Verhaltens- und Verhältnisprävention – durchgeführt werden. Wird also neben dem Verhalten, z.B. dem Essverhalten, das Arbeitsumfeld mit einbezogen, wirken die Maßnahmen umso besser. Interventionen, die Laufen oder Schrittzählen beinhalten, sind für die körperliche Fitness besonders wirksam.

Maßnahmen zur Vermeidung psychischer Erkrankungen

Kaum ein Gebiet ist so heterogen wie das der Maßnahmen zur Prävention von psychischen Erkrankungen bzw. der Förderung des psychischen Wohlbefindens. Die verwendeten Zielparame- ter – Stress, Angststörungen, psychische Störungen und Erhe- bungsinstrumente sind vielfältig, wodurch die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse sehr eingeschränkt wird. Dennoch bleibt festzuhalten, dass einzelne Studien positive Effekte auf die psy- chische Gesundheit von Beschäftigten berichten. Vor allem dann, wenn die Interventionen gleichermaßen auf das Verhalten der Beschäftigten und auf Veränderungen in der Arbeitsorganisati- on abzielen. Beispiele dafür sind betrieblichen Maßnahmen zum Stressmanagement wie Entspannung und Meditation, kognitives Verhaltenstraining, das Erlernen von Problemlösungs- und Ent- scheidungsstrategien sowie die Änderung organisationaler Be- dingungen und Unterstützung durch Vorgesetzte. Das Einbezie- hen von Beschäftigten in Arbeitsabläufe und Arbeitsorganisation oder die Evaluation von Stressoren in der Arbeitswelt werden als vielversprechende Ansätze benannt.

Maßnahmen zur Vermeidung von Muskel-Skelett- Erkrankungen

Die Mehrheit der veröffentlichten Maßnahmen der BGF dient der Vermeidung von Muskel-Skelett-Erkrankungen. Hierzu zählen Schulungen oder Trainings wie Rückenschulen, Nackenschulen, ergonomische Schulungen und Schulungen zum Umgang mit Stress. Präventionsmaßnahmen, die auf reine Wissens- und In- formationsvermittlung in Unterrichtsform abzielen, sind nicht effektiv. Gleiches gilt für klassische Rückenschulen, für die als Einzelmaßnahme kein präventiver Nutzen belegt ist. Körper-

liche Bewegungs- und Kräftigungsprogramme zur Steigerung der physischen Belastbarkeit, Verbesserung der Beweglichkeit und Erhöhung der Fitness von Beschäftigten zeigen in evalu- erten Interventionsformen die deutlichsten positiven Effekte. Durch Sport- und Bewegungsprogramme lassen sich sowohl

Fehlzeiten infolge von Muskel- Skelett-Erkrankungen reduzieren als auch deren Zahl insgesamt. Die Heterogenität der Studien erlaubt leider keine Rückschlüsse hinsichtlich verallgemeinerbarer empfehlenswerter Übungsin- halte, der zeitlichen Dauer oder der Intensität der Übungen. Die- se sind jeweils zielgruppenspe- zifisch zu entwickeln, meist ste- hen spezielle Berufsgruppen im Focus, z.B. Pflegekräfte oder für Bildschirmarbeitsplätze.



Empfehlungen für die betriebliche Praxis

Die Mehrheit der Maßnahmen der BGF konzentriert sich auf die Steigerung der körperlichen Aktivität, Ernährungsprogramme und Gewichtskontrolle, Tabak- und Alkoholprävention, Rücken- schulen, Maßnahmen zum Stressmanagement und sogenannte Mehrkomponenten-Programme, die mindestens zwei der ge- nannten Komponenten beinhalten.

Empfehlungen können aufgrund der Vielzahl der unterschied- lichen Handlungsfelder und Maßnahmen, die hier lediglich angerissen wurden, sowie ihrer Ausgestaltung primär plausi- bilitätsgestützt gegeben werden. Es wird daher empfohlen, die spezifischen Ergebnisse im igaReport 28 einzusehen. Generell zu empfehlen ist:

- Eine *umfassende, individuelle Risikobeurteilung* und die Ein- bindung in bestehende Strukturen sollten wesentliche Be- standteile eines Präventionskonzeptes sein.
- *Organisatorische Ansätze*: Uneingeschränkt empfehlenswert sind Maßnahmen zur Gestaltung einer erfolgreichen und ge- sundheitsförderlichen Arbeitsorganisation.

Ausblick und Fazit

Beschäftigte und Unternehmen haben ein gemeinsames Interesse an BGF und Prävention: Beschäftigte möchten ihre Gesundheit er- halten, Unternehmen und Betriebe möchten mit ihren Beschäfti- gen ihre Wettbewerbsfähigkeit sichern. BGF kann dazu beitragen, arbeitsbedingte gesundheitliche Belastungen zu reduzieren. Dies schließt letztlich eine inhaltlich befriedigende Tätigkeit mit ein. Bei den Maßnahmen kann es sich um kurzfristige Maßnahmen und befristete Interventionen handeln, empfehlenswert ist je- doch die Etablierung eines betrieblichen Gesundheitsmanage- ments (BGM). Nur so kann eine nachhaltige Förderung der Ge- sundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stattfinden.

Hintergrund und Methodik

Im Auftrag der Initiative für Gesundheit und Arbeit (iga) wurde am Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE) die aktuelle wissenschaftliche Literatur von 2006-2012 zur Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention zusammengestellt. Eingeschlossen wurden dabei in einer systematischen Li- teraturrecherche Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens, zur Prävention psychischer Er- krankungen, von Muskel-Skelett-Erkrankungen als auch die Bewertung des ökonomischen Nutzens betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention.

Weitere Informationen zum Hintergrund und zur Metho- dik des Reports finden Sie unter <http://www.iga-info.de/>

Autorin und Literatur: Dr. Claudia Pieper, Institut für Medi- zininische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE), Universitätsklinikum Essen (AöR), claudia.pieper@uk-essen.de www.imibe.de

Qualität vor Ort

Das neue Programm für alle, die sich für gute Kindertagesbetreuung stark machen!

Wie können wir allen Kindern – unabhängig von ihrer Herkunft – Teilhabechancen in unserer Gesellschaft ermöglichen? Welche Chancen bietet Diversität in Kindertagespflege und Kitas für die Weiterentwicklung der pädagogischen Qualität? Was ermöglicht den Fachkräften gute Arbeit und was erschwert sie? Wie können sich Kitas in den Sozialraum öffnen und auch durch ihr Umfeld Unterstützung erfahren? Wie gelingen gute Übergänge zwischen Kita und Schule? Diesen und weiteren Fragen rund um eine hochwertige Kindertagesbetreuung widmet sich das Programm Qualität vor Ort und setzt dabei auf die Expertise aller beteiligten Akteure.

Mit der Initiative schaffen die Deutsche Kinder- und Jugendstiftung (DKJS), das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und die Jacobs Foundation eine bundesweite Bewegung für gute Qualität in der frühen Bildung, Betreuung und Erziehung.



Thema des Dialogs in Bremen: Diversität

50 Dialoge zur frühen Bildung

Mit diesem Ziel organisieren die sechs regionalen Servicebüros des Programms aktuell 50 Dialoge zur frühen Bildung in ganz Deutschland. Die Veranstaltungen bringen Akteure mit verschiedenen Perspektiven zusammen: Eltern, Fachkräfte, Verwaltung, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik – sie alle sind gefordert, wenn es um die Frage geht, was Kinder für ein gutes Aufwachsen brauchen. Dabei ist klar: Jedes Bundesland und jede Kommune bietet andere Voraussetzungen für Familien und Kindertageseinrichtungen. Im norddeutschen Raum hat das Servicebüro in Kiel deshalb in Kooperation mit den Kommunen, Verbänden und Trägern genau die Themen auf die Agenda gesetzt, die vor Ort jeweils von besonderer Bedeutung sind: In Kiel und Bremerhaven haben Kita-Leitungen und Fachkräfte gemeinsam beraten, wie sie ihre Rolle im Alltag bestmöglich ausfüllen können und wo sie Unterstützung benötigen. Weil Kitas auch die zunehmende gesellschaftliche Vielfalt abbilden, standen in Bremen, Hamburg und Hannover Diversität und Chancengerechtigkeit auf dem Programm. In Göttingen wurde dagegen in Zusammenarbeit mit einem dort ansässigen Unternehmen die Frage diskutiert, wie sich Familie und Beruf besser vereinbaren lassen. Der Übergang zwischen Kita und Schule war das zentrale Thema der Dialoge in Bad Bramstedt und in Papenburg.

Am 19. November endet die Veranstaltungsreihe in Norddeutschland mit einem zweiten Dialog zum Thema Diversität in der Kindertagespflege in Hamburg. Genauere Informationen

zu allen Veranstaltungen des Programms finden sich unter www.qualitaet-vor-ort.org/veranstaltungen.

Netzwerke für frühe Bildung

Darüber hinaus wird das Servicebüro Kiel ausgewählte kommunale Netzwerke für frühe Bildung in Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen und Niedersachsen fachlich und methodisch unterstützen.

In einem solchen Bündnis arbeiten mindestens drei verschiedene Organisationen zusammen, um die Bildung, Betreuung und Erziehung vor Ort zu verbessern. Dabei beschäftigen sich die Netzwerke ganz bedarfsorientiert mit einem Anliegen der Kindertagesbetreuung, das in ihrer Kommune wichtig ist. Wie kann die Vernetzung zwischen den Akteuren der frühen Bildung im Ort effektiver gestaltet werden? Wie können Einrichtungen die Betreuungsqualität sichern und weiterentwickeln? Wie können Eltern stärker in die Arbeit von Kitas und Kindertagespflege eingebunden werden, sodass Kinder von starken Erziehungspartnerschaften profitieren?

Für die Netzwerke beginnt die Arbeit in Qualität vor Ort mit einer Analyse der Ausgangslage. Was läuft schon gut? Welches Thema sollte am dringendsten bearbeitet werden? Sind schon alle Partner mit im Boot, die es für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit braucht? Im Anschluss erhalten die Verantwortlichen eineinhalb Jahre lang Unterstützung durch eine externe Prozessbegleitung: Ein Netzwerkprofi steht den Akteurinnen und Akteuren mit Moderationswissen zur Seite und hilft, die selbstgesteckten Ziele nicht aus den Augen zu verlieren. Außerdem unterstützt das Programm Qualität vor Ort die Bündnisse bei ihrer Öffentlichkeitsarbeit. Auf zahlreichen Fortbildungen und Fachtagungen erhalten die Verantwortlichen zudem fachliche Impulse für ihre Arbeit.

Damit die angestoßenen Veränderungsprozesse nachhaltige Ergebnisse liefern können, muss auch der örtliche Träger der Jugendhilfe im Netzwerk mitarbeiten. Ob die Initiative schon lange zusammen arbeitet oder sich gerade erst bildet, ist für eine Teilnahme nicht entscheidend.

Schon in diesen Herbst werden die ersten Netzwerke im norddeutschen Raum ihre Arbeit aufnehmen. Themen sind zum Beispiel die Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses in der Arbeit mit Flüchtlingskindern oder die Stärkung von Kita-Leitungen durch kollegiale Beratung.

Modellkommunen

Neben den Netzwerken für frühe Bildung unterstützt das Kieler Servicebüro bereits vier Modellkommunen im nord-





deutschen Raum: Diese Städte und Gemeinden werden integrierte, kommunale Gesamtkonzepte der frühen Bildung, Betreuung und Erziehung entwickeln und umzusetzen. Die Kommunen profitieren dabei auch von Erfahrungen, die im Schweizer Programm Primokiz der Jacobs Foundation mit integrierten Bildungskonzepten der frühen Kindheit gemacht wurden. Qualität vor Ort unterstützt die Modellkommunen auf Wunsch auch bei der Öffentlichkeitsarbeit und vernetzt die Akteure mit weiteren Modellstandorten.

Über Qualität vor Ort

Das Programm Qualität vor Ort ist eine Gemeinschaftsaktion der Deutschen Kinder- und Jugendstiftung (DKJS), des

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und der Jacobs Foundation. Es zielt darauf ab, die Qualitätsentwicklung in der frühen Bildung, Betreuung und Erziehung zu unterstützen und das Zusammenspiel wichtiger regionaler Partner zu stärken – damit alle Kinder in Deutschland gleiche Chancen haben und ihre Fähigkeiten und Talente voll entfalten können. Bewerbungen und weitere Informationen unter www.qualitaet-vor-ort.org/bewerbung.

Autorin: Dr. Barbara Junne, Regionalstelle Schleswig-Holstein, Deutsche Kinder- und Jugendstiftung gGmbH, Tel.: 0431 668708-11, barbara.junne@dkjs.de, www.dkjs.de



Essen im Erziehungs- und Bildungsalltag

Das Essen von Kindern und Jugendlichen bestimmt in hohem Maße den Erziehungsalltag. Es ist Gegenstand von Sorgebeziehungen sowie der Bedürfnisorganisation und -befriedigung, die Familien und öffentliche Bildungseinrichtungen leisten. Vicki Täubig, Juniorprofessorin für Bildungsforschung an der Universität Siegen, vereint in dem Sammelband unterschiedliche Texte zum Schwerpunkt Essen in Familien und Bildungseinrichtungen im Alltag. Sie spiegeln den aktuellen Forschungsstand wider. Die einzelnen Beiträge sind drei Kapiteln zugeordnet. Im ersten werden Überblicke über die Forschungssituation in Großbritannien und Deutschland vermittelt, im zweiten wird „Essen in der Familie“ thematisiert und im dritten „Essen in öffentlichen Einrichtungen“. Dieses ist besonders relevant, da durch den Ausbau der Ganztagsbetreuung in Kitas und Schulen der Thematik in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen eine immer stärkere Bedeutung zukommt. Das Buch ist interessant für alle, die sich im beruflichen Kontext mit Essenssituationen von Kindern und Jugendlichen befassen.

Vicki Täubig (Hrsg.) (2016). Essen im Erziehungs- und Bildungsalltag, Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 234 S. EUR 29,95. ISBN 978-3-7799-3321-2

Gute gesunde Kita

Die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Bildung ist eine die Gesundheitsförderung und Prävention beeinflussende Erkenntnis. Zum einen steht ein höherer Bildungsstatus meist in Verbindung mit einem gesteigerten Gesundheitsverständnis. Zum anderen wirkt sich eine gesunde Lebensweise positiv auf den Lernprozess aus. Gesunde Kinder haben bessere Lernvoraussetzungen und zeigen mehr Konzentration und Motivation. Prävention und Gesundheitsförderung sind daher unverzichtbare Elemente optimaler Bildungsqualität. Das Setting Kita dient als erste Ebene, um Gesundheitsförderung und Prävention in den Bildungssektor zu integrieren. Anja Voss und Susanne Viernickel entwickeln einen Referenzrahmen für eine gute gesunde Kita sowie eine Unterstützungsmethode für Fachkräfte und Teams zur Gestaltung einer gesunden und entwicklungsfördernden Lebens-, Lern- und Arbeitswelt in Kindertageseinrichtungen. Ziel ist die Umsetzung des Erziehungs-, Bildungs- und Betreuungsauftrags in Verbindung mit der Förderung der Gesundheit aller im Setting Beteiligten.

Anja Voss, Susanne Viernickel (2016). Gesunde Kita. Bildung und Gesundheit in Kindertageseinrichtungen. Kiliansroda: Verlag Das Netz. 116 S. EUR 17,90. ISBN: 978-3-86892-120-5

Burnout – und dann?

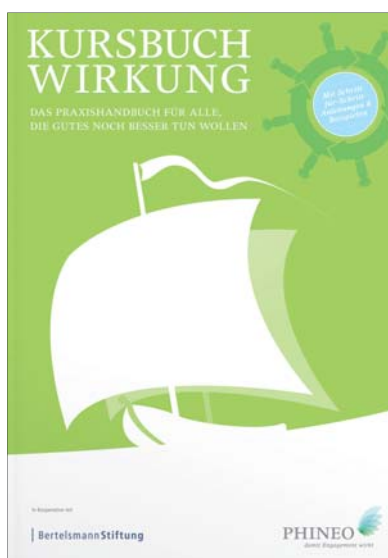
Seit langem beschäftigt sich die Autorin mit dem Thema Burnout. Aber was kommt nach der Krise? Was hilft und unterstützt, um eine Erschöpfungskrise zu überwinden? Welche Veränderungen können dazu beitragen, damit man dauerhaft gesund bleibt? Die Autorin hat bei Recherchen für ihre verschiedenen Arbeiten zum Thema mit vielen betroffenen Menschen gesprochen, die eine Erschöpfungskrise durchlebten. Sie beschreibt, wie das Leben nach der Krise aussieht, welche Schwierigkeiten im „neuen“ Alltag auftreten können und wie sich Menschen verändert haben, die der Erschöpfungsspirale entkommen sind. Neben diesen eindringlich beschriebenen individuellen Bewältigungsstrategien, erweitern Expert_innen

den Blick. So erklären sie, welche Strategien sich für welchen Typus eignen können: für den/die Leistungsträger_in gibt es andere als für die Alleinerziehende oder für Menschen mit Mehrfachbelastungen. Yoga und Meditation für mehr Gelassenheit, Work-Life-Balance, um Beruf und Familie gut unter einen Hut zu bringen, (alternative) Therapiemethoden als individuelle Begleitung in der Krise oder Rückkehrmöglichkeiten in den Beruf oder Betrieb: viele fundierte Tipps machen die Lektüre zu einem gewinnbringenden Leseerlebnis.

Carola Kleinschmidt. (2016). Burnout – und dann? Wie das Leben nach der Krise weitergeht. München: Kösel-Verlag. 240 S. EUR 17,99. ISBN: 978-3-466-34636-3

Kursbuch Wirkung

Organisationen, die wirkungsorientiert auf ihre Ziele zusteuern, können deutlich mehr für die Gesellschaft bewegen. Das Kursbuch Wirkung will gemeinnützige Organisationen darin unterstützen, Projekte wirkungsorientiert zu planen, umzusetzen und zu analysieren. Wirkungsorientiert heißt, Projekte vom Ende her zu denken: Was soll das Projekte unter dem Strich bewirken? Wen soll es erreichen? Welche Veränderungen soll es bei der Zielgruppe auslösen? Das Kursbuch vermittelt das hierfür notwendige methodische Wissen und liefert zugleich alltagstaugliche, praxiserprobte Tipps zur Umsetzung. Schritt für Schritt und leicht verständlich wird erklärt, wie sich Wirkungsorientierung



in den Projektalltag von gemeinnützigen Organisationen integrieren lässt. Tipps, Illustrationen und Checklisten erleichtern nicht nur Einsteiger_innen die praktische Umsetzung, sondern bieten Anregungen auch für versierte Projektmitarbeitende. Das Kursbuch ist eine gut handhabbare Praxisanleitung und unterstützt die Integration einer wirkungsorientierte Steuerung in den Organisationsalltag. Es ist kostenlos erhältlich unter www.kursbuch-wirkung.de.

Bettina Kurz, Doreen Kubek (2015). Kursbuch Wirkung. Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen. Berlin: Phineo. 130 S. ISBN: 978-3-00-043516-4

Impressum

Herausgeberin

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)

Repsoldstr. 4 | 20097 Hamburg

Telefon: 040 2880364 0 | Fax: 040 2880364 29

E-Mail: buer@hag-gesundheit.de

Internet: www.hag-gesundheit.de

V.i.S.d.P.: Petra Hofrichter



Redaktion: Kerstin Andresen | Silke Bornhöft | Katharina Ehmann | Dörte Frevel | Maria Gies | Petra Hofrichter | Simone Nießlein | Lena-Katharina Oeltjen | Christine Orlt | Heidi Panhorst | Isabell Wesch

Beiträge: Silke Bornhöft | Sven Brandes | Melanie Dold | Dr. Barbara Junne | Alivia Killenberg | Prof. Dr. Petra Kolip | Dr. Claudia Pieper | Beate Proll | Prof. Dr. Wolfgang Schlicht | Martina Tallen | Prof. Dr. Gertrud Winkler

Koordination: Dörte Frevel

Satzerstellung: Christine Orlt

Druck: Drucktechnik

Auflage: 2500

ISSN: 1860-7276

Erscheinungsweise: 2 x jährlich (Mai und November)

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des/der Autor_in wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Fotos S. 2, 3 Heike Günther | S. 11 Matthias Piekacz |

S. 13 DKJS

Sie können StadtpunkteThema kostenlos bestellen: per Telefon, Fax oder E-Mail.

Die pausenlose Gesellschaft

Rafael Ball beleuchtet in seinem Buch „Die pausenlose Gesellschaft“ das sogenannte Zeitalter der digitalen Information und Kommunikation (ZdIK). Anhand anschaulicher Beispiele stellt er dar, wie die Digitalisierung unsere konkreten Lebenswelten beeinflusst. Zum einen geht es um die Erleichterungen im täglichen Leben, so können weltweit Nutzerinnen und Nutzer orts- und zeitunabhängig auf Wissenstools zurückgreifen und entscheiden, wie breit und wie tief sie sich informieren möchten. Zum anderen hat sich die Zeitstruktur – die des gesamten Lebens, die eines einzelnen Tages – verändert; alle Abläufe sind kontinuierlich, alles ist im Fluss, es gibt keinen determinierten Anfang oder ein determiniertes Ende mehr. Viele Menschen überfordert das Gefühl von „Zeitverdichtung“, sie befürchten bei der Vielzahl von Optionen etwas Wichtiges zu verpassen. Sehr anregend sind die vom Autor aufgeworfenen philosophischen Bezüge und seine Fokussierung auf grundlegende Fragestellungen. Dazu gehören Überlegungen, wie sich im ZdIK das Denken der Menschen verändert. Bei der Auswahl der Beispiele wird nicht immer deutlich, wieso gerade diese näher beleuchtet werden. Die Bewertung des Phänomens Big Data ist nicht ganz überzeugend, hier fehlt die Argumentationstiefe, die jedoch aufgrund der begrenzten Seitenzahl nicht abbildbar ist. Insgesamt bietet dieses Buch einen anregenden Einstieg für Personen, die sich bisher wenig mit dieser Thematik befasst haben oder für Lesende, die noch einmal durch die wissenschaftshistorische Betrachtung einen Perspektivwechsel vornehmen wollen.

Rafael Ball (2014). Die pausenlose Gesellschaft. Fluch und Segen der digitalen Permanenz. Stuttgart: Schattauer, 120 S., EUR 16,99. ISBN: 978-3-7945-3080-9

In Hamburg aktiv und gesund

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) macht sich für sozialogenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten stark. Sie arbeitet auf Grundlage der Ottawa Charta. Ihr Ziel ist, das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden der Hamburger Bevölkerung zu stärken.

Als landesweites Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung organisiert sie Netzwerke, koordiniert fachlichen Austausch, berät Institutionen, Einrichtungen und Initia-

tiven, bietet Qualifizierungsangebote, unterstützt Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, informiert zu aktuellen Fragen und fördert Projekte von Dritten.

Die HAG ist unabhängig und gemeinnützig. Ihre Arbeit wird finanziert aus Mitteln der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) sowie aus Projektmitteln von Krankenkassen (GKV) und anderen Trägern.

www.hag-gesundheit.de