NETE

NEtværk/Netzwerke - Transversal - Empowering



© Generative AI - stock.adobe.com

AI GENERATED

Gesundheit und Lebensqualität



IMPRESSUM

REDAKTION
Anke Rathert, Nicole Maas, Susanne Birck

Das Material basiert auf langjähriger Erfahrung und Kenntnissen im Bereich der deutsch-dänischen Zusammenarbeit. Die Texte wurden unter Verwendung der angegebenen Quellen sowie digitaler Nachschlagewerke als Hilfsmittel zur sprachlichen und inhaltlichen Optimierung und Strukturierung erstellt.

KONTAKT
Region Sønderjylland-Schleswig
Interreg-Projekt NETE
Lyren 1, 6330 Padborg, Danmark
projektnete@region.dk
Tlf. +45 74670501
www.projekt-nete.eu

DESIGN
FRESHKONZEPT GmbH
Maike Liepolt
Mühlendamm 21, 24937 Flensburg, Deutschland
m.liepolt@freshkonzept.de
Tlf. +49 461 8405235
www.freshkonzept.de

NETE Interreg
Kofinanziert von der Europäischen Union
Medfinansieret af Den Europæiske Union
Deutschland – Danmark
09/2026

INHALTSANGABE

4-5 ***Einleitung***

6-13 ***Das Gesundheitssystem in Dänemark***
Zuständigkeiten, Fachliche Struktur, Finanzierung
Welche Gedanken und Ideale liegen dem dänischen Gesundheitssystem zugrunde?
Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben im Zeitraum 2011-2023 im internationalen Vergleich

14-17 ***Beispiele aus der Praxis in Dänemark***
Der Hintergrund von Headspace
Was ist ein „frivilligcenter" (Freiwilligenzentrum)?
Der Gesundheitsstern - Ein didaktisches Modell für den Unterricht in Schulen

18-25 ***Das Gesundheitssystem in Deutschland***
Hohe Inanspruchnahme medizinischer Versorgung
Fachkräftemangel, Strukturprobleme und Qualitätsdruck
Behördliche Struktur im deutschen Gesundheitssystem
Kommunale Aufgabe: Gesundheitsämter in Deutschland

26-33 ***Beispiele aus der Praxis in Deutschland***
Das Gesundheitsamt des Kreises Ostholstein
Gesundheitsplanung
Die kommunale Gesundheitskonferenz
Betriebliches Gesundheitsmanagement im Kreis Ostholstein
Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
Präventionsprogramm Psychische Gesundheit in Grundschule
Präventionsprogramm zur psychischen Gesundheit in Schule „Verrückt? Na und!"
KISS (Kontakt- und Informations-Stelle für Selbsthilfegruppen) Lübeck

34-45 ***Interviews mit Fachkräften***
Interview Dr. Christoph Arndt
Perspektiven auf Gesundheit und Lebensqualität
Interview mit Florian Kliem, Klinikunterricht Lübeck
Interview mit Oliver Soyka, Fachklinik f. Junges Leben (Kinder- u. Jugendpsychiatrie)
junges schauspiel lübeck: Interview mit Katja Leistert, Michael Fuchs und Tobias Horstmann

46-49 ***Rehabilitation in Deutschland***
Reha-Kliniken in Deutschland: Struktur und Besonderheiten
Aktuelle Fakten zu Reha-Kliniken in Deutschland
Die größten Betreiber von Rehakliniken in Deutschland (Stand 2025)

50-51 ***Rehabilitation in Dänemark***
Beschreibung der Organisation der Rehabilitationsmaßnahmen in Kommunen und Regionen

52-53 ***Kontaktübersicht***

54 ***Verzeichnis der Abkürzungen/Glossar***



EINLEITUNG

Gesundheit und Wohlbefinden sind Grundpfeiler unseres täglichen Lebens – sie betreffen nicht nur den Körper, sondern auch Geist und Seele. Gerade in einer Zeit, in der Stress, Leistungsdruck und gesellschaftliche Herausforderungen zunehmen, gewinnt die Auseinandersetzung mit einem gesunden Lebensstil, präventiven Maßnahmen und individuellen wie gemeinschaftlichen Wegen des Wohlbefindens an Bedeutung.

Mit diesem Themenheft soll dazu beitgetragen werden, unterschiedliche Ansätze und Perspektiven auf den Themenkomplex Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden kennenzulernen. Es soll zum deutsch-dänischen Dialog anregen und gleichzeitig motivieren, deutsch-dänische Kooperationen aufzubauen und zu stärken.

Die Ostsee mit ihrer frischen Meeresluft, langen Sandstränden und weiten Naturlandschaften gilt seit Jahrhunderten als Ort der Erholung und Heilung – in Deutschland wie in Dänemark. Ostholstein setzt dabei auf Bäderkultur, Wander- und Radwege sowie regionale Gesundheitsangebote, wie etwa Kneipp-Kuren oder moderne Präventionskonzepte. Lübeck wiederum verbindet Geschichte und Kultur mit einer hohen Lebensqualität, die durch Trave, Wakenitz, die Ostsee, den Stadtwald und vielfältige Naturerlebnisräume geprägt wird.

Ein bewusster Blick auf die eigene Lebensweise

Im Süden der Region Sjælland zeigt sich ein ähnliches Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden. In Dänemark wird Gesundheit nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit gesehen, sondern als ein Zusammenspiel von körperlicher Aktivität, mentaler Gesundheit, sozialem Miteinander und Nähe zur Natur. Zahlreiche Radwege, Strände und Wälder laden zur Bewegung im Freien ein.



Auch in der Regionalpolitik wird großer Wert auf Prävention gelegt: Programme zur Förderung von gesunder Ernährung, Bewegung im Alltag und mentaler Gesundheit gehören zu den zentralen Bausteinen der Gesundheitsstrategien in der Region Sjælland. Darüber hinaus steht das dänische Hygge-Konzept sinnbildlich für eine Lebensweise, die Ruhe, Gemeinschaft und Achtsamkeit miteinander verbindet und damit zur allgemeinen Lebensqualität beiträgt. Trotz dieser Gemeinsamkeiten gibt es große Unterschiede zwischen dem deutschen und dem dänischen Gesundheitssystem, die im Folgenden beleuchtet werden.

Das Hygge-Konzept

Während Deutschland ein überwiegend beitragsfinanziertes System der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung bietet, das die Bürger:innen über individuelle Kassenwahl absichert, ist das dänische System durch Steuermittel finanziert und gewährt allen Bürgerinnen und Bürgern einen weitgehend kostenlosen Zugang zu medizinischer Versorgung.

Dieses Themenheft wurde im Rahmen des Teilziels 3 des deutsch-dänischen Interreg-Projekts NETE (NEtværk - Netzwerke Transversal - Empowering) entwickelt. Es soll Akteure der deutsch-dänischen Zusammenarbeit unterstützen und inspirieren.

EINLEITUNG

Ziel ist es, über Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beiden Gesundheitssysteme zu informieren und damit den Weg für einen Austausch zu ebnen.



© MD - stock.adobe.com (Flagge) + Chinnapong - stock.adobe.com (Personen)

Das Gesundheitssystem in Dänemark

Das dänische Gesundheitssystem ist in zwei Ebenen gegliedert:

- Die Primärversorgung, die den unmittelbaren Kontakt der Bürger:innen umfasst, z. B. Hausärzt:innen, Apotheken, häusliche Pflege, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Pflegeheime sowie Gesundheits- und Präventivangebote.
- Die Sekundärversorgung, die spezialisierte Angebote wie Krankenhausbehandlungen und Psychiatrie abdeckt.

Zuständigkeiten

Die Verantwortung für das Gesundheitssystem ist auf drei Verwaltungsebenen verteilt:

- Der Staat (Ministerium für Inneres und Gesundheit) legt die übergeordneten Rahmenbedingungen und politischen Ziele fest.
- Die Regionen betreiben und verwalten die Krankenhäuser sowie die spezialisierte Psychiatrie und sind für die Weiterentwicklung der fachlichen Gesundheitskompetenzen verantwortlich.
- Die Kommunen erbringen wohnortnahe Gesundheitsleistungen wie häusliche Pflege, Zahnpflege, Rehabilitation, Therapie bei Abhängigkeit und weitere lokale Präventionsangebote.

In Dänemark haben alle Personen, die akut schwer erkranken, das Recht auf eine kostenlose Behandlung im Krankenhaus. Das gilt auch für Gäste aus anderen Ländern.

Alle, die eine Aufenthaltserlaubnis haben und einen festen Wohnsitz in Dänemark besitzen, können das Gesundheitssystem frei nutzen. Die meisten Untersuchungen und Behandlungen sind kostenlos. Jede/r erhält von der Kommune eine Gesundheitskarte, die den Zugang zum Gesundheitswesen ermöglicht.

In Dänemark gilt das Hausarztprinzip, bei dem alle eine/n feste/n Ärztin/Arzt in Wohnortnähe wählen. Diese/r wird nicht nur bei Krankheit, sondern auch für Impfungen und verschiedenste Formen von Prävention kontaktiert. Die Hausärztin / der Hausarzt entscheidet, ob eine Überweisung zur Fachärztin / zum Facharzt oder ins Krankenhaus nötig ist.



© Anke Rathert

Staat	Regionen	Gemeinden	Privat
Folketing (dänisches Parlament)	Regionsrat	Gemeinderat	Fachorganisationen (z. B. PLO - Vereinigung d. praktizierenden Ärzt:innen)
Gesundheitsausschuss des Folketing	Gesundheitsausschuss	Fachausschüsse (z. B. Gesundheits- und Seniorenausschuss)	Interessensorganisationen, darunter Patient:innen-Vereinigungen usw.
Regierung	Vorsitzende:r des Regionsrats	Bürgermeister:in	Private Unternehmen, z. B. niedergelassene Ärzt:innen usw.
Gesundheitsminister:in usw.	Ausschussvorsitzende:r	Ausschussvorsitzende:r	Betrieb der privaten Unternehmen
Administrative Behörde:	**Administrative Behörde:**	**Administrative Behörde:**	
Ministerium für Gesundheit und Senioren	Verwaltung	Sozial- und Gesundheitsverwaltung	
Regulierung und Aufsicht	Betrieb von Krankenhäusern und anderen Institutionen	Betrieb kommunaler Gesundheitsangebote und -einrichtungen	
Patient:innensicherheit	Verwaltung d. Krankenversicherungssystems	Ausbildung	
Beratung, Methodenentwicklung usw.	Forschung und Lehre		
Forschung und Lehre			

Politische und administrative Behörden im Gesundheitswesen (inspiriert von Vallgarda & Krasnik 2016: 164) gesehen in: https://sundhedsvaesenetpaatvaers.digi.munksgaard.dk/?id=150: **Sundhedsvæsenets organisering og opgaver**



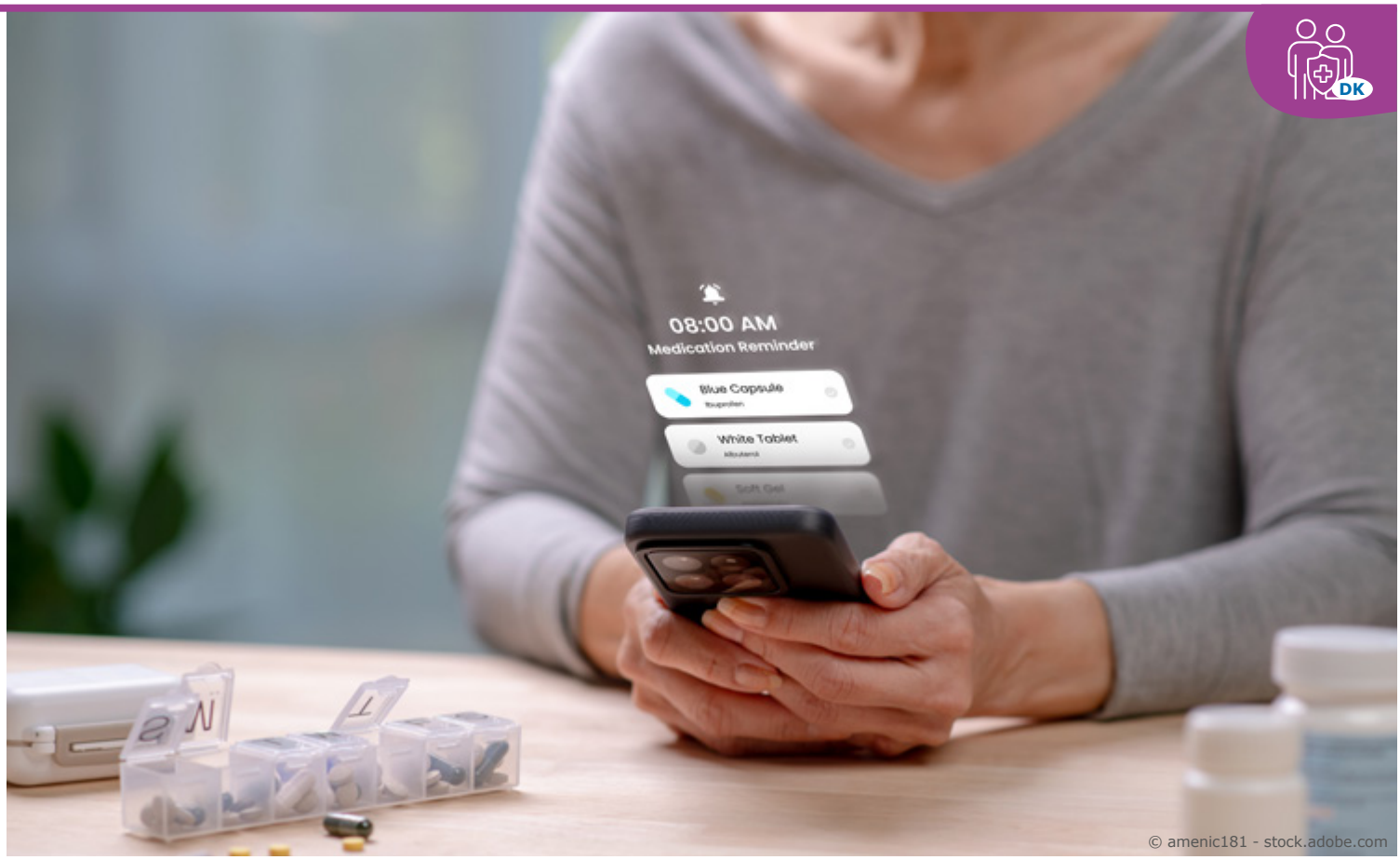
Finanzierung

Das Gesundheitssystem wird überwiegend durch Steuern finanziert. Der staatliche Finanzrahmen wird jährlich zwischen Ministerium, Regionen und Kommunen ausgehandelt – wobei Faktoren wie Bevölkerungsentwicklung, Krankheitslast und neue Medikamente berücksichtigt werden. Grundsätzlich bleibt das Budget aber streng gedeckelt, die Finanzierung ist zentral gesteuert.

Das Interesse des Staates an der Gesundheit der Bevölkerung reicht bis in die Mitte des 18. Jahrhunderts zurück, als man begann, eine gesunde und kräftige Bevölkerung als Voraussetzung für den Wohlstand eines Landes zu betrachten. Vielleicht gerade, weil das Gesundheitssystem heute ein so zentraler Bestandteil des dänischen Wohlfahrtsstaates ist, gibt es große Diskussionen, wenn das System versagt.

Der Mangel an Ärzt:innen und Pflegekräften nimmt zu, und der langwierige Streik des Pflegepersonals im Sommer 2021 hat den Pflegenotstand noch verschärft. Gleichzeitig steht das dänische Gesundheitssystem vor Herausforderungen durch eine wachsende Zahl älterer Bürger:innen, sowie steigende Ausgaben für neue Technologien, die wiederum neue Anforderungen an die Mitarbeitenden stellen.

Das dänische Gesundheitssystem machte im Jahr 2023 7,9 % des BIP aus, was etwa 102 Mrd. DKK pro Jahr bzw. 18.000 DKK pro Einwohner entspricht, wobei die Krankenhäuser mit rund 82 Mrd. DKK den größten Posten darstellen. Jährlich werden zwischen 600.000 und 700.000 diagnostische Behandlungsverläufe in der Somatik (körperliche Erkrankungen) begonnen, darunter viele strukturierte Behandlungsprogramme für Krebspatient:innen. Die Gesundheitsausgaben sind aufgrund einer alternden Bevölkerung und neuer Technologien gestiegen, was die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen erhöht.



© amenic181 - stock.adobe.com

Welche Gedanken und Ideale liegen dem dänischen Gesundheitssystem zugrunde?

Das dänische Gesundheitssystem hat in den letzten Jahren digitale Lösungen eingeführt, um den Kontakt zwischen Gesundheitswesen und Bürger:innen direkter zu gestalten, die Kommunikation zu optimieren und sicherzustellen, dass verschiedene Gesundheitsfachkräfte in unterschiedlichen Teilen des Systems die Krankengeschichte der Patient:innen kennen.

Dazu gehört u. a. **Medicinkortet.dk**, eine App, die Informationen über Rezepte und Medikamente sammelt und sowohl den einzelnen Patient:innen als auch dem medizinischen Fachpersonal einen Überblick darüber gibt, welche Medikamente in den letzten zwei Jahren verschrieben wurden.

Auch das IT-System **Sundhedsplatformen** sollte einen besseren Überblick ermöglichen und Wissen über den individuellen Behandlungsverlauf bündeln, um die Behandlung zu verbessern und die Arbeitsabläufe in den Krankenhäusern effizienter zu gestalten. Das neue System hat jedoch heftige Kritik ausgelöst – unter anderem, weil Patient:innen falsche Medikamentendosen erhalten haben, weil die Patient:innensicherheit durch fehlerhafte Datenspeicherung gefährdet ist und weil ohnehin stark belastetes Gesundheitspersonal nun noch mehr Informationen über die Patient:innen dokumentieren muss als zuvor.

Gleichzeitig werden digitale Lösungen von vielen als ein wesentlicher Teil der Antwort auf die großen Herausforderungen des Gesundheitssystems angesehen: bessere Koordination der Behandlung und optimale Nutzung der Ressourcen. Das ist besonders wichtig geworden, da heute viele Patient:innen gleichzeitig an mehreren Krankheiten leiden und deshalb mit verschiedenen Teilen des Gesundheitssystems in Kontakt stehen.



Das dänische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

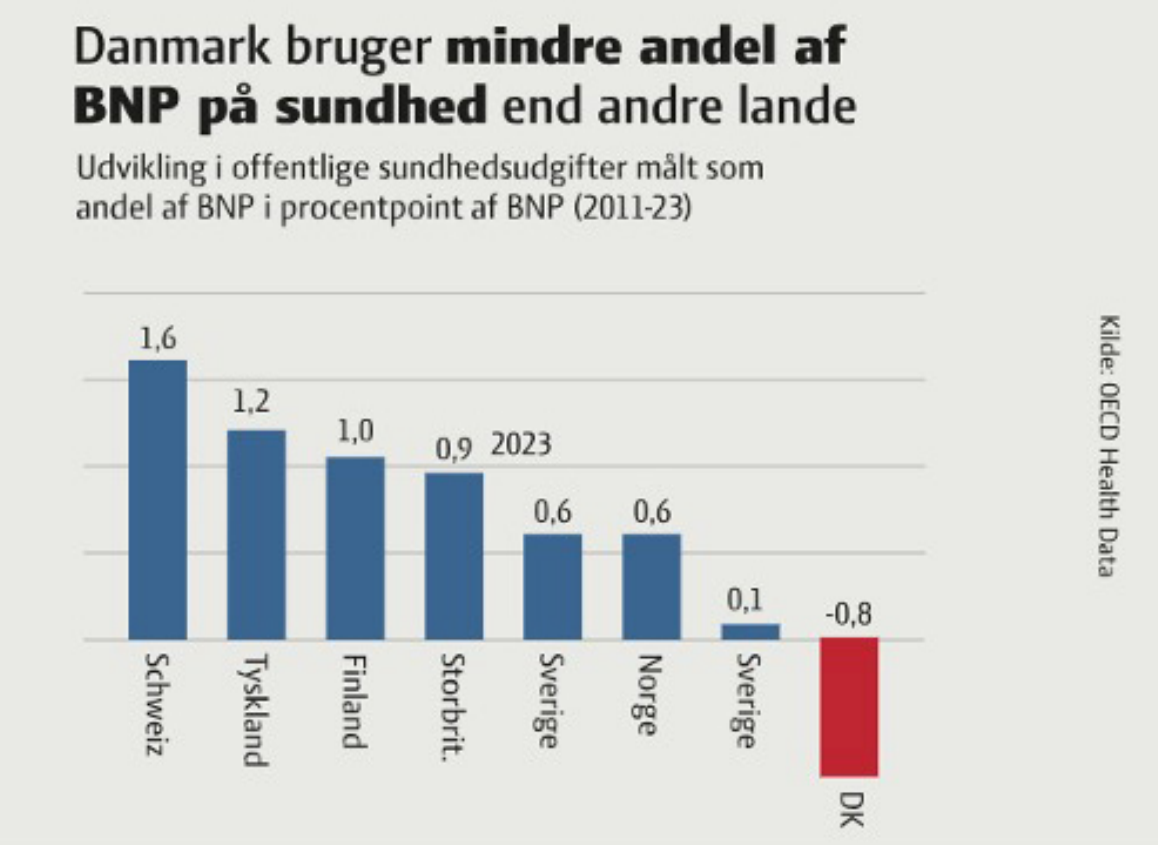
Das dänische Gesundheitssystem wird international in der Regel als sehr gut eingestuft, insbesondere in Bereichen wie Patient:innenrechte und Information, steht jedoch auch vor Herausforderungen, etwa bei den Wartezeiten in bestimmten Bereichen und einer im Vergleich zu vielen OECD-Ländern kürzeren durchschnittlichen Liegedauer.

Die Gesundheitsausgaben sind vergleichsweise hoch, insbesondere der öffentliche Anteil, werden jedoch in mancher Hinsicht effizienter eingesetzt als in anderen Ländern – beispielsweise durch eine durchschnittliche Liegedauer, die deutlich unter dem OECD-Durchschnitt liegt.

Dänemark verfügt über einen guten Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie eine hohe Zahl an Ärzt:innen und Pflegekräften, hat jedoch weiterhin Schwierigkeiten, Gesundheitspersonal zu halten und zu gewinnen, was zu einem wichtigen Handlungsfeld geworden ist.

Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben im Zeitraum 2011-2023 im internationalen Vergleich:

Dänemark gibt einen geringeren Anteil seines BNP für Gesundheit aus als andere Länder: Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben gemessen am BNP in Prozent vom BNP im Zeitraum 2011-23



https://www.regioner.dk/services/nyheder/2025/april/danmark-bruger-mindre-paa-sundhed-end-andre-lande/

Anteil der Arbeitnehmer:innen

Arbeitnehmer:innen zahlen in Dänemark keine Sozialabgaben, dafür jedoch hohe Steuern. Auf das jährliche Bruttoeinkommen entfielen 2021 im Schnitt 36 Prozent Abgaben – EU Spitzenwert und deutlich höher als in Deutschland. Der Staat deckt daraus den Großteil der Gesundheitskosten, zusätzliche Ausgaben tragen die Versicherten selbst. Darunter fallen vor allem Arzneimittel, Zahnbehandlungen oder Physiotherapie.

Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten liegt der Eigenanteil zwischen 15 und 50 Prozent, je nach Jahressumme der Ausgaben. Bis zu einem Schwellenwert von 1.075 DKK (etwa 144 Euro) erhalten Erwachsene keinerlei Erstattung. Private Zusatzversicherungen gewinnen zunehmend an Bedeutung: 42 Prozent der Bevölkerung haben inzwischen eine Police, meist bei dem gemeinnützigen Anbieter „Danmark". Am häufigsten versichert werden Zuzahlungen für Medikamente und zahnärztliche Leistungen.



Beitrag der Arbeitgeber

Anders als in vielen europäischen Nachbarländern zahlt in Dänemark nicht die Krankenkasse das Krankengeld, sondern zunächst der Arbeitgeber. Für die ersten 30 Krankheitstage übernimmt er die Lohnfortzahlung, danach treten die Kommunen ein und leisten weitere Zahlungen.

Die Rolle der Kommunen im dänischen Gesundheitssystem

In Dänemark spielen die Kommunen eine entscheidende Rolle im dänischen Gesundheitssystem. Die kommunalen Wohlfahrtsangebote umfassen Prävention, Rehabilitation und Pflege zu Hause sowie die Behandlung von beispielsweise Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Zahnpflege. Die Kommunen tragen dazu bei, Behandlung, Pflege und Fürsorge in der Nähe der einzelnen Bürger:innen sicherzustellen und diese in ihre Gesundheitsaufgaben einzubeziehen.

Im Rahmen der jüngsten Gesundheitsreform erhalten die Kommunen durch die neuen Gesundheitsräte mehr Einfluss, was eine stärkere Partnerschaft mit den Regionen bei der Weiterentwicklung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung schafft.

Die wohnortnahen Gesundheitsangebote in den Kommunen erfolgen oft in enger Zusammenarbeit mit sozialen Maßnahmen und werden unter anderem von Ärzt:innen, Krankenschwestern und -pflegern, Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Sozial- und Gesundheitsassistent:innen, Pflegehilfskräften u. v. m. erbracht.



Kommunale Aufgaben	Beschreibung
Rehabilitation	Die Kommunen sind verantwortlich für alle Rehabilitationsmaßnahmen, die nicht während eines Krankenhausaufenthalts stattfinden.
Kommunale Krankenpflege	Die Kommunen sind verantwortlich, allen Bürger:innen der Kommune nach Überweisung durch einen Arzt Krankenpflege anzubieten.
Kommunale Zahnversorgung	Die kommunale Zahnversorgung umfasst die Zahnbehandlung für Kinder und Jugendliche, Pflegezahnbehandlung sowie Spezialzahnbehandlung.
Prävention	Die Kommunen führen konkrete Präventionsmaß-nahmen in einer Vielzahl von Bereichen durch.
Alkoholbehandlung	Wenn jemand alkoholkrank ist, ist es Aufgabe der Kommune, eine Alkoholbehandlung anzubieten.
Behandlung von Drogenmissbrauch	Wenn jemand drogenabhängig ist, ist es Aufgabe der Kommune, medizinische Behandlung anzubieten.

Frei übersetzt von Anke Rathert, Quelle: Kommunale opgaver | Indenrigs- og Sundhedsministeriet
https://www.ism.dk/sundhed/sundhedsvaesenet/kommunale-opgaver (zuletzt gesehen: 02.10.2025)



© Katecat - stock.adobe.com

Beispiele aus der Praxis in Dänemark

Headspace

Headspace ist das größte landesweite zivilgesellschaftliche Angebot zur Prävention und Förderung der psychischen Gesundheit für junge Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahren, die Herausforderungen im Zusammenhang mit ihrer psychischen Gesundheit erleben:

Headspace ist ein Gesprächsangebot, das sich an dir und den Themen orientiert, über die du sprechen möchtest. Wir sind keine Psycholog:innen, glauben jedoch daran, dass du selbst am besten weißt, was du brauchst, und wir unterstützen dich, indem wir die richtigen Fragen stellen. Die meisten Berater:innen sind freiwillig tätig, kommen aus allen Altersgruppen, engagieren sich leidenschaftlich für die Hilfe und hören ohne Vorurteile zu.

Alle Berater:innen erhalten Schulungen in Gesprächstechniken und rechtlichen Grundlagen, und wir unterstützen die Vermittlung zu anderen Angeboten, falls nötig. Headspace ist von „Radgivnings-Danmark" akkreditiert, und wir begleiten die Gesprächsverläufe genau, um sicherzustellen, dass sie wirksam sind. Die Beratung ist gesundheitsfördernd und präventiv - wir sind hier, um zuzuhören.

Der Hintergrund von Headspace

Headspace kam 2013 nach Dänemark, nach australischem Vorbild.

Die ersten zaghaften Schritte zur Gründung von Headspace Dänemark wurden auf dem jährlichen Psychiatriegipfel des Psychiatrienetzwerks 2011 unternommen, dessen Thema „Jugendliche und psychisches Wohlbefinden" war. Hier nahm Nick Prendergast, Leiter von Headspace in Melbourne, Australien, teil und stellte den 1.000 Teilnehmern des Gipfels die australische Jugendberatung Headspace vor.

Zwei Jahre später entstand Headspace Dänemark als Initiative unter dem Verein „Det Sociale Netværk" (Das soziale Netzwerk), und die ersten sechs Headspace-Zentren wurden 2013 in Dänemark eröffnet.

Die Headspace-Zentren werden von einer lokalen Zentrumsleitung geführt, die häufig 2–3 Zentren betreut. Jedes Zentrum wird von einem kleinen Team bezahlter Jugendberater:innen betrieben, die Unterstützung von zahlreichen Freiwilligen erhalten, die alle eine interne Ausbildung bei Headspace durchlaufen haben. Die Kommunen, die Headspace mitfinanzieren, stellen eine verantwortliche Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter im Zentrum, ebenso wie die meisten Regionen einen Mitarbeitenden aus der Psychiatrie an die Zentren binden.

Diese Konstruktion stellt sicher, dass stets eine Person aus Kommune oder Region verfügbar ist, die bei Bedarf eine Brücke zu anderen Angeboten schlagen kann.

Wir sind jemand zum Reden	Junge Menschen kommen freiwillig zu Headspace, um ihre Herausforderungen zu teilen, und unsere Beratung wird von Freiwilligen geleitet. Die doppelte Freiwilligkeit schafft ein einzigartiges Zusammentreffen von Menschen.
Wir arbeiten nach den Vorrausetzungen der Jugendlichen	Die Jugendlichen bestimmen, worüber das Gespräch handeln soll. Wir begegnen ihnen mit Neugier, Respekt und Fürsorge und nehmen uns die Zeit, die sie brauchen.
Nichts ist zu groß oder zu klein	Alle Jugendlichen sind willkommen, egal, womit sie kämpfen. Wir helfen, Vertrauen zu anderen Angeboten aufzubauen, wenn sie mehr als nur Gespräche bei uns brauchen.
Wir arbeiten übergreifend und handeln gemeinsam	Wir arbeiten mit Kommunen, Regionen, Unternehmen und Vereinen zusammen, um das Wohlbefinden der Jugendlichen zu fördern und sicherzustellen, dass sie schnell die richtige Hilfe erhalten.
Unsere Arbeitsprozesse dienen den Jugendlichen	Alles, von der Einrichtung der Zentren bis zur Verwaltung der Beratung, soll es den Jugendlichen erleichtern und beschleunigen, Hilfe zu bekommen.
Fokus auf Beratung und Supervision	Alle Gespräche werden von Berater:innen geführt, um Qualität und Unterstützung sicherzustellen. Die Berater:innen erhalten laufend Supervision und Beratung, um zu lernen, sich weiterzuentwickeln und ihre Arbeit zu reflektieren.
Fokus auf Bildung	Alle bei Headspace erhalten Schulungen in Gesprächstechniken und rechtlichen Grundlagen. Über unser Lernportal, Headspace Academy, werden sie kontinuierlich aktualisiert und teilen Erfahrungen.
Fokus auf Brückenbau	Wenn Jugendliche mehr als Headspace benötigen, helfen wir ihnen weiter. Viele Zentren arbeiten eng mit kommunalen und regionalen Angeboten sowie freiwilligen Organisationen zusammen.

Frei übersetzt von Anke Rathert, Quelle: https://headspace.dk/hvad-er-headspace/ - Headspaces værdier (zuletzt gesehen: 02.10.2025)



© aFotostock - stock.adobe.com

Was ist ein „frivilligcenter“ (Freiwilligenzentrum)?

Ein Freiwilligenzentrum ist eine lokale Anlauf- und Vernetzungsstelle für ehrenamtliches soziales Engagement. Es wird in der Regel als gemeinnütziger Verein oder als selbstständige gemeinnützige Einrichtung geführt und bietet Fortbildungen, fachliche Beratung sowie Räumlichkeiten für freiwilliges Engagement an.

Ein Freiwilligenzentrum setzt sich dafür ein,

- das bestehende, freiwillige Engagement zu unterstützen, sichtbar zu machen und zu inspirieren sowie neue Initiativen in Gang zu bringen,
- mehr Freiwillige zu mobilisieren und es leichter zu machen, freiwillig tätig zu werden und Hilfe in den freiwilligen Vereinen zu finden,
- eine ganzheitlichere soziale Arbeit zu ermöglichen, indem bessere Netzwerke und Zusammenarbeit über die verschiedenen Vereine hinweg sowie zwischen Vereinen, Kommune oder anderen relevanten Partnern geschaffen werden, sodass Arbeit koordiniert und Erfahrungen geteilt werden können,
- auf freiwillige soziale Arbeit aufmerksam zu machen und diese zu diskutieren, um die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für freiwilliges soziales Engagement zu sichern und zu verbessern.

Ein Freiwilligenzentrum bietet unter anderem:

- Vereinsunterstützung und Beratung zu Vereinsführung und -entwicklung – zum Beispiel Beratung und Austausch zu Fundraising, Rekrutierung und Bindung von Freiwilligen,
- Unterstützung neuer Initiativen, indem neuen Vereinen Büroräume und Hilfe bei Satzungen, Fundraising usw. angeboten werden,
- Vermittlung von Freiwilligenjobs: Sichtbarmachung der freiwilligen Arbeit und Unterstützung für Menschen, die eine ehrenamtliche Tätigkeit suchen,
- Bereitstellung von Besprechungsräumen und Einrichtungen für Vereine und Projekte,
- Sichtbarmachung der Angebote von Vereinen, z. B. durch Veröffentlichung eines Überblicks über lokale Vereine oder Organisation verschiedener Sichtbarkeitsveranstaltungen,
- Vereinsservice in Form praktischer Hilfe, z. B. beim Kopieren, Erstellen eines Flyers, Aufbau einer Webseite, Korrekturlesen eines Projektantrags oder Vermittlung von Ansprechpartnern in der Kommune oder in einem Verein,
- Kurse, Workshops und Themenschwerpunkte für Freiwillige zu bereichsübergreifenden Themen wie Fundraising, Rekrutierung oder Gesprächstechniken,
- Koordination und Abstimmung freiwilliger Initiativen durch Bildung und Moderation von Netzwerken, Zusammenarbeit und Erfahrungsaustausch.

Die Zentren werden vom Staat finanziert und erhalten einen kommunalen Zuschuss. Da sie als freiwillige soziale Vereinigung gelten, können sie darüber hinaus Mittel aus privaten und öffentlichen Fonds beantragen.

Der Gesundheitsstern - Ein didaktisches Modell für den Unterricht in Schulen:

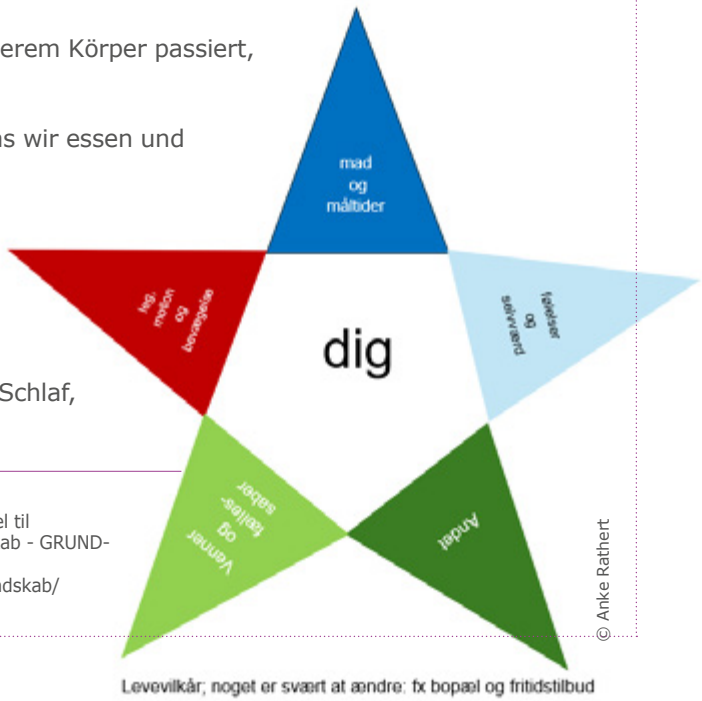
Der Gesundheitsstern ist ein didaktisches Modell, welches das breite und positive Gesundheitsverständnis veranschaulicht. Das Modell bietet sowohl Schüler:innen als auch pädagogischem Personal die Möglichkeit, einen fokussierten Ausgangspunkt und eine gemeinsame Sprache zu haben, wenn sie zum Thema Gesundheit arbeiten. Der Gesundheitsstern zeigt auf, was die Gesundheit des Einzelnen beeinflussen kann.

Im Zentrum des Sterns steht das Individuum – der/die einzelne Schüler:in. In der äußersten Umgebung rund um den Stern befinden sich die Lebensbedingungen. Sie setzen den Rahmen für die Ausgangslage des Individuums. Lebensbedingungen sind grundlegende Voraussetzungen für unsere Gesundheit, die oft – besonders für Kinder – schwer zu verändern sind. Dazu gehören beispielsweise der Wohnort oder die Möglichkeit, Hobbys und Freizeitaktivitäten auszuüben.

Der Stern selbst hat fünf Spitzen, und jede Spitze symbolisiert einen Lebensstilfaktor, der die Gesundheit des Individuums beeinflusst. Die verschiedenen Lebensstilfaktoren wirken aufeinander ein, weshalb alle fünf Faktoren wichtig sind.

Die fünf Lebensstilfaktoren sind:

- **Freunde und Gemeinschaften,** die davon handeln, wie wir miteinander umgehen und uns miteinander fühlen.
- **Spiel, Bewegung und Sport,** die zeigen, was in unserem Körper passiert, wenn wir uns bewegen.
- **Essen und Mahlzeiten,** die sich darauf beziehen, was wir essen und trinken – allein oder zusammen mit anderen.
- **Gefühle und Selbstwertgefühl,** die bedeuten, dass wir uns selbst gut fühlen müssen, um gesund zu sein.
- **Andere.** Dieses Feld umfasst Lebensstilfaktoren, die nicht in die anderen Kategorien passen, zum Beispiel Schlaf, Hygiene und Naturerlebnisse.



Frei übersetzt von Anke Rathert, Quelle: Sundhedsstjernen – en didaktisk model til sundhedsundervisningen - Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab - GRUNDSKOLE | Emu.dk
https://emu.dk/grundskole/sundheds-og-seksualundervisning-og-familiekundskab/sundhed-og-trivsel/sundhedsstjernen (zuletzt gesehen: 02.10.2025)

Quellen:

https://www.bundestag.de/resource/blob/1009972/d007f86fa1d5f44d68e477d47890e60a/WD-8-034-24-pdf.pdf
https://www.aok.de/pp/hintergrund/europa/daenemark/
https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/Det-danske-sundhedsvaesen
https://faktalink.dk/emner/det-danske-sundhedsvaesen
https://socialogsundhedshjaelperensrolle.ibog.gyldendal.dk/?id=144
https://sundhedsvaesenetpaatvaers.digi.munksgaard.dk/?id=150
https://www.sst.dk/da/udgivelser/2010/Det-danske-sundhedsvaesen-i-internationalt-perspektiv
https://www.regioner.dk/services/nyheder/2025/april/danmark-bruger-mindre-paa-sundhed-end-andre-lande/
https://www.ism.dk/sundhed/sundhedsvaesenet/kommunale-opgaver
https://www.sst.dk/~/media/854AC8DAC16A4D3BBF2F177F691BA798.ashx: sundhed i kommunen – nye opgaver og muligheder
https://headspace.dk/hvad-er-headspace/
https://frivilligcentret.dk/aktiviteter/nyhedsarkiv.html?view=article&id=844:hvad-er-et-frivilligcenter&catid=8
https://emu.dk/grundskole/sundheds-og-seksualundervisning-og-familiekundskab/sundhed-og-trivsel/sundhedsstjernen



© MD - stock.adobe.com (Flagge) + Chinnapong - stock.adobe.com (Personen)

Das Gesundheitssystem in Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem zählt im europäischen Vergleich zu den zugänglichsten und leistungsstärksten – und bleibt zugleich eine Großbaustelle mit wachsenden Herausforderungen. Kein anderes Land der EU investiert so viel in medizinische Versorgung, Personal und Infrastruktur. Mit über 4,5 Ärzt:innen und 12 Pflegekräften pro 1.000 Einwohner, sowie knapp 8 Krankenhausbetten pro 1.000 Bürger:innen, liegt Deutschland weit über dem Mittelwert seiner Nachbarn. Das Grundprinzip besteht im dualen Versicherungssystem aus gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV), das fast die gesamte Bevölkerung abdeckt.

Hohe Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Die freie Arztwahl und der umfassende Leistungskatalog, verbunden mit Eigenanteilen an den Gesundheitskosten, sorgen für eine hohe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Deutsche gehen fast doppelt so häufig zum Arzt wie Franzosen und werden vergleichsweise oft stationär aufgenommen. Der Zugang zu medizinischer Versorgung ist relativ gut. Die Selbstverwaltung durch Kassen, Ärzt:innen und Krankenhäuser garantiert einen gewissen Standard und Gestaltungsspielraum – der Staat setzt lediglich den Rahmen.

Fachkräftemangel, Strukturprobleme und Qualitätsdruck

Doch das System stößt an seine Grenzen. Die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung erschwert die Koordination. Chronisch kranke Menschen werden oft nicht optimal betreut, und regionale Unterschiede führen zu Versorgungslücken gerade bei Hausärzt:innen und Pflegekräften. In vielen ländlichen Gemeinden herrscht eine zu geringe Hausarztdichte, Facharztpraxen nehmen oft keine neuen Patient:innen mehr auf. Der hohe Fachkräftemangel und die Arbeitslast sind spürbar; Deutschland ist Spitzenreiter bei Routine-Operationen wie Gelenkersatz, aber die Versorgungsqualität bei komplexen Diagnosen hinkt teils hinterher. Reformbedarf besteht nicht zuletzt bei der Vergütung – pauschale Abrechnungssysteme setzen die Krankenhäuser unter Kostendruck, was sich auf die Qualität der Behandlung auswirkt.

Reformbedarf für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem steht für Sicherheit, Vielfalt und einen nahezu garantierten Zugang zu medizinischer Versorgung. Die strukturellen Herausforderungen – von der Dualität der Versicherungen bis zum Wandel in Prävention, Fachkräfte und Integrationsgrad – verlangen jedoch Reformen, damit die Balance zwischen Leistungsstärke und Gerechtigkeit auch in Zukunft erhalten bleibt.

Bürgerversicherung als alternatives Modell?

Das deutsche Krankenversicherungssystem steht seit Langem im Zentrum politischer Auseinandersetzungen. Umstritten sind sowohl die parallele Existenz von gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) als auch die Finanzierungsweise der GKV. Die historisch gewachsenen Strukturen werden dabei von Kritikern als ungerecht beurteilt, während Befürworter sie konsequent verteidigen.

Zentrale Kritikpunkte betreffen die Verteilungs- und Gerechtigkeitsdefizite. Ein häufig genannter Einwand gegen das Nebeneinander von GKV und PKV lautet, dass privat Versicherte nicht zum solidarischen Finanzausgleich beitragen, obwohl sie im Durchschnitt über ein höheres Einkommen verfügen als gesetzlich Versicherte (Rothgang & Domhoff, 2017). Hinzu kommt eine Risikoselektion zulasten der GKV: Versicherte mit Vorerkrankungen, chronischen Risiken oder Familienpflichten wählen in aller Regel die GKV, da sie in der PKV Risikozuschläge bezahlen bzw. jedes Familienmitglied gesondert versichern müssten. Gleichzeitig führt die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV dazu, dass Besserverdienende geringer belastet werden als Pflichtversicherte.

Ein weiteres Ungleichgewicht ergibt sich aus den Regeln der Beitragsfinanzierung der GKV. Beiträge orientieren sich allein am Bruttoeinkommen aus abhängiger Beschäftigung; Einkünfte aus Kapitaleinnahmen oder Vermietung bleiben unberücksichtigt. Für Versicherte mit solchen Zusatzeinkünften fließt also nur ein Teil ihres Gesamteinkommens in die Beitragsberechnung ein.

Als Lösung wird vielfach die Einführung einer Bürgerversicherung diskutiert. Sie beruht auf zwei Grundelementen:

- Alle Einwohnerinnen und Einwohner würden nach denselben Regeln in einer gemeinsamen Versicherung abgesichert. Damit fielen die Versicherungspflichtgrenze für Gutverdienende und die Sonderzugangsrechte von Beamten und Selbstständigen weg.
- Neben Arbeitseinkommen würden auch andere Einkunftsarten, etwa Kapital- oder Mieteinnahmen, in die Beitragskalkulation einbezogen.



© Brian Jackson - stock.adobe.com

Eine Bürgerversicherung könnte so bestehende Ungleichheiten bei Finanzierung und Leistungszugang abbauen. In Verbindung mit einer Anhebung oder gar Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze bestünde zudem das Potenzial, die Beitragssätze für viele Versicherte deutlich zu senken. Die konkrete finanzielle Wirkung hinge jedoch maßgeblich von der detaillierten Ausgestaltung ab.

Gegner halten dieser Idee entgegen, dass die PKV die GKV bereits heute entlaste und damit systemstabilisierend wirke. Darüber hinaus wird die Existenz der PKV nicht selten als Ausdruck individueller Freiheitsrechte und pluraler Gesellschaft verstanden (Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag, 2018).

- **Deutschland gab 2022 etwa 12,7% seines BIP für Gesundheit aus, Dänemark etwa 9,5%.**
- **Deutschland hat die dritthöchsten Gesundheitsausgaben weltweit (nach USA und Kanada).**
- **Dänemark hat im EU-Vergleich durchschnittliche Gesamtausgaben, aber relativ hohe Ausgaben pro Kopf.**
- **Beide Systeme sind vor allem steuerfinanziert, wobei Dänemark weniger private Krankenversicherungen nutzt.**

Quellen und weiterführende Links:

https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/PDF_Dokumente/2021/210628_Einfu__hrung_einer_Solidarischen_Gesundheits-_und_Pflegeversicheru..._ohne_k.pdf
https://www.bundestag.de/resource/blob/1009972/d007f86fa1d5f44d68e477d47890e60a/WD-8-034-24-pdf.pdf
https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2024/heft/8/beitrag/die-lage-im-deutschen-gesundheitswesen.html
https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/hilfe-und-ansprechpartner/gesundheitssystem
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/Das-deutsche-Gesundheitssystem_bf.pdf
https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2024-04/gesundheitswesen-deutschland-europa-vergleich.html
https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/549730/ausgaben-und-finanzierung-des-gesundheitssystems/



Bereich	Deutschland	Dänemark
Finanzierung	Sozialversicherung (Beiträge, GKV & PKV)	Steuerfinanziert – keine Sozialversicherungsbeiträge
Versicherung	Pflicht oder freie Kassenwahl	Automatisch staatlich bei Wohnsitz
Zugang	Alle Versicherten; PKV bietet Zusatzleistungen	Alle gemeldeten inkl. Immigranten; Notfallversorgung extra Programm
Krankenhäuser/Klinikzentren	Viele verschiedene Häuser	18 konzentrierte Zentren nach Reform
Digitalisierung	Mittelmäßig, oft Insellösungen	Zentrale digitale Patientenakte, hohe Digitalisierung
Behandlungspfad	Freie Arztwahl, keine Pflicht zum Hausarztmodell	98% wählen Hausärztin/Hausarzt, Zuweisung zu Spezialisten üblich
Zusatzversicherungen	Viele Anbieter, z. B. Zahn, Krankenhaus, Chefärztin/Chefarzt etc.	Meist eine Non-Profit (Danmark); 42% mit Zusatzschutz
Zuzahlungen	Zähne, Brillen, Medikamente, Alternativmedizin nach Tarif	Zahn, Brille, Medikamente – meist freiwillig versichert
Krankengeld	Arbeitgeber zahlt 6 Wochen, danach Krankengeld über die Krankenkasse	Arbeitgeber zahlt 1. bis 30. Tag, dann Gemeinde
Durchschnittl. Gesundheitskosten p. P.	4.931 EUR	4.365 EUR
Lebenserwartung (Neugeborene)	81,1 Jahre	80,7 Jahre
Kindersterblichkeit (<5 Jahre)	4 pro 1000	4 pro 1000

Stand: 2021: Quelle: https://wise.com/de/blog/gesundheitssystem-daenemark

Behördliche Struktur im deutschen Gesundheitssystem

Die Behörden im deutschen Gesundheitssystem übernehmen zentrale Aufgaben der Steuerung, Überwachung, Gesetzgebung und Prävention, um die Gesundheit der Bevölkerung zu sichern und weiterzuentwickeln.

Aufgaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

- **Entwicklung von Gesetzesentwürfen und Rechtsverordnungen:** Das BMG gestaltet die Rahmenbedingungen und Vorschriften für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung sowie für die Gesundheitsförderung und Prävention.
- **Patientenschutz und Wirtschaftlichkeit:** Sicherung der Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems, Förderung der Patient:inneninteressen, Qualitätssicherung und Kosteneffizienz.
- **Aufsicht und Koordination:** Das Ministerium beaufsichtigt nachgeordnete Bundesbehörden wie das Robert Koch-Institut (RKI), das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Aufgaben auf Landes- und Kommunalebene

- **Landesministerien und Landesämter:** In jedem Bundesland ist das jeweilige Gesundheitsministerium oberste Landesgesundheitsbehörde; darunter stehen Landesämter für Gesundheit, zuständig für regionale Gesundheitsüberwachung und Koordination.
- **Gesundheitsämter:** Diese übernehmen auf kommunaler Ebene die Überwachung der Hygiene in öffentlichen und privaten Einrichtungen (z. B. Schulen, Pflegeheime), führen Vorsorgeuntersuchungen durch und beraten Bürger:innen bei Gesundheitsfragen wie Infektionen, Epidemien und Präventionsmaßnahmen.
- **Aufklärung, Prävention und Beratung:** Zu den Aufgaben zählen Impfangebote, Umweltmedizin, Suchtberatung, Netzwerkarbeit und Schulprojekte. Sie schulen gastronomisches Personal, überwachen die Einhaltung von Hygienestandards und stellen Gesundheitszeugnisse aus.

Kontrolle und Überwachung

- **Infektionsschutz und Hygienekontrolle:** Gesundheitsämter sind für den Infektionsschutz (z. B. Ausbruchsmanagement, Meldesysteme, Hygienemaßnahmen) sowie für die Überwachung von Trinkwasser, Lebensmitteln und medizinischen Einrichtungen zuständig.
- **Berufsaufsicht:** Behörden übernehmen die Aufsicht und Zulassung von Gesundheitsberufen und überwachen medizinische Einrichtungen sowie Arzneimittel- und Gefahrstoffverkehr.

Insgesamt umfasst das behördliche System im deutschen Gesundheitssystem die Gesetzgebung, Überwachung, Prävention, Beratung und Aufklärung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, mit klaren Zuständigkeiten für alle Bereiche der öffentlichen Gesundheit und individuellen Versorgung.

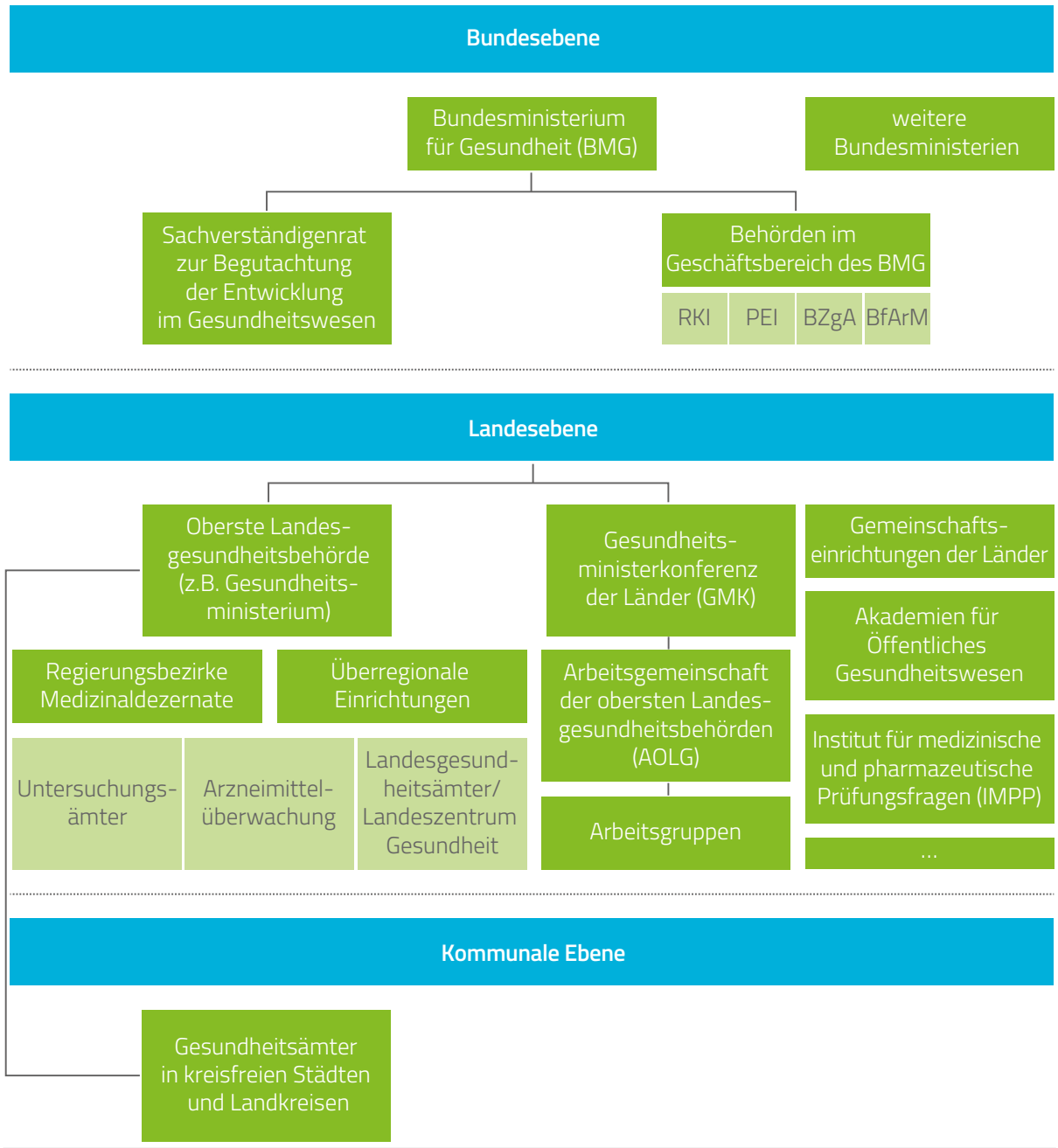
Quellen und weiterführende Links:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html
https://reimbursement.institute/glossar/bmg-bundesministerium-fuer-gesundheit/
https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/251818/wichtige-akteure-im-deutschen-gesundheitswesen-teil-1-staat-und-politik/
https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/Beta-Buch/docs/readydocument-5.html.html
https://www.sgd.de/magazin/leben-lernen/ratgeber/gesundheit-und-soziales/gesundheitsamt-bundesamt-fuer-gesundheit-lageso-welches-amt-macht-eigentlich-was.html


© Andy Dean - stock.adobe.com

„Gesundheitswesen aktuell 2021 – Struktur dt. Gesundheitswesen Bund Land Kommune“

von Dagmar Starke und Laura Arnold



Anmerkung: eigene erweiterte Darstellung nach Nagel 2013

Quelle:
https://www.bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2021/GWA%202021%20Starke.pdf



© Garun Studios - stock.adobe.com

Kommunale Aufgabe: Gesundheitsämter in Deutschland

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene verankert. Auf kommunaler Ebene zählen hierzu rund 400 Gesundheitsämter, die grundsätzlich eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung vor Ort einnehmen könnten.

In der Praxis wird dieses Potenzial jedoch häufig nicht ausgeschöpft, da der ÖGD infolge langjährigen Personalabbaus und einer starken Fokussierung auf hoheitliche Überwachungsaufgaben nur eingeschränkt als Träger von Gesundheitsförderung wirksam wird. Mit dem Präventionsgesetz (2015), dem Leitbild für einen modernen ÖGD (2018) sowie dem im Kontext der Corona-Pandemie verabschiedeten Pakt für den ÖGD (2020) eröffnen sich jedoch neue Möglichkeiten, die gesundheitsfördernde Ausrichtung des ÖGD auf kommunaler Ebene zu stärken.

Kommunale Gesundheitsämter in Deutschland haben vielfältige Aufgaben und Arbeitsfelder, die der Sicherstellung des öffentlichen Gesundheitswesens dienen. Zu den zentralen Aufgaben gehören der Infektionsschutz, inklusive Meldewesen, Ausbruchsuntersuchungen und Kontaktpersonenmanagement, sowie die hygienische Überwachung von Einrichtungen wie Krankenhäusern, Schulen und Schwimmbädern. Sie erstellen außerdem amtsärztliche Gutachten und Stellungnahmen für soziale, gerichtliche und medizinische Behörden.

Darüber hinaus engagieren sich die Gesundheitsämter stark in der Gesundheitsförderung und Prävention, etwa durch Impfangebote, Beratung zu Kindergesundheit, Sucht und psychischer Gesundheit, sowie die Durchführung von lokalen Gesundheitsprojekten und -aktionen. Sie beobachten und bewerten auch umweltbezogene Einflüsse auf die Gesundheit und arbeiten in Netzwerken zur Suchtprävention, psychischen Gesundheit und anderen Themen mit. Zudem beraten sie politische Gremien zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen und tragen zur kommunalen Gesundheitsplanung bei. Insgesamt decken sie sowohl bevölkerungspräventive als auch individuelle und ordnungsbehördliche Aufgaben ab, um die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und zu fördern.

Quellen:

https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/OeGD/chapter_5.html
https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/
https://www.sgd.de/magazin/leben-lernen/ratgeber/gesundheit-und-soziales/gesundheitsamt-bundesamt-fuer-gesundheit-lageso-welches-amt-macht-eigentlich-was.html
https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/OeGD/chapter_2.html
https://www.bioeg.de/was-wir-tun/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd/
https://kommunalwiki.boell.de/index.php/Gesundheitsamt


© Carl-Jürgen Bautsch - stock.adobe.com

Beispiele aus der Praxis in Deutschland

Das Gesundheitsamt des Kreises Ostholstein

Das Gesundheitsamt im Kreis Ostholstein, auch als Fachdienst Gesundheit bezeichnet, hat vielfältige Aufgaben, die auf die Förderung gesunder Lebensverhältnisse, den Schutz vor Gesundheitsrisiken und den Schutz der Allgemeinheit vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen abzielen.

Zu den zentralen Aufgaben gehören:

- Durchführung amtsärztlicher Untersuchungen, einschließlich der Einschulungsuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen.
- Kontrolle der Badegewässerqualität sowie Überwachung des Trinkwassers.
- Beratung und Prävention im Bereich Infektionsschutz, einschließlich der Bekämpfung meldepflichtiger Krankheiten und Infektionsschutzbelehrungen.
- Impfberatung und Durchführung von Impfungen.
- Beratung und Betreuung im Bereich sexuell übertragbarer Infektionen und HIV.
- Überwachung und Erlaubnisverfahren im Gesundheitsbereich, wie die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde und Überwachung von Tätigkeiten mit Krankheitserregern.
- Sozialpsychiatrische Dienste mit Beratung und Hilfe bei psychischen Erkrankungen, Suchtproblemen, und Unterbringung psychisch Kranker.
- Jugendärztlicher Dienst mit Gesundheitsuntersuchungen, Impfberatung, und Begutachtung von Kindern und Jugendlichen.
- Heimaufsicht hinsichtlich Pflege, Hygiene, ärztliche Versorgung, Personal und bauliche Gegebenheiten.
- Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung im Kreisgebiet.
- Umweltbezogener Gesundheitsschutz, insbesondere Überwachung von Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Schwimmbädern, Kurorten, Campingplätzen und ähnlichen Einrichtungen.

Damit sichert das Gesundheitsamt eine umfassende Gesundheitsversorgung und -überwachung im Kreis Ostholstein und wirkt präventiv zum Schutz der Bevölkerung.

Gesundheitsplanung

Aufgabe der Gesundheitsplanung ist es, die gesundheitliche und soziale Versorgung von bestimmten Bevölkerungsgruppen, wie zum Beispiel Kindern, über vermehrte Koordination und Kooperation vor Ort zu verbessern. Hierfür müssen nachhaltige Strukturen auf- oder ausgebaut werden.

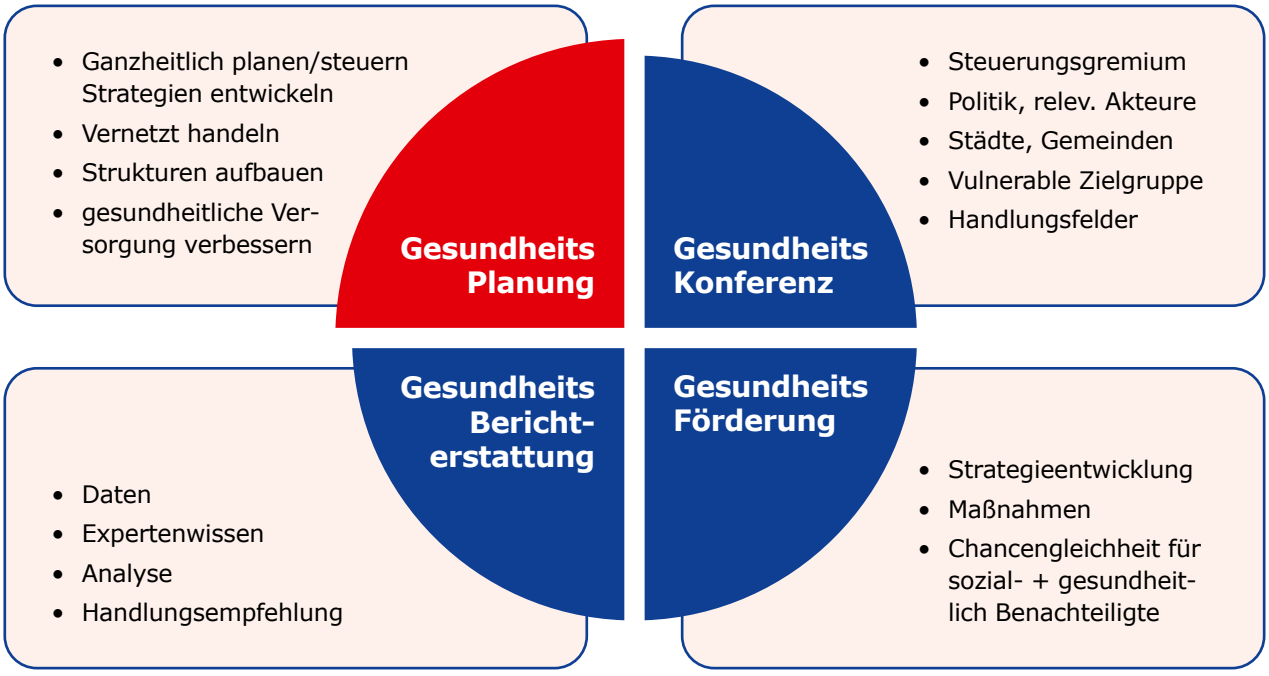
Die Aufgabe der Gesundheitsförderung ist gesetzlich verankert. Das Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG Gesundheitsdienstgesetz) schreibt vor, dass die Kreise und kreisfreien Städte sicherstellen, dass in den Planungen und Maßnahmen auch in den Bereichen Siedlungsentwicklung, Wohnen, Schule, Jugend, Menschen im Alter, Verkehr, Umwelt, Arbeitswelt und Soziales, die Ziele des Öffentlichen Gesundheitsdienstes angemessen berücksichtigt werden.

Die kommunale Gesundheitskonferenz

Die Gesundheitskonferenz ist ein „Bündnis für Gesundheit". Sie wirkt als Steuerungs- und Koordinierungsgremium, in dem die relevanten Akteure, Entscheidungs- und Kostenträger im Kreis Ostholstein Strategien, Ziele, Empfehlungen und Maßnahmenprogramme zur Gesundheitsförderung erarbeiten, welche über das „Prinzip Selbstverpflichtung" umgesetzt werden. Die Empfehlungen werden in die politischen Gremien des Kreises (Kreistag und Fachausschüsse) eingebracht.

Auf der Grundlage von Daten und Fakten sowie von Expertenbefragungen trifft die Gesundheitskonferenz Entscheidungen. Deshalb wird auf eine fundierte Bestandsaufnahme mit Darstellung und Analyse der Problemlage Wert gelegt.

Die Gesundheitsbedarfe der jeweiligen Bevölkerungsgruppe stehen im Fokus. Damit die Umsetzung relativ reibungslos laufen kann und nicht an zu hohen Zielen scheitert, sollen nur Ideen umgesetzt werden, die mit den vorhandenen Ressourcen der Akteure machbar sind. Die Maßnahmen werden abgestimmt, mehr auf Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten und sind niedrigschwellig. Erfahrungen, insbesondere im ländlich-strukturierten Nordkreis, zeigen, dass Angebote, die zur Zielgruppe kommen, eher angenommen werden, als solche, die aktiv aufgesucht werden müssen.



Quelle Text und Grafik: Kreis Ostholstein
Kontakt: Gesundheitsplanung und Gesundheitskonferenz im Kreis Ostholstein
Ansprechperson: Maren Rohr, m.rohr@kreis-oh.de

Betriebliches Gesundheitsmanagement im Kreis Ostholstein

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Kreis Ostholstein besteht aus 3 Säulen.



Säule 1: Arbeitsschutz/ Sicherheit und Gesundheit

Das Thema Arbeitsschutz umfasst folgende Themen: Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz, Unfallverhütung und menschengerechte Arbeitsgestaltung, Analyse von arbeitsbedingten Unfall- und Gesundheitsgefahren, Gefährdungsbeurteilung.

Säule 2: Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist Aufgabe des Arbeitgebers mit dem Ziel, Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten einer Dienststelle möglichst zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz des betroffenen Beschäftigten im Einzelfall zu erhalten.

Säule 3: Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle präventiven Maßnahmen, die die Gesundheit der Mitarbeiter:innen und ihr Wohlbefinden bei der Arbeit verbessern. Sie verfolgt das Ziel, gesunde Mitarbeiter in einem gesunden Unternehmen zu beschäftigen. Handlungsfelder sind z.B. Bewegung, Ernährung, Stress, Sucht, Führung.

Im Kreis Ostholstein werden verschiedene Angebote für die Mitarbeitenden vom Gesundheitsmanagement koordiniert, z. B. Progressive Muskelentspannung, Yoga, Evermood (externe Plattform für psychische Gesundheit), mobile Massage, Systemisches Gesundheitscoaching und Nordic Walking. Zudem kooperiert der Kreis Ostholstein mit externen Sport- und Gesundheitszentren wie z. B. Fitnessstudios.

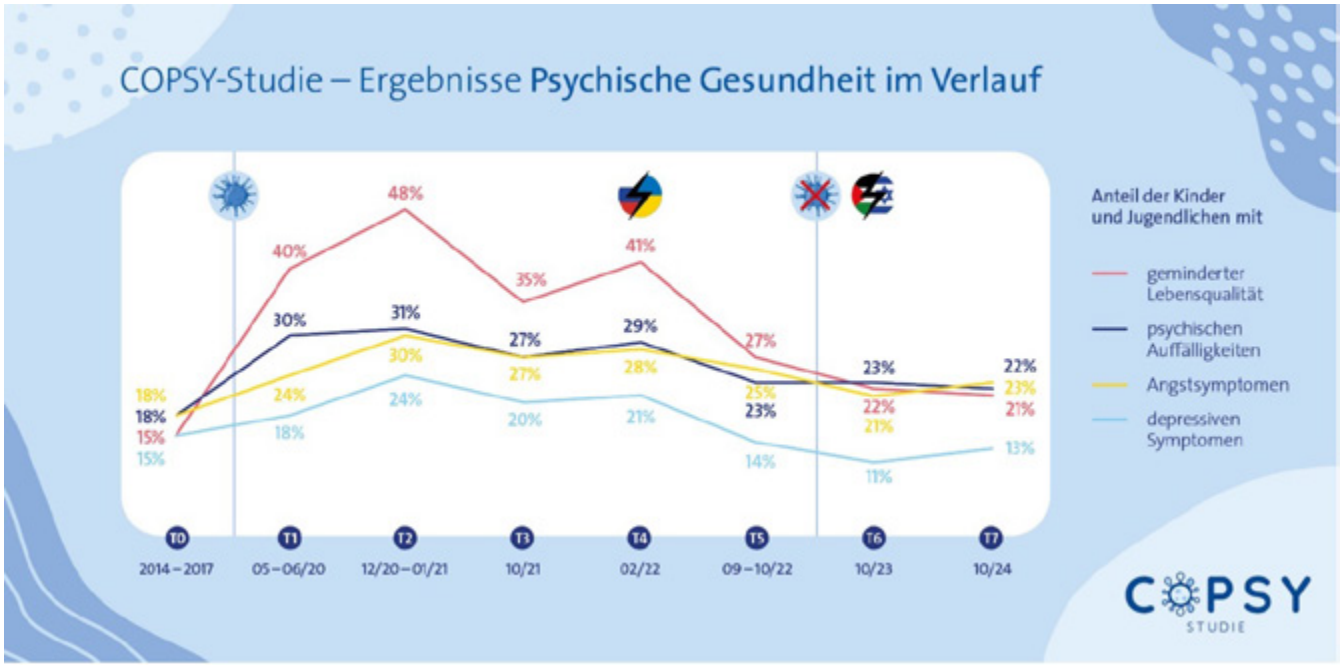
Kontakt: Betriebliches Gesundheitsmanagement im Kreis Ostholstein
Ansprechperson: Kirsten Karrock, k.karrock@kreis-oh.de

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Seit der Corona-Pandemie hat sich der Handlungsbedarf zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen weiter verstärkt.

Durch reduzierte Sozialkontakte und Schulschließungen während der Corona-Pandemie sind Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Erkrankungen im Schulalter gestärkt worden, die in ihrer Wirkung immer noch anhalten, wie aktuelle Ergebnisse der COPSY[1]-Studie 2024 des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)[2] belegen:

Nach einer leichten Verbesserung des psychischen Wohlbefindens der Kinder und Jugendlichen nach der Pandemie 2023 sank im Herbst 2024 der Anstieg. 21 Prozent der jungen Menschen und damit fünf Prozent mehr im Vergleich zur Vor-Corona-Zeit berichten von einer anhaltenden Beeinträchtigung der Lebensqualität, 22 Prozent leiden weiterhin unter psychischen Auffälligkeiten. Vor allem die Kriege in der Ukraine und im Nahen Osten, wirtschaftliche Unsicherheiten und der Klimawandel bereiten den Kindern und Jugendlichen Sorgen.

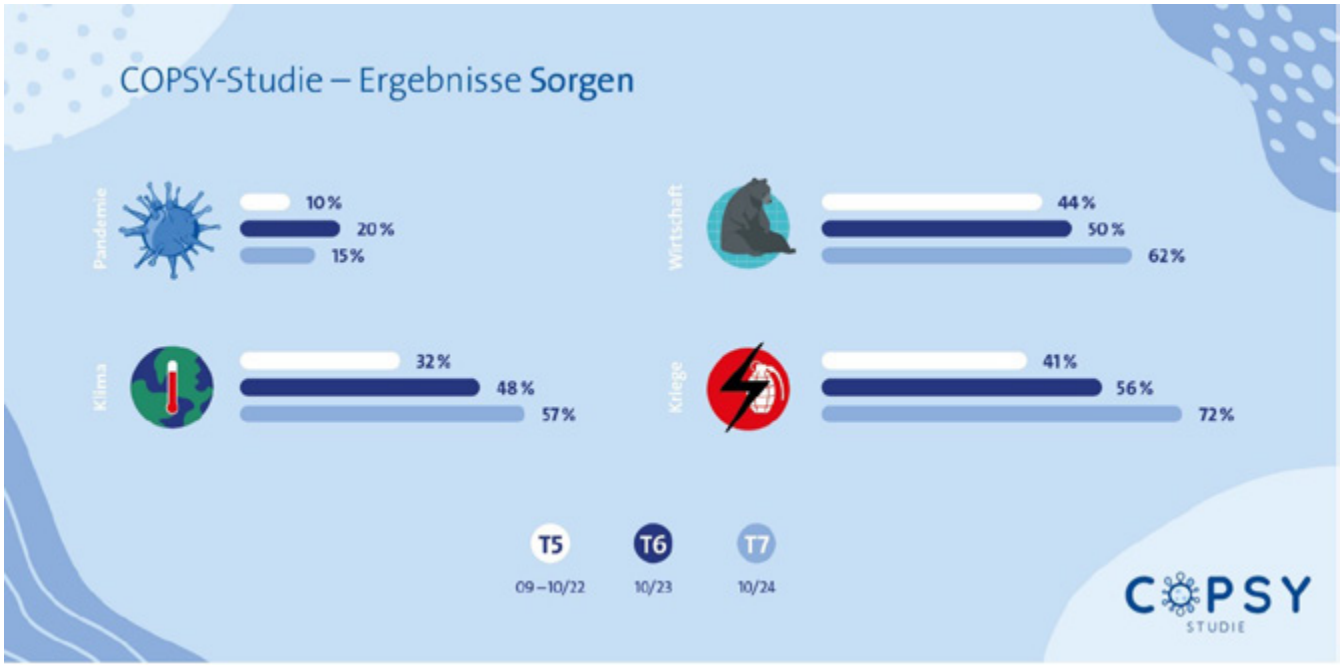


© COPSY-Studie (COrona und PSYche) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)

Quellen:

[1]COPSY steht für COrona und PSYche

[2]COPSY-Studie, Pressemitteilung UKE, 04.12.2024:
https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_160448.html



© COPSY-Studie (COrona und PSYche) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)

Im Kindergesundheitsbericht 2024[3] steht das Thema SCHULE & GESUNDHEIT im Fokus mit Themenfeldern wie u.a. Bewegung, Ernährung, psychosomatische Beschwerden, psychische Gesundheit, Zahngesundheit, Schulgesundheits-fachkräfte und die Diskussion um ein Schulfach Gesundheit. In Schleswig-Holstein gibt es Schulgesundheitsfachkräfte an dänischen Schulen sowie als Projekt an einigen Startchancen-Schulen.

Fast ein Viertel aller Schüler:innen verfügt über zu wenig Wissen im Bereich Gesundheit. Dabei bieten besonders Schulen ein wichtiges Setting zur nachhaltigen und effektiven Stärkung der Gesundheitskompetenz.

Präventionsprogramm Psychische Gesundheit in Grundschule

Das Lübecker Projekt „Psychische Gesundheit an Grundschulen" setzt frühzeitig in der Grundschule an, um ein gesundes Aufwachsen zu unterstützen.

Ziel ist vorrangig die Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Familien sowie die Prävention psychischer und Sucht Erkrankungen. Personale und soziale Kompetenzen der Kinder werden gefördert, Resilienzfaktoren durch positive Gemeinschaftserlebnisse gestärkt. Ein weiteres Ziel ist die Antistigma-Arbeit in Schule, die durch die Beschäftigung mit dem Tabuthema psychische Erkrankung sowohl bei Schüler:innen und Eltern als auch bei in Schule Beschäftigten erreicht wird.

Kontakt: Hansestadt Lübeck, Bereich Schule und Sport, Abteilung Bildungsmanagement
Ansprechperson: Nicole Maas, nicole.maas@luebeck.de

Quellen:

[3]Kindergesundheitsbericht der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie mit der Stiftung Kindergesundheit: https://www.kindergesundheit.de/Die-Stiftung/Kindergesundheitsberichte/Kindergesundheitsbericht_2024.php



Zur **Zielgruppe** zählen insbesondere Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern sowie Kinder, deren Entwicklung beeinträchtigt erscheint oder die sozial isoliert sind. Weitere Zielgruppen sind Eltern und Erziehungsberechtigte sowie multiprofessionelle Teams in Schule.

Die Projektdurchführung erfolgt durch „DIE BRÜCKE Lübeck und Ostholstein gGmbH", „KinderWege gGmbH" und die Hansestadt Lübeck mit Finanzierung über ein Bündnis aus Krankenkassen und dem Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein über 4 Jahre.

Das Präventionsangebot umfasst folgende Bausteine:

1. Angebot zur Stressresilienz in der Schulklasse

Jährlich werden 5 Schulen mit einem Schultag für alle 3. Klassen angesprochen, insgesamt ca. 15 Schultage pro Jahr. Über die gesamte Programmlaufzeit in 4 Jahren werden 20 Schulen erreicht.

2. Gruppenangebot für Grundschüler:innen

Die Gruppenangebote richten sich an Schüler:innen, die wenig Unterstützung im familiären Umfeld erfahren und wenig Anbindung an Institutionen haben. Inhaltlich stehen die gemeinsame Freizeitgestaltung, verbunden mit einer positiven sozialen Interaktion sowie individuelle Beratung zu familiär belasteten Situationen im Mittelpunkt.

3. Informations- und Beratungsangebote für Eltern

Die Eltern im Gruppenangebot werden über Elternabende einbezogen. Zusätzlich werden an der Schule Themenelternabende z. B. zum Umgang mit Medien, Erziehung etc. in Zusammenarbeit mit der Schulsozialarbeit angeboten.

4. Fortbildungen und Fachtage für das multiprofessionelle Team in Schule (Lehrkräfte, Schulsozialarbeit, Schulbegleitung, Ganztag)

Fortbildungen werden für das gesamte multiprofessionelle Team, bestehend aus Schulleitung, Lehrkräften, Schulsozialarbeit, Ganztagskräften und Schulbegleitungen, an jährlich ca. 3 Schulen durchgeführt.

5. Austausch im Netzwerk psychische Gesundheit in Lübeck mit Einbindung lokaler Akteure

Für die Netzwerkarbeit mit Lübecker Institutionen sowie mit den jeweiligen Akteuren rund um Schulen stehen ebenfalls Stunden zur Verfügung. Im Runden Tisch „Psychische Gesundheit an Lübecker Schulen" und in der Steuerungsgruppe PsyGeSchuL (Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen in der Stadt Lübeck) tauschen sich Fachkräfte regelmäßig aus.

Kontakt: Hansestadt Lübeck, Bereich Schule und Sport, Koordination Übergang Schule-Beruf
Ansprechperson: Diana Bauder, diana.bauder@luebeck.de



Präventionsprogramm zur psychischen Gesundheit in der Schule „Verrückt? Na und!"

„Verrückt? Na und!" ist ein Präventionsprogramm von Irrsinnig Menschlich e.V. und Modellprojekt für die Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele „Gesund aufwachsen" und „Depressive Erkrankungen verhindern". Das Programm wird seit über zwanzig Jahren an über 80 Standorten in 12 Bundesländern angeboten, darüber hinaus in Österreich, Tschechien und der Slowakei.

Das Programm „Verrückt? Na und!" wird durch DIE BRÜCKE Lübeck und Ostholstein mit Finanzierung u.a. durch die Hansestadt Lübeck angeboten und richtet sich an Schülerinnen und Schüler ab der 8. Schulklasse und ihre Lehrkräfte. Ziel ist es, ein Bewusstsein für eine frühzeitige Auseinandersetzung mit psychischer Gesundheit zu schaffen. Das bedeutet: Ängste und Vorurteile zum Thema psychische Krankheiten abzubauen, Zuversicht und Lösungswege in Krisen zu vermitteln und Wohlbefinden und Resilienz zu fördern.

Gestaltet wird der „Verrückt? Na und!"-Schultag von einem Tandem: Fachkräfte mit psychologischem Hintergrund und Menschen, die selbst eine psychische Krankheit erfahren haben. Sie besuchen jeweils zu zweit Schulklassen, um sich mit ihnen und ihren Lehrkräften offen über Fragen zur psychischen Gesundheit auszutauschen.

Die Schüler:innen erfahren, wie sich eine Depression oder eine Psychose anfühlen, wo es Hilfe gibt und was sie selbst, Freund:innen, Eltern und Lehrkräfte tun können. Die starke Wirkung des Schultags entsteht insbesondere durch die Begegnung mit Menschen, die psychische Krisen gemeistert haben.

Typische Themen sind: Leistungsdruck, Mobbing, Trennung der Eltern, Krankheit in der Familie, Süchte, Zukunftssorgen. Die Schultage werden in Gesprächen mit den Lehrkräften und Schulsozialarbeiter:innen vor- und nachbereitet, dabei wird auf die individuelle Situation in der jeweiligen Klasse eingegangen.

Links und Kontakt:
https://www.die-bruecke.de/familienhilfe/angebot-fuer-schulen/
https://www.irrsinnig-menschlich.de/psychisch-fit-schule/
DIE BRÜCKE Lübeck und Ostholstein gGmbH, Leitung Familienhilfen
Ansprechperson: Wiebke Sonnenberger, w.sonnenberger@die-bruecke.de



KISS (Kontakt- und Informations-Stelle für Selbsthilfegruppen) Lübeck

KISS Lübeck bietet Beratung und Informationen zu Angeboten der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in Lübeck und ist vernetzt zu weiteren Kontaktstellen in Schleswig-Holstein.

Ziel von KISS ist die Verbreitung und Förderung des Selbsthilfegedankens im sozialen und gesundheitlichen Bereich. Hierzu zählt auch die Öffentlichkeitsarbeit sowie Aktionen für die Gestaltung eines selbsthilfefreundlichen Klimas in der Gesellschaft.

Zur Zielgruppe gehören Selbsthilfegruppen, Initiativen, Bürger:innen und Fachkräfte aus psychosozialen und gesundheitlichen Arbeitsfeldern. KISS berät zum Angebot der Selbsthilfegruppen in und um Lübeck und unterstützt bestehende sowie neue Selbsthilfegruppen in Lübeck.

In Zusammenarbeit mit weiteren Selbsthilfekontaktstellen in Schleswig-Holstein wurde die App „Selbsthilfe Schleswig-Holstein" eingeführt, um die Selbsthilfe weiter zu stärken.

In einem Kinospot gibt es einen kurzen Einblick in das Thema Selbsthilfegruppen:
https://www.youtube.com/watch?v=H23e9_BBTqc

Weitere Informationen:
Infos zu Selbsthilfegruppen: http://www.selbsthilfe-sh.info/
App: https://appack.de/portal/advertise/embed-frame-v2/selbsthilfe-sh
KISS: https://kiss-luebeck.de/ Ansprechperson: Dr. Kirstin Hartung, kiss-luebeck@kinderwege.de



Interview Dr. Christoph Arndt

Gespräch über die Gesundheitssysteme in Deutschland und Dänemark aus der Perspektive eines Arztes, der beide Systeme aus eigener Erfahrung kennt und deren Entwicklungen einordnen kann.

Dr. Christoph Carl Arndt absolvierte sein Medizinstudium an der Universität zu Lübeck und ließ sich in Kiel zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie zum Facharzt für Handchirurgie ausbilden. Nach einer Tätigkeit in Flensburg wechselte er vor 19 Jahren als Oberarzt an das Regionskrankenhaus in Slagelse. Dort arbeitet er bis heute im Handchirurgischen Zentrum. Durch seine langjährige Berufserfahrung in beiden Ländern kennt er die Unterschiede zwischen dem deutschen und dem dänischen Gesundheitssystem aus erster Hand.

Sie haben in Deutschland Medizin studiert, dort Ihre Facharztausbildung absolviert und sind dann als Oberarzt nach Dänemark gegangen. Was war damals der ausschlaggebende Grund für diesen Schritt?

Es waren zwei Gründe, die letztlich zu dem Entschluss nach Dänemark zu gehen, geführt haben: Nach einer Umstrukturierung und Zusammenlegung von zwei Abteilungen an den beiden Flensburger Krankenhäusern waren die Arbeitsbedingungen zunehmend unattraktiv geworden. Ich hatte kaum noch Zeit für meine junge Familie mit drei Töchtern, war morgens schon losgefahren, ehe sie aufwachten und kam abends nur nach Hause, um sie ins Bett zu bringen. Und oft hatte ich an jedem zweiten Wochenende Sonnabend und Sonntag einen 12-Stunden-Dienst. Ich hatte Sorge, dass unsere Familie an diesen Bedingungen kaputt gehen würde.

Der zweite Grund war, dass unsere Kinder in den dänischen Kindergarten gingen, und wir wollten unseren Kindern gerne auch weiterhin die Zweisprachigkeit und die Offenheit für unterschiedliche Kulturen vermitteln. Die Kombination beider Gründe hat dann zur Stellensuche in Dänemark geführt.

Sie leben und arbeiten seit 19 Jahren in Dänemark. Wie verfolgen Sie heute die Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem, damit Sie beide Systeme überhaupt vergleichen können?

Ich habe weiterhin guten Kontakt mit meinen deutschen Freunden aus Studienzeiten. Sie arbeiten sowohl als Hausärzte, als Oberärzte an Krankenhäusern oder auch als Professoren an Forschungseinrichtungen. Auf diese Weise erfahre ich einen guten Querschnitt dessen, was im deutschen Gesundheitswesen passiert. Und ich halte mich natürlich auch in den

deutschen Nachrichten orientiert über die politischen Entscheidungen, die für das dortige Gesundheitswesen getroffen werden.

Wenn Sie an Ihren Arbeitsalltag denken: Was war für Sie der größte Unterschied zwischen einem deutschen und einem dänischen Krankenhaus?

Ein dänisches Krankenhaus arbeitet papierlos und vollkommen digital. Die Vernetzung aller öffentlichen Krankenhäuser macht es möglich, quer durchs Land Röntgenbilder und Krankenakten einzusehen, zu lesen und mit den Kollegen zu diskutieren. Keine Zettelwirtschaft. Wie sehr war ich überrascht, erst kürzlich in einem deutschen Krankenhaus zu sehen, dass dort noch immer ein Visitenwagen mit den Patientenmappen durch die Zimmer geschoben wird und handschriftliche Einträge gemacht werden.

Wo erleben Sie die größten Unterschiede in der Behandlung der Patientinnen und Patienten – etwa bei Entscheidungswegen, Kommunikation oder Erwartungen?

Der Fokus, mit dem man die Behandlung eines Patienten angeht. Der Patient wird mehr „an die Hand genommen" und es gibt klare Zuständigkeiten, wer sich wie um den einzelnen Patienten kümmert. Man schaut in Dänemark, wie man den Patienten möglichst effizient so versorgen kann, dass er eine suffiziente Versorgung bekommt, dabei bekommt er nicht unbedingt das aufwändigste Therapieangebot. Für eine fachlich qualifizierte Behandlung schickt man den Patienten auch mal zum Nachbarkrankenhaus oder fragt dort um Rat, denn die Krankenhäuser sind im öffentlichen Gesundheitswesen ohnehin alle vernetzt, helfen einander und stehen nicht in Konkurrenz zueinander. Die einzelnen Spezialabteilungen sind auf die Zusammenarbeit mit den Kollegen der Nachbarkrankenhäuser eingestellt. Aus der fehlenden Konkurrenz zwischen den einzelnen Krankenhauskonzernen ergeben sich sowohl für den Patienten als auch für die Ärzteschaft Vorteile.

Der Patient wird mehr an die Hand genommen

Allerdings bedeutet dieser Fokus auch, dass die Behandlungen in Dänemark nur auf dem Niveau durchgeführt werden, auf das man sich im Gesundheitswesen festgelegt hat. Diese Standards sichern eine weitgehend gleiche Behandlung im gesamten Land, nehmen den Patienten aber auch die Möglichkeit, neue oder alternative Behandlungen zu bekommen, die noch nicht offiziell ins Behandlungsrepertoire aufgenommen sind aber vielleicht bereits an einigen Privatkliniken angeboten werden. Deutschen Patienten bieten sich da mehr Möglichkeiten.

Wie unterscheiden sich die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte? Denken Sie an Hierarchien, Verantwortung, Bürokratie oder die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.

Flachere Hierarchien mindern die Hemmung, bei älteren Kollegen, um Rat zu fragen. Außerdem liegt ein großer Fokus auf „Trivsel", der dänische Begriff für Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Persönlichen Wünschen bezüglich der Arbeitszeit wird nach Möglichkeit entgegengekommen. In Dänemark wird mehr darauf fokussiert, die zu erledigenden Aufgaben innerhalb der Arbeitszeit zu schaffen. Niemand wird schief angesehen, wenn Dinge, die nicht akut sind, gegebenenfalls bis zum nächsten Tag liegen bleiben.

In beiden Ländern wird über Personalmangel und steigende Kosten diskutiert. Wo sehen Sie die größten Stärken und Schwächen des dänischen beziehungsweise des deutschen Systems?

Dänemarks Stärken: „Opgaveglidning", das Delegieren von Zuständigkeiten. Ärztliche Aufgaben werden in zunehmendem Maße von speziell weitergebildeten Krankenschwestern und Röntgenassistenten übernommen, um ärztliche Arbeitskraft freizugeben für andere Aufgaben. Funktioniert das? Ja! Work-Life-Balance lässt die Rekrutierung von Personal zu, das mit maßgeschneiderten Arbeitszeiten engagiert mitarbeitet, anstatt sich eventuell sogar aus dem Gesundheitswesen zurückzuziehen. Dänemark hat außerdem die Krankenhauslandschaft vor ca. 15 Jahren mit einem ganzheitlichen landesweiten Krankenhausplan neu strukturiert und in neue Krankenhäuser investiert. Es hat damit eine zukunftssichere Versorgung mit modernen Kliniken aufgebaut, die sich am berechneten Bedarf orientiert.

Dänemarks Schwächen: Schwierigkeiten und Probleme bei der Anerkennung internationaler Abschlüsse. Die Facharztausbildung einer finnische Kollegin wurde beispielsweide in Dänemark nicht anerkannt, weil sich der Ausbildungsweg zu dieser Facharztausrichtung in Finnland und Dänemark unterscheidet. Leider ist man in Dänemark in diesen

Interview Dr. Christoph Arndt: Fortsetzung von Seite 35

Fällen nicht bereit, unbürokratische Lösungen zu finden. Noch komplizierter wird es bei Abschlüssen aus Nicht-EU-Staaten. Das führt zu der skurrilen Situation, dass ein Slowene oder ein Kroate seinen Facharzt leichter anerkannt bekommt als ein Serbe oder ein Bosnier, obwohl alle damals unter gleichen Bedingungen in Ex-Jugoslawien studiert haben. Der neue Krankenhausplan bedeutet eine Konzentration von Krankenhäusern auf die größeren Städte – dies bedeutet für die Landbevölkerung oft lange Wege, um zum nächsten Krankenhaus zu kommen.

Deutschlands Schwäche: Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen

Deutschlands Stärken: Mehr Offenheit gegenüber ausländischen Mitarbeitern in der Bevölkerung. Größere Bereitschaft, unbürokratische Lösungen zu finden, um Mitarbeitern eine Arbeitserlaubnis zu erteilen.

Deutschlands Schwäche: Die deutschen Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen lassen internationale Bewerber in zunehmendem Maße einen Bogen um Deutschland schlagen.

Die deutsche Gesundheitspolitik verliert sich in parteibezogenen Grabenkriegen, statt dringendste Probleme zu lösen. Wenn ein Kompromiss ausgehandelt wird, wird dieser verwässert und es dauert lange, bis Beschlüsse in die Tat umgesetzt werden. Hier zeigt die dänische Regierung - egal in welcher Zusammensetzung - einen weniger ideologischen Pragmatismus, der zu Lösungen führt, die dann auch zeitnah umgesetzt werden. Eine grundlegende Umstrukturierung und kostensenkende Konzentration von Krankenhäusern scheitert in Deutschland am lokalpolitischen Lobbyistentum. Wenn man darauf setzt, dass die Krankenhauslandschaft sich durch Konkurrenz und Marktwirtschaft von alleine regelt, vergibt man die Chance, die Verteilung der medizinischen Versorgung für die Bevölkerung optimal mitzugestalten.

Gab es etwas im dänischen Gesundheitswesen, das Sie anfangs überrascht oder sogar irritiert hat – und das Sie heute für selbstverständlich halten?

Hier möchte ich gleich zwei Dinge nennen: Die visitierte Notaufnahme. „Visitiert" bedeutet, dass man im Notfall eine zentrale Nummer anruft, die einem mitteilt, zu welcher Notaufnahme man sich begeben soll oder ob ein Besuch beim hausärztlichen Notdienst ausreichend ist. Manchmal werden kleinere Probleme auch direkt am Telefon gelöst. Das entlastet das akute System ungemein. Diese Hotline ist mit erfahrenen Krankenschwestern besetzt, die auf diese Weise den Patientenstrom in die richtigen Bahnen lenken. Ist die Notaufnahme in der einen Stadt stark überlastet und in der Nachbarstadt sind noch freie Kapazitäten, so kann man Patienten, die sich zwischen den beiden Städten befinden, mal in die eine oder mal in die andere Richtung schicken. Auch kann man Patienten mit spezielleren Problemstellungen gleich zu dem Krankenhaus lotsen, an dem sich die entsprechenden Spezialabteilungen befinden, um von vornherein eine optimale Behandlung einleiten zu können. Über dieses Wissen verfügt der Notfallpatient in der Regel ja nicht. In Deutschland suchen Patienten in der Regel das nächste, aber nicht unbedingt das für ihren speziellen Notfall am besten geeignete Krankenhaus auf. Viele kommen auch in die Notaufnahme mit Problemstellungen, die der hausärztliche Notdienst leicht hätte lösen können.

In Dänemark herrsch ein Vertrauen der Menschen untereinander, dass einen als Deutschen beinahe überrascht: Gerade die in Deutschland neu losgetretene Diskussion um eine ärztliche Krankmeldung des Arbeitnehmers vom ersten Tag an zeigt einen tiefen kulturellen Unterschied. In Dänemark braucht es keine ärztliche Krankschreibung, eine Mitteilung beim Arbeitgeber, dass man krank ist, reicht. Und wenn man sich wieder gesund fühlt, gibt man am Vortag einfach Bescheid, dass man morgen wieder kommt. Sollte der Arbeitgeber eine ärztliche Krankschreibung wünschen, dann kann er sie auf seine Kosten beim Hausarzt des Mitarbeiters beantragen. Das ist aber unüblich, denn man vertraut sich. Längere Krankzeiten werden von den Kommunen behandelt und kontrolliert, die auch für die Refusion des Krankengeldes an den Arbeitgeber zuständig sind. Deutschland hingegen verschärft gerade eine Kultur des gegenseitigen Misstrauens und schreckt auch nicht davor zurück, das im Voraus überlastete Hausarztsystem noch weiter zu belasten. In diesem Zusammenhang ist es übrigens gut zu wissen: Der Krankenstand in Dänemark ist trotz der liberalen Regelung geringer als der in Deutschland.

In Dänemark herrscht ein Vertrauen der Menschen untereinander

Wenn Deutschland sich ein oder zwei Dinge von Dänemark abschauen könnte – welche wären das? Und gibt es umgekehrt etwas, das Dänemark von Deutschland lernen könnte?

Dänemark könnte von Deutschland lernen: Für dänische Patienten sollte die Möglichkeit, eine zweite Meinung einzuholen, vereinfacht werden. Eine freiere Arztwahl und weniger starre Strukturen mit unbedingt erforderlichen Überweisungen ermöglicht es in Dänemark den Ärzten, einen Behandlungsverlauf für den Patienten zu stoppen können, ohne dass dieser Möglichkeiten hätte, andere Behandlungswege einzuschlagen oder auszuprobieren.

Deutschland könnte von Dänemark lernen: In Dänemark gibt es den gleichen Zugang zum Gesundheitswesen für alle. Was für ein veralteter Zopf und unsoziale Hinterlassenschaft aus dem vor-vorigen Jahrhundert die deutsche Trennung zwischen Privat- und Kassenpatienten darstellt, ist mir erst in Dänemark richtig bewusst geworden. Auf diesem Gebiet braucht Deutschland dringend eine grundlegende Neuordnung des Krankenversicherungswesens. Es braucht eine Solidargemeinschaft, zu der alle beitragen und aus der alle die gleichen Leistungen bekommen. Zwar gibt es in Dänemark auch Privatkrankenhäuser, diese arbeiten jedoch mit dem öffentlichen System zusammen und entlasten das öffentliche Gesundheitssystem. Private Krankenversicherungen für spezielle Zusatzleistungen gibt es auch in Dänemark. Private Krankenversicherungen sind häufig ein Bonusangebot der Arbeitgeber für ihre Mitarbeiter. Viele gesetzliche Regeln sorgen dafür, dass es in Dänemark nicht zu einer so extremen Trennung zwischen Privat- und Kassenpatienten kommen kann, wie dies in Deutschland der Fall ist.

Und dann kann Deutschland natürlich lernen, wie man das Gesundheitswesen digitalisiert und auf allen Ebenen miteinander vernetzt. Vom Hausarzt und den kommunalen Mitarbeitern bis hin zu den großen Krankenhäusern landesweit, damit alle untereinander über den Patienten kommunizieren können. In Deutschland hingegen hört die gemeinsame Kommunikation bereits auf, wenn der Patient von einem Krankenhausunternehmen zu einem anderen wechselt. Patientenakten und damit wichtige Informationen über den Patienten werden nicht geteilt.

Wenn ein junger Facharzt Sie heute fragen würde, ob er nach Dänemark gehen soll: Welchen Rat würden Sie ihm geben?

Das kommt auf die Ambitionen des Facharztes an. Hat er oder sie eine junge Familie und legt Wert auf eine gute Work-Life-Balance, dann sollte er oder sie auf jeden Fall nach Dänemark kommen. Auch als Teamplayer ist man in Dänemark besser aufgehoben. Wer allerdings eher der Einzelkämpfertyp ist, der alles in die eigene Karriere investiert und auf das eigene Vorwärtskommen in klaren Hierarchien wert legt, ist vermutlich in Deutschland besser aufgehoben. Ich glaube jedoch, dass diese Typen langsam aussterben - auf jeden Fall findet man diesen Typ Menschen im heutigen Dänemark seltener als damals vor 20 Jahren in Deutschland, als ich dort noch arbeitete.

Deutschland braucht klar mehr Digitalisierung

Mit Ihrer Erfahrung in beiden Ländern: Wie wünschen Sie sich, dass sich die Gesundheitssysteme in Deutschland und Dänemark in den nächsten zehn Jahren weiterentwickeln?

Deutschland braucht ganz klar mehr Digitalisierung und einfacheren Informationsfluss zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen. Außerdem sollte Deutschland aktiver die Verteilung bzw. die Konzentration der medizinischen Versorgung im Lande für die Zukunft gestalten, anstatt dies der Marktwirtschaft und damit der Lobbyarbeit und zufälligen Entwicklungen zu überlassen.

Dänemark sollte das Gesundheitswesen flexibler gestalten. Es sollte weniger starre Regeln geben zum Beispiel mit der Notwendigkeit von Überweisungen, die vom Spezialisten abgewiesen werden können und Ärzten, die als einzige für den Patienten zugängliche Instanz einen gesamten Behandlungsverlauf ein für alle Mal schließen können, ohne dass der Patient die Möglichkeit hat, eine zweite Meinung einzuholen.

Langfristig würde ich mir wünschen, dass Europa ein einheitliches europäisches Gesundheitssystem entwickelt, das die Stärken der einzelnen Länder vereinigt und es ermöglicht, Fehlentwicklungen in den einzelnen Ländern zu korrigieren.

Kontakt:
Ansprechperson: Dr. Christoph Carl Arndt, Oberarzt, Mail: ccar@regionsjaelland.dk
Krankenhaus Slagelse, Orthopädchirurgische Abteilung, Handchirurgie



Perspektiven auf Gesundheit und Lebensqualität

Das Thema Gesundheit und Lebensqualität wird nicht nur in Konzepten sichtbar, sondern in den persönlichen Beziehungen der Menschen zu ihrem Arbeitsfeld. Die folgenden Interviews zeigen persönliche Ansichten zum Thema Gesundheit und geben Impulse für Lebensqualität in der grenzübergreifenden Region in Deutschland und Dänemark.

Wir haben drei unterschiedliche Akteure interviewt: Florian Kliem als Leiter des Lübecker Klinikunterrichts, Dr. Oliver Soyka als Chefarzt und Geschäftsbereichsleitung der Kinder und Jugendpsychiatrie in Lübeck und das junge schauspiel lübeck mit ihrem Team Katja Leistert, Michael Fuchs und Tobias Horstmann.

Interview mit Florian Kliem, Klinikunterricht Lübeck

Der Sonderpädagoge mit vielen Erfahrungen aus seiner früheren Tätigkeit an einer Hamburger Stadtteilschule im sozialen Brennpunkt ist seit 5 Jahren Leiter des Klinikunterrichtes Lübeck. Er versteht Schule als einen sehr gewichtigen Baustein in der psychischen Entwicklung des Kindes. Schule sollte ein guter Ort sein, hier verbringen Kinder eine Menge Zeit und erleben viele tolle Dinge, aber auch teils unschöne.

Was ist unter Klinikunterricht zu verstehen?

Der Klinikunterricht Lübeck ist zuständig für die Unterrichtung von Kindern und Jugendlichen in der Fachklinik Junges Leben (JuLe) für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Diakonie NordNordOst, sowie auf den Kinder- und Jugendstationen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), vorrangig in der Tagesklinik, der psychosomatischen und der onkologischen Station. Bei uns unterrichten 20 Lehrkräfte verschiedenster Schulformen alle Kinder in gemischten Lerngruppen von Klasse 1 bis 13 aus Lübeck und umliegenden Kreisen.

Wer kommt in die Klinikschule und was wird dort vermittelt?

Die Schüler:innen der Klinikschule haben oftmals seit mehreren Wochen, Monaten und auch Jahren die Schule nicht mehr besucht, weil sie dazu gesundheitlich und/oder psychisch nicht in der Lage waren. Für mich ist es wichtig, dass die Motivation für einen regelmäßigen Schulbesuch wieder aufzubauen und Lerninhalte verständlich zu transportieren.

Der Klinikunterricht wird Hand in Hand mit therapeutischen Kräften, Lehrkräften, den Schüler:innen, externen Trägern, den Eltern und dem sozialen Dienst gestaltet. Im multiprofessionellen Team werden



individuelle Problemlagen analysiert, um gemeinsam Lösungen im Sinne des Kindes zu finden.

Was hat dich bewogen, an der Studienfahrt teilzunehmen?

Gesundheit und Lebensqualität sind die zentralen Problemstellen unserer Schülerschaft. Ich finde es wichtig den Klinikunterricht in Schleswig-Holstein zu stärken und publik zu machen, in den Austausch zu kommen und über den Tellerrand zu schauen. Als ich die Tagesordnung der Veranstaltung bekam, war ich beeindruckt. Sehr viele unterschiedliche und wichtige Redebeiträge aus der deutschen und dänischen Region, eingebettet in zwei Tage, zudem Zeit und Möglichkeit sich zu verknüpfen und ins Gespräch zu kommen. Prima.

Im multiprofessionellen Team werden individuelle Problemlagen analysiert.

Welche Themen liegen dir rund um das Themenfeld Gesundheit am Herzen?

Man kann durch eine positiv gestaltete Kindheit und eng damit verbunden die Schullandschaft sehr viel zur gesunden Entwicklung der kommenden Generationen beitragen und präventiv wirken. Die Zahlen der psychisch erkrankten Kinder sind hoch und spätestens seit der Coronapandemie immer wieder Thema der Medien.

Schwierige, kranke und belastete Kinder und Jugendliche müssen auf gesundheitsfördernde Bedingungen treffen. In Deutschland wird der Klinikunterricht in allen Bundesländern anders geregelt. Aber es kann und darf doch nicht sein, dass ein Kind, welches beispielsweise in Hessen an einer Depression erkrankt, dort klinikschulseitig bessere Bedingungen vorfindet, als ein Kind mit der gleichen Diagnose in Schleswig-Holstein.

Was gibt es für Möglichkeiten die Gesundheit wieder zu stärken und die Lebensqualität zu fördern?

Im schulischen Kontext gibt es aktuell viele tolle Projekte, die den starren Schulalltag auf den Kopf stellen: Individuelle Lernzeiten, Förderbänder, Daltonstunden, Glück als Unterrichtsfach, Offene Ganztagsschule als Impulsgeber für Hobbies uvm.

Leider gibt es jedoch oftmals marode Schulgebäude und Pausenhöfe, die sich wiederum negativ auf die Entwicklung von Gesundheit und Lebensqualität auswirken. Hier mehr Gelder einzusetzen und gemeinsam mit den Kolleg:innen Schulen als Orte des Wohlfühlens zu gestalten, halte ich für eine große Chance in Bezug auf die Förderung der Lebensqualität unserer Schüler:innen.

Wie stellst du dir dein Arbeitsgebiet im Jahr 2036 vor?

Klinikunterricht Lübeck erlangt den Schulstatus und kann Schüler:innen vor und nach dem stationären Aufenthalt beschulen und ggf. bis zum Schulabschluss begleiten. Aktuell schicken wir viele Kinder nach drei bis vier Monaten Therapie wieder zurück an



ihre Stammschulen, obwohl das Kind eigentlich noch mehr Zeit der Wiedereingliederung benötigt. Hier wünschte ich mir eine Anpassung mit mehr Fokus auf das Kind und ein behutsames Schulisches Eingliederungsmanagement (SEM), wie es aus der Berufswelt als Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) bekannt ist.

Welche Chancen siehst du in einer deutsch-dänischen Zusammenarbeit im Themenfeld Gesundheit und Lebensqualität?

Wir bekamen einen guten Einblick in das Gesundheitssystem unseres Nachbarlandes. Die Gesundheitszentren bilden eine gute Vorlage auch für unser Gesundheitssystem. Bemerkenswert und spürbar war überall eine Offenheit, eine Kultur auf Augenhöhe, ein Kümmern und eine hyggelige Gesamtatmosphäre.

Gar nicht weit entfernt von uns gibt es Institutionen in einem anderen Land, die sich mit den gleichen Fragestellungen beschäftigen. Das ist spannend und es sollte modellhaft mehr gegenseitige Erprobung grenzüberschreitend finden.

An welchen Themen oder Ideen würdest du gerne grenzübergreifend weiterarbeiten?

Insbesondere die Präsentationen der dänischen Kolleginnen der Projekte STU Nestved, BørnUngeLiv und Headspace fand ich nachhaltig beeindruckend für die Übertragung auf Schule und insbesondere den Klinikunterricht. Hierzu wurden Kontakte geknüpft und Ideen aufgegriffen.

Welche Wünsche hast du?

Die Gesundheitsprävention im Kindesalter muss viel mehr in den Blick genommen werden. Folgende Fragestellung sollte in Bezug auf das deutsche Gesundheitssystem mehr in den Fokus rücken: Welche präventiven Ansätze gibt es in der Kindheit, um Weichen langfristig hin zu Gesundheit und Wohlbefinden zu stellen?

Mehr Fokus auf das Kind

Alle Kindergartenkinder, sowie Schüler:innen im Blick zu haben und ihnen eine Wohlfühlatmosphäre in der Bildungslandschaft mit vielen Möglichkeiten der individuellen Entfaltung in der Schule zu kreieren wird sich sehr positiv auf die Resilienz auch im Alter auswirken.

Zitat:

Humor ist die Medizin, die am wenigsten kostet und am leichtesten einzunehmen ist.

Kontakt:
Ansprechperson: Florian Kliem, Klinikschule Lübeck, Schulleitung, Mail: florian.kliem@schule-sh.de
www.astrid-lindgren-schule-luebeck.de/klinikunterricht/klinikschule-uksh/



Interview mit Oliver Soyka, Fachklinik für Junges Leben (Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Oliver Soyka arbeitet seit über 30 Jahren im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, über 27 Jahre als Facharzt und leitet seit fast 24 Jahren als Chefarzt die Fachklinik für Junges Leben („JuLe") der Diakonie Nord.Nord.Ost in Holstein gGmbH in Lübeck. Er prägte die Weiterentwicklung der Fachklinik maßgeblich und steht für eine moderne, multiprofessionelle und sozialraumorientierte Kinder- und Jugendpsychiatrie in Lübeck, Ostholstein, Stormarn und dem Herzogtum Lauenburg.

Was ist Ihnen im Berufsleben wichtig?

Mir war die Aussicht und Möglichkeit wichtig, früh im Leben von Kindern Weichen zu stellen und seelische Gesundheit zu fördern. Außerdem reizen mich vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten in Leitung sowie die Kooperation mit Schulen, Jugendhilfe und der Politik. Große Bedeutung schreibe ich der Prävention zu. Durch mein Medizinstudium in Aarhus konnte ich auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Dänemark etwas kennenlernen.

Was bietet die Fachklinik für Kinder und Jugendliche?

Die Fachklinik für Junges Leben in Lübeck hilft Kindern und Jugendlichen bei seelischen und psychiatrischen Erkrankungen, vor allem auch in akuten Krisensituationen. Sie verfügt über fünf Stationen mit je zehn stationären Behandlungsplätzen in Lübeck. Außerdem über 3 Tageskliniken in Lübeck, Büchen und Eutin und 3 große Ambulanzen an den genannten Standorten. Die stationären und tagesklinischen Behandlungszeiten sind heute stark verkürzt und liegen bei etwa 12 Wochen. Im Vergleich: vor 1 bis 2 Jahrzehnten hatten wir Behandlungsdauern von 9-12 Monaten. Die vergleichsweise kurzen Behandlungszeiten bei komplexen und teils chronifizierten Störungsbildern führen bisweilen zu unrealistischen Erwartungen von Eltern und dem externen Hilfesystem und zu Schwierigkeiten bei der Reintegration – denn: wir haben als Teams wenig Zeit. Mit den Eltern und den externen Helfern wird intensiv gearbeitet. Dennoch ist wichtig zu vermitteln: „Wir können nicht alle Erwartungen erfüllen, auch nicht, dass ein Kind abgegeben werden kann und gesund wiederkommt." Ein zentraler Teil unserer therapeutischen und pädagogischen Arbeit ist das Übergangsmanagement zurück in Schule, Familie und Alltag. Unsere integrierte Klinikschule ist eine wichtige Schnittstelle.

Was brauchen Kinder und Jugendliche?

Besonders bedrückend sind die Fälle, in denen bereits sehr junge Kinder aus dem Schulsystem herausfallen. Es kommt vor, dass Siebenjährige in unserer Tagesklinik behandelt werden, die aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten bereits ausgeschult worden sind. Das Signal an das Kind lautet: „So wie du bist, wollen wir dich nicht." Wir wissen, dass Lehrkräfte im aktuellen Bildungssystem unter enormem Druck stehen, viele berichten, dass sie bei Klassen mit 25 Kindern und mehreren auffälligen Schüler:innen nachvollziehbarerweise an ihre Grenzen kommen.

Vieles, was heute in Grundschulen geleistet werden muss – Selbstregulation, Konfliktlösung, emotionale Stabilisierung – hätte bereits früher im Elternhaus oder Kindergarten stattfinden sollen. Gute Lehrkräfte leisten sehr viel: „Es geht darum, Sicherheit und Orientierung zu geben, Grenzen zu setzen, zu fördern und zu fordern. Co-Regulation ist tägliches Geschäft in Grundschulklassen und es geht darum, ein im bindungstheoretisch besten Sinne „sicherer Hafen" zu sein."

Viele Verhaltensauffälligkeiten sind keine Erkrankungen im engeren Sinne, sondern Folgen von Bindungslosigkeit, -verunsicherung oder unklaren Grenzen. „Es geht auch in Schule um positive Bindungserfahrung. Bildung bleibt da manchmal auf der Strecke."

Welche Bedeutung kommt der Diagnostik zu?

Psychiatrische Diagnosen sind leider zu oft noch zwingende Voraussetzung dafür, Hilfen zu erhalten. Es darf jedoch nicht unterschätzt werden, welche langfristigen Folgen eine psychiatrische Diagnose in der Zukunft hat, z.B. beim Abschluss einer Lebensversicherung bei Depressionsdiagnosen oder der verbauten Möglichkeit, mit der Diagnose „ADHS" zum Beispiel Pilot zu werden. Wenn fehlende Konzepte oder Strukturen dazu führen, dass Kinder unnötig mit Diagnosen belegt und psychiatrisiert werden, dann ist das für eine Gesellschaft ein Armutszeugnis.

Die reale Beziehungszeit reduziert sich auf 3,5 bis 4 Stunden am Tag.

Ein weiterer Schwerpunkt unserer ambulanten Arbeit ist die frühe Diagnostik und Anbahnung von Förderung. Das ist ein Beitrag zur Prävention und Frühintervention. Die Ambulanz sieht „immer jüngere Kinder, mittlerweile auch Zweijährige". Die Wartezeiten auf kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlung werden leider stetig länger. Für sechs- bis achtjährige Kinder bedeutet ein Jahr Wartezeit eine enorme Belastung, da diese Zeitspanne einen großen Anteil ihres Lebens ausmacht.

Wie ist der Umgang mit Kindern in der Gesellschaft?

Es stellt sich leider die Frage, ob Kinder in Deutschland wirklich als selbstverständlicher Teil der Gesellschaft gesehen werden. Man nehme zum Beispiel Italien als Vergleich, wo Kinder im öffentlichen Raum präsenter und auch „laut sein" dürfen, ohne sofort als „auffällig" zu gelten. Man mag sich fragen: „Was ist noch normal, was sind tatsächliche Erziehungsdefizite und: was hat wirklich Krankheitswert?".

Wie sieht der Alltag von Familien aus? Die Zeit, die viele Eltern täglich mit ihren Kindern verbringen können, ist kurz. Durch Ganztagsschule, externe Betreuung und Nachmittagsaktivitäten bleibt oft nur ein kleines Zeitfenster: „Die reale Beziehungszeit reduziert sich auf 3,5 bis 4 Stunden am Tag." Trotz aller äußeren und nicht zu leugnenden Anforderungen an Berufstätigkeit und ähnlichem bleibt das Grundbedürfnis von Kindern doch unverändert: „Die meisten würden lieber mit Mama und Papa spielen oder vorgelesen bekommen als woanders zu sein." Auch viele Eltern sehnen sich nach mehr gemeinsamer Zeit – können das häufig aber nicht realisieren. Das ist ein Dilemma.

Welche Rolle schreiben Sie der räumlichen Gestaltung zu?

Der Neubau der stationären Klinik in Lübeck wurde über zehn Jahre hinweg gemeinsam mit Architekt:innen geplant und die Wirkung von Räumen als therapeutischer Faktor auf das psychische Erleben wurde sehr intensiv diskutiert. Ziel war es, Räume zu schaffen, die Sicherheit und Orientierung und zugleich Offenheit vermitteln. Leitfrage war: „wie kann man baulich etwas übersetzen, was mit innerseelischen Prozessen und Bedürfnissen korrespondiert?" Wichtige Elemente des Klinikbaus sind eine große, offene Eingangshalle, die bewusst nicht durch Netze oder Vergitterung gesichert wurde, Rückzugsräume in Fluren, bodentiefe Fenster und generell: viel Licht. Viele Besucher berichten beim Entrée in die Klinik: „Man tritt ein und hat das Gefühl, man ist umfangen."

Wie verändert sich die psychische Gesundheit in der Gesellschaft?

Die Klinik erlebte durch die Corona-Pandemie eine deutliche Zunahme depressiver Symptome, von Angststörungen und akuten lebensmüden Krisen bei Jugendlichen, insbesondere bei Mädchen. Zuletzt wurden im Herbst 2025 in der Bundesschülerkonferenz Zahlen veröffentlicht, dass jede/r fünfte psychisch belastet ist. „Die Zahlen sind nicht neu, das Dunkelfeld wird nur anders beleuchtet."

Durch die Zuwanderung in Deutschland mit vielen unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten entstand im Jahr 2016 ein gemeinsam mit 3 anderen Kliniken in Schleswig-Holstein durchgeführtes Projekt. Jugendliche Geflüchtete wurden damals vielerorts oft ohne fachliche Betreuung untergebracht, viele von ihnen kamen damals in akuten Krisen in die Kliniken. Wir beschlossen daher: „Anstatt dass alle zu uns kommen, lasst uns lieber hingehen und vor Ort beraten." So entstand eine „Sprechstunde" in Jugendhilfeeinrichtungen für geflüchtete Jugendliche. Diese Verbesserung der Schnittstelle zwischen stationärer Jugendhilfe und den Kliniken hat sich so gut bewährt, dass wir im Anschluss und nun seit mehreren Jahren eine enge Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfeträgern und den vier Projekt-Kliniken etabliert haben. Das Projekt, das durch das Sozialministerium gefördert wird, trägt heute den Namen: Consilium. Es bietet landesweit regelmäßige Online-Fortbildungen, Teamberatungen und fallbezogene Unterstützung für Jugendhilfeeinrichtungen durch vier Standorte: Kiel, Schleswig, Elmshorn und Lübeck.

Wie sehen die Unterschiede zwischen Deutschland und Dänemark aus?

In Dänemark gibt es meines Wissens deutlich weniger stationäre Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber weitaus mehr Schulpsycholog:innen. Man hört, dass die Erstvorstellungen und die Diagnostik in Dänemark sehr lange Wartezeiten haben – ich vermute, dass es in bestimmten Regionen Dänemarks noch länger dauert, einen Kinderpsychiater zu sehen, als bei uns. Mein Eindruck ist, dass das dänische Schulsystem und die kommunale Organisation von Gesundheit und Jugendhilfe die Psychiatrie stärker entlasten und ergänzen als bei uns. In Deutschland scheint es mir, dass Gesundheitssystem, Jugendhilfe, Beratung und Schulsystem leider noch nicht reibungslos miteinander verzahnt sind.

Der Vergleich mit Dänemark zeigt ein anderes System: Angebote sind kommunal organisiert, Schulpsycholog:innen und Sozialdienste sind näher an den Familien. Gleichzeitig ist Dänemark sehr konsequent im Kinderschutz und schreitet schneller ein, wenn das Kindeswohl gefährdet scheint. Man hört, Dänemark plane, Grundschulklassen auf etwa 15 Kinder zu reduzieren, u.a. um Bindung zu stärken. Ich halte das für eine gute Idee. In Deutschland sollten meines Erachtens Grundschulklassen nicht mehr als 20 Kinder haben, alle Klassen sollten durchgängiger doppelt besetzt sein. Für mich ist unverständlich, warum nicht gerade in die Infrastruktur, die Ausstattung und die Fachkräfte an Schulen maximal investiert wird.

Wo liegt Ihr Interesse beim Austausch mit Dänemark?

Der Austausch mit Dänemark ist wertvoll und weitere Netzwerktreffen wären wünschenswert mit Themen wie seelische Gesundheit und gesundes Aufwachsen. Gerne würde die Fachklinik mit Mitarbeitenden nach Dänemark reisen, um sich vor Ort mit Institutionen auszutauschen. Eine Gegeneinladung ist selbstverständlich. „Gerade im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, glaube ich, können wir voneinander lernen."

Blick in die Zukunft in das Jahr 2036

Für 2035 erhoffe ich mir Systeme wie Schule und stationäre Jugendhilfe, die fachlich, finanziell, personell und infrastrukturell besser aufgestellt sind. Insbesondere im Hinblick auf Schule: es muss ein sicherer und positiv besetzter Lernort sein, der beste Bedingungen vorweist. Gerade unsere Lehrkräfte müssen arbeitsfähig bleiben. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sehe ich: eine frühzeitigere Einbeziehung, Niedrigschwelligkeit und regionalisierte Präsenz. Wir sollten den Mut haben, viel flexiblere Behandlungsangebote nah am Menschen zu entwickeln.

Wenn wir großen Menschen gewaltfrei, zugewandt, schützend und liebevoll mit den uns anvertrauten kleinen Menschen umgingen: es bräuchte viel weniger Psychiatrie! Und: es wäre eine wunderbare Investition in die Zukunft!

Zitat:

> ***Kinder brauchen eine stärkere Lobby: Es sind doch unser aller Kinder, um die es geht.***

Kontakt:
Ansprechperson: Oliver Soyka, Fachklinik Junges Leben, Diakonie Nord-NordOst Chefarzt / Geschäftsbereichsleitung,
Mail: Oliver.Soyka@diakonie-nordnordost.de
www.diakonie-nordnordost.de



© Ariestia - stock.adobe.com

junges schauspiel lübeck: Interview mit Katja Leistert, Michael Fuchs und Tobias Horstmann

Was bietet das junge schauspiel lübeck?

junges schauspiel lübeck wurde 2023/24 durch Katja Leistert (Päd. Leitung) und Michael Fuchs (Künstlerische Leitung, Schauspieler im Theater Lübeck) als professionelles, mobiles Theater für junges Publikum gegründet. Es verbindet künstlerisch anspruchsvolle Inszenierungen mit einem pädagogischen Anspruch. Zum Team gehören Tobias Horstmann (Theaterpädagoge) der mit Katja Leistert zusammen mitverantwortlich ist für die Vermittlung der Angebote, die Kontaktaufnahme zu Schulen und Kitas sowie die passgenaue Abstimmung der Formate auf die Einrichtungen sowie Felix Zettier-Jindra (Leitung der Technik) und Sven Jenkel (kaufmännischer Leiter des jsl)

Wie bringt das junge schauspiel lübeck Kultur in die Stadtteile?

Zum Repertoire zählen die Stücke „Raus aus dem Haus" für Kitakinder ab 2 Jahren „Hey, hey, hey, Taxi" für Kinder ab 5 Jahre, „Mädchenschrift" für Jugendliche ab 13 Jahren und „Empfänger unbekannt" für Jugendliche ab 15 Jahren.

Alle Theaterproduktionen sind bewusst mobil konzipiert, um die Kultur in Schulen und Kitas vor Ort zu bringen. Die Theaterstücke gehen dabei mit eigens entwickelten Vor-und Nachbereitungen einher. Neben den Vorstellungen werden Kooperationen mit Schulen und anderen Bildungseinrichtungen aufgebaut, etwa Schulspielclubs, Workshops, Projektwochen und Fortbildungsangebote.

Welche Methoden kennzeichnen das junge schauspiel lübeck?

Wir legen großen Wert auf die Perspektive der Kinder und Jugendlichen. „Die eigentlichen Expertinnen für das Thema selbst sind die Kinder und Jugendlichen." (Tobias Horstmann) Schon in der Vor- und Nachbereitung der Inszenierungen wird mit ihnen über Inhalte, Wahrnehmungen und ihre Sicht auf die Themen gesprochen.

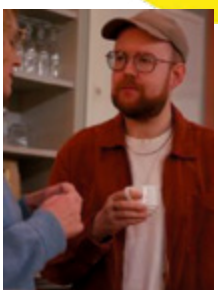
Zu jeder Produktion gehören Klassen oder Kitagruppen, die in die Proben kommen und Feedback geben. Auf Basis dieser Rückmeldungen werden die Stücke angepasst, sodass Inhalte,



Katja Leistert



Michael Fuchs



Tobias Horstmann

© Alle drei Fotos: junges Schauspiel Lübeck

Verständlichkeit und Relevanz eng an den Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen orientiert bleiben.

Welchen Beitrag ermöglicht Theater vor Ort in den Stadtteilen?

Wir verstehen unser Theater als Beitrag zur kulturellen Teilhabe und Chancengerechtigkeit. „Wir sind, glaube ich in Lübeck als Sprechtheater für junges Publikum, weil wir mobil sind und nicht nur Klassenzimmer-Theaterstücke anbieten, einzigartig. Wir bringen in Stadtteile, in denen Kultur sehr selten präsent ist, eine richtige Inszenierung: Bühnenbild, Schauspielerinnen, professionelle Theaterpädagog:innen, und ein Technikteam – und das schätzen Schulen, Kitas und die Kinder und Jugendlichen." (Michael Fuchs),

Ein wichtiges Format sind die „Schulspielclubs"

Zugleich möchten wir das Theater als möglichen beruflichen Zukunftsweg vermitteln, indem Kinder und Jugendliche z.B. Schauspielerinnen, Regisseuren oder Veranstaltungstechnikern begegnen und so verschiedene Theaterberufe kennenlernen.

Wie wird das junge schauspiel finanziert?

Das Projekt wird von verschiedenen Stiftungen wie Possehl-Stiftung, Kiwanis-Club, Rose-Stiftung unterstützt und von Beginn an war die Michael-Haukohl-Stiftung an unserer Seite und hat uns mit aufgebaut. Dazu kommt die Unterstützung des Kulturbüros und des Bereichs Schule und Sport der Hansestadt Lübeck sowie diverser Schulen und Kitas.

Worin liegt die Wirkung des Theaters?

„Unser Grundanliegen ist Prävention: Wir wollen Kinder in ihrem Ich, in ihrem Selbstbewusstsein und in ihrer Kreativität stärken." (Katja Leistert) *Das Stück „Hey, hey, hey Taxi" etwa thematisiert kreative Entwicklung, indem Kinder selbst Geschichten schreiben oder malen und hierdurch ihre Stärken entfalten können und Selbstbewusstsein entwickeln.*

Ein wichtiges Format sind die „Schulspielclubs": Die Kinder wählen Themen und Orte sowie Rollen und treffen gemeinsam Entscheidungen. Dies dient auch der Demokratieförderung. Kinder werden in ihrer Expert:innenrolle ernst genommen und kreatives Denken gestärkt, auch als Alternative zur eher wissenszentrierten Schule.

Was bedeutet die Deutsch-dänische Zusammenarbeit für Sie?

Die Studienfahrt hat dazu geführt, dass wir eine Kooperation mit der Kompagnie 47 in Naestved aufgebaut haben. Durch den grenzüberschreitenden Austausch eröffnen sich für uns neue Perspektiven durch unterschiedliche Elemente wie Tanz, Street -Art und Hip-Hop mit unserem eher klassischen Sprechtheater. „Wir haben eine gemeinsame Sprache gefunden." (Tobias Horstmann). *Geplant wird ein kultureller Austausch mit Schüler:innen aus Deutschland und Dänemark. „Es wäre wunderbar, wenn aus diesem Projekt grenzübergreifende Freundschaften zwischen deutschen und dänischen Schülerinnen und Schülern entstehen."* (Katja Leistert).

Unser Ziel ist eine Premiere 2027 beim Theaterfestival in Næstved in Dänemark, mit anschließender Premiere in Lübeck. Spannend ist, dass in Dänemark Theater für junges Publikum meist ohne theaterpädagogische Nachbereitung auskommt, hier wollen wir uns einbringen.

Wo steht das junge schauspiel lübeck in 10 Jahren?

Wir verstehen uns als Ergänzung zum Stadttheater und wollen durch unser Angebot für Kinder und Jugendliche mehr Menschen ins Theater bringen. Eine Vision wäre ein eigenes Theaterhaus für Kinder und Jugendliche, also für junges Publikum, das auch von Familien und Touristinnen als kulturelles Angebot genutzt werden könnte.

Dabei wollen wir die mobile Arbeit ausdrücklich nicht aufgegeben: Auch künftig sollen Kitas, Förderschulen und Integrationsschulen, die es einfach nicht schaffen, ins Theater zu fahren, vor Ort besucht werden. Wir wollen kulturelle Bildung vor Ort ermöglichen.

Kontakt:
Ansprechpersonen: Katja Leistert, Carolin Mosler, Michael Fuchs, Tobias Horstmann, Präventions-Theaterstück „Mädchenschrift"
Mail: info@junges-schauspiel-luebeck.de
www.junges-schauspiel-luebeck.de



Rehabilitation in Deutschland

Die Asklepios Klinik am Kurpark in Bad Schwartau ist ein Fachzentrum zur Behandlung in den Fachgebieten Orthopädie, Gynäkologie und Psychosomatische Medizin.

Das therapeutische Angebot beinhaltet ambulante und stationäre Anschlussheilbehandlungen nach operativen Eingriffen sowie Rehabilitationsmaßnahmen in den Indikationsschwerpunkten Orthopädie, Gynäkologie und Psychosomatik sowie Behandlungsplätze für Ambulante Muskuloskeletale Rehabilitation (AMR).

Zudem bietet die Klinik eine fachärztlich internistische Betreuung an. Zur ergänzenden fachgerechten Behandlung gehören Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen und psychovegetative Erschöpfungszustände.

Links und Kontakt:
https://www.asklepios.com/bad-schwartau/
Ansprechperson: Stefan Meiser, Geschäftsführung, Mail: s.meiser@asklepios.com



Reha-Kliniken in Deutschland: Struktur und Besonderheiten

Gesetzliche Verankerung

Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland sind fest im Sozialgesetzbuch (SGB IX) sowie weiteren Sozialgesetzbüchern verankert. Das garantiert einen gesetzlichen Anspruch für alle Bürger:innen auf medizinische und berufliche Rehabilitation bei Bedarf.

Vielfalt und Spezialisierung

Deutschland verfügt über rund 1.600 Reha-Einrichtungen, davon etwa 1.000 stationäre Kliniken in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft. Diese sind oft spezialisiert auf unterschiedliche Krankheitsbilder wie Orthopädie, Kardiologie, Onkologie oder Psychosomatik. Die meisten liegen in naturnaher, ruhiger Umgebung, um den Heilungsprozess zu unterstützen.

Zahlreiche Kostenträger

Die Kostenübernahme erfolgt durch verschiedene Leistungsträger wie Krankenkassen, Rentenversicherung, Unfallversicherung oder Sozialhilfeträger, je nach Reha-Art und -Grundlage. Dieses komplexe Trägersystem ermöglicht eine differenzierte, an individuelle Bedürfnisse angepasste Versorgung.

Ganzheitlicher Ansatz

Die Rehabilitation umfasst medizinische Behandlung ebenso wie die soziale und berufliche Wiedereingliederung. Ziel ist die ganzheitliche Wiederherstellung der Gesundheit und Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben.

Ambulant und stationär

Die Mehrheit der Reha in Deutschland findet stationär statt (ca. 80%), aber auch ambulante und teilstationäre Angebote sowie mobile Rehateams sind etabliert.



Aktuelle Fakten zu Reha-Kliniken in Deutschland

- Es gibt etwa 1.079 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit insgesamt rund 161.430 Betten (Stand 2023).
- Die Bettenauslastung liegt bei etwa 81,5%; über 1,8 Millionen Patient:innen wurden 2023 behandelt.
- Die durchschnittliche Verweildauer liegt bei rund 25,5 Tagen.
- Insgesamt arbeiten im Bereich Vorsorge und Rehabilitation ca. 117.000 Personen, davon etwa 10.600 Ärzt:innen.

Die größten Betreiber von Rehakliniken in Deutschland (Stand 2025)

Betreiber	Anzahl Kliniken	Bettenzahl	Schwerpunkte
Deutsche Renten-versicherung	99	19.615	Innere Medizin, Onkologie, Orthopädie, Psychosomatik, Pneumologie
MEDIAN Unternehmens-gruppe B.V.	97	15.626	Orthopädie, Neurologie, Kardiologie, psychische Reha
Asklepios Kliniken GmbH	47	9.091	Psychiatrie, Neurologie, Innere Medizin, Orthopädie
VAMED Care Holding Deutschland	18	3.455	Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin, Onkologie, Psychiatrie

Die Deutsche Rentenversicherung ist der größte Betreiber mit einem breiten Spektrum an Fachrichtungen und Kliniken bundesweit.



Quellen und weiterführende Links:

- https://www.dasrehaportal.de/ratgeber/rehakliniken-zahlen-daten-fakten
- https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/rehabilitation-in-deutschland
- https://www.klinikgruppe-drv-bund.de
- https://www.median-kliniken.de/de/
- https://www.familienratgeber.de/rechte-leistungen/gesundheit-und-reha/welche-reha-traeger-gibt-es
- https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html
- www.access-platform.eu/wp-content/uploads/2020/07/Health-Care-Systems_de.pdf
- https://www.gesundheitsmarkt.de/liste-top-betreiber-rehakliniken-2025/
- https://www.bar-frankfurt.de/themen/zahlen-daten-fakten/branchenueberblick-medizinische-rehabilitation.html
- https://www.dasrehaportal.de/presse/auszeichnung-fuer-qualitaet-248-rehakliniken-erhalten-premium-siegel
- https://www.dasrehaportal.de/presse/das-rehaportal-veroeffentlicht-trendreport-2025-so-waehlen-patient-innen-ihre-rehaklinik
- https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-2025/reha-info-012025/traegerue-bergreifende-ausgabenstatistik-2025.html
- https://klinikradar.de/rehakliniken



Rehabilitation in Dänemark

In Dänemark sind die Kommunen für die primäre Rehabilitation und das Training nach einer Operation verantwortlich. Der Rehabilitationsplan wird jedoch vom Krankenhausarzt erstellt. Dieser Plan legt fest, ob die Patientin/der Patient allgemeines Training, spezialisierte Rehabilitation im Krankenhaus oder spezialisierte Rehabilitation in der Kommune benötigt. Die Kommune ist anschließend für die Zuweisung und Genehmigung zuständig.

Am 12. Mai 2009 wurde zwischen dem Ministerium für Inneres und Gesundheit, den dänischen Regionen und dem Gemeindeverband KL eine gemeinsame Strategie verabschiedet. Ziel war es, Initiativen zur Förderung gezielter, gut geplanter und zusammenhängender Rehabilitationsverläufe für Patient:innen zu entwickeln.

Rehabilitation bedeutet, Menschen mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall dabei zu unterstützen, ihren Alltag so selbstständig wie möglich wieder aufzubauen.

Rehabilitation ist ein komplexes Feld, da die Maßnahmen häufig viele Rechtsbereiche, Sektoren und Berufsgruppen einbeziehen. Es wurde vereinbart, die Herausforderungen gemeinsam zu lösen, indem die Bedürfnisse der Patient:innen in den Mittelpunkt gestellt werden. So sollen die Betroffenen ein koordiniertes und durchgängiges Rehabilitationsangebot erhalten.

Rehabilitation ist keine einzelne Maßnahme, sondern ein Zusammenspiel mehrerer Interventionen – etwa Training, persönliche und praktische Hilfe, häusliche Pflege, Krankengeldbetreuung oder Sonderpädagogik – angepasst an die individuellen Bedürfnisse, Ressourcen und Ziele der Bürger:innen. Die Leistungen beruhen daher auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen in den Bereichen Gesundheit, Beschäftigung, Soziales und Bildung.

Zusammenarbeit ist im Bereich der Rehabilitation zentral: Mehrere Berufsgruppen und Sektoren können jeweils Verantwortung für verschiedene Teile der Bedürfnisse der Patient:innen tragen – von der Identifikation über die Zuweisung bis zur Nachsorge. Deshalb ist eine systematische und funktionierende Kooperation zwischen den relevanten Akteuren entscheidend, ebenso wie die aktive Einbindung der Patient:innen selbst.

Der Rehabilitationsbedarf ist sehr unterschiedlich und hängt u. a. von der Krankheit und dem Behandlungsverlauf, aber auch von der sozialen, psychischen und beruflichen Situation ab. Ebenso spielt die Fähigkeit der Patient:innen, ihr Leben aktiv zu gestalten, eine Rolle.

Einige Patient:innen benötigen daher umfassende Rehabilitationsmaßnahmen, während andere überhaupt keine Rehabilitation benötigen. Deshalb ist es zentral, dass die Maßnahmen individuell geplant und durchgeführt werden – mit den Bürger:innen als aktive Mitgestalter.

(Innen- und Gesundheitsministerium, Danske Regioner und KL, 2010, „Beschreibung der Rehabilitationsmaßnahmen – Organisation der Maßnahmen in Kommunen und Regionen: Vorwort und Einleitung", S. 3–4)



Beschreibung der Organisation der Rehabilitationsmaßnahmen in Kommunen und Regionen

Im Folgenden werden zentrale Handlungsfelder für eine gezielte und kohärente Rehabilitation beschrieben:

- Einschätzung der Bedürfnisse der Patient:innen, damit ein passendes Angebot gemacht werden kann.
- Zusammenarbeit und Koordination im Behandlungsverlauf zwischen Krankenhaus, Hausärztin/Hausarzt und Kommune, um rechtzeitige und kohärente Verläufe zu gewährleisten.
- Zusammenarbeit und Koordination beim Entlassungsprozess, damit Patient:innen nicht an den Übergängen „verloren gehen".
- Regionale und kommunale Maßnahmen zur Unterstützung im Umgang mit Krankheit und Funktionsminderung durch patientenorientierte Prävention.
- Zusammenarbeit und Koordination innerhalb der Kommune, sodass Patient:innen ein zusammenhängendes und ganzheitliches Angebot über verschiedene Verwaltungsbereiche hinweg erfahren.

(Innen- und Gesundheitsministerium, Danske Regioner und KL, 2010, „Beschreibung der Rehabilitationsmaßnahmen – Organisation der Maßnahmen in Kommunen und Regionen: Beschreibung der Organisation der Rehabilitationsmaßnahmen in Kommunen und Regionen", S. 10)

Die Hauptaufgaben der Kommunen im Bereich Rehabilitation umfassen Angebote zur Nachsorge und Rehabilitation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, zeitlich begrenzte Rehabilitationsmaßnahmen für Bürger:innen mit Pflegebedarf sowie die interdisziplinäre Koordination und Einbindung der Bürger:innen, um eine zusammenhängende Betreuung zu gewährleisten und die Funktionsfähigkeit der Betroffenen zu verbessern. Die Kommunen übernehmen zudem die behördliche Verantwortung und koordinieren die Maßnahmen mit den Regionen und Krankenhäusern.

Quellen und weiterführende Links:

https://www.ism.dk/Media/7/D/rehabiliteringsindsatsen.pdf
https://www.rehabiliteringsforum.dk/siteassets/publikationer/publikationerlitteratur/hvidbog-2-udgave_180522-til-web.pdf
https://www.ism.dk/sundhed/sundhedsvaesenet/kommunale-opgaver

KONTAKTÜBERSICHT



Kontaktübersicht Studienthema „Gesundheit & Lebensqualität"

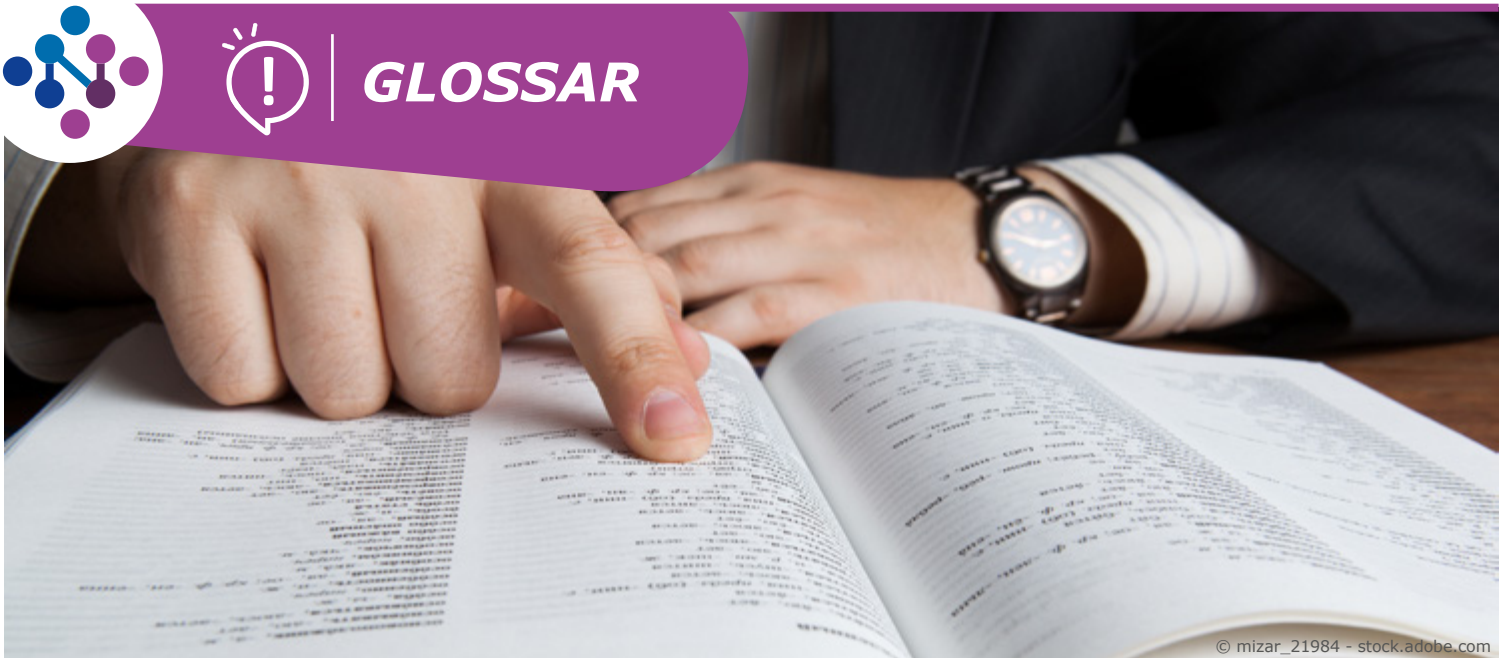
Deutschland

Maren Rohr	Kreis Ostholstein, Fachdienst Gesundheitsamt – Gesundheitsplanung – Mitarbeiterin Kommunale Gesundheitskonferenz des Kreises Ostholstein	✉ m.rohr@kreis-oh.de 🌐 www.kreis-oh.de/Soziales-Familie-Gesundheit/Gesundheitsamt/
Dr. Franziska Noll	Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt Kinder- und Jugendärztlicher Dienst Abteilungsleitung	✉ frankziska.noll@luebeck.de 🌐 www.luebeck.de/de/rathaus/verwaltung/gesundheitsamt/kinder-und-jugendaerztlicher-dienst/kinder-und-jugendaerztlicher-dienst
Kirsten Karrock	Kreis Ostholstein, Fachdienst Personal – Betriebliches Gesundheitsmanagement	✉ k.karrock@kreis-oh.de
Diana Bauder	Hansestadt Lübeck – Bereich Schule und Sport Koordinatorin	✉ Diana.Bauder@luebeck.de 🌐 www.luebeck.de/de/stadtleben/familie-und-bildung/schule/schule
Wiebke Sonnenberger	Sozialpädagogische Familienhilfe, DIE BRÜCKE, Lübeck, Leitung	✉ w.sonnenberger@die-bruecke.de 🌐 www.die-bruecke.de
Florian Kliem	Klinikschule Lübeck Schulleitung	✉ florian.kliem@schule-sh.de 🌐 www.astrid-lindgren-schule-luebeck.de/klinikunterricht/klinikschule-uksh
Oliver Soyka	Fachklinik Junges Leben, Diakonie Nord-NordOst Chefarzt / Geschäftsbereichsleitung	✉ Oliver.Soyka@diakonie-nordnordost.de 🌐 www.diakonie-nordnordost.de/angebote/kinder-und-jugendpsychiatrie/fachklinik-jule
Dr. Kirstin Hartung	KISS-Lübeck: Kontakt-und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen in Lübeck u. Schleswig-Holstein Leitung	✉ kiss-luebeck@kinderwege.de 🌐 www.kinderwege.de
Katja Leistert **Carolin Mosler**	Präventions-Theaterstück „Mädchenschrift"	✉ info@junges-schauspiel-luebeck.de 🌐 www.junges-schauspiel-luebeck.de
Stefan Meiser	Asklepios Klinik Am Kurpark, Bad Schwartau Geschäftsführung	✉ s.meiser@asklepios.com 🌐 www.asklepios.com/bad-schwartau/



Dänemark

Stine Torp Rehn, Mie Majgaard, Susanne Nicolaisen	Gesundheitszentrum Næstved, Volksgesundheit, Referenten	✉ anktre@naestved.dk ✉ mimaj@naestved.dk ✉ snicol@naestved.dk
Annitta Nordkvist	Zentrum für Gesundheit und ältere Menschen (CSA), Næstved Kommune, Geschäftsführerin	✉ annnpe@naestved.dk 🌐 www.naestved.dk/sundhed-og-omsorg/sundhedstilbud
Bithiah Egeberg Kiel	Gesundheitszentrum Maribo, Leiterin des Teams Training	✉ beki@lolland.dk 🌐 www.lolland.dk/borger/sundhed-og-stoette/hjaelp-og-pleje/genoptraening-og-vedligeholdelsestraening
Thomas Nielsen	Freiwilligenzentrum Lolland, Maribo Leiter	✉ thomas@frivilliglolland.dk 🌐 www.frivilliglolland.dk
Martin Løf Krøyer	Guldborgsund Kommune Gesundheitsreferent Volksgesundheit	✉ mlc@guldborgsund.dk 🌐 https://www.guldborgsund.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud
Mette Eskekilde	STU Næstved (Spezialschule) Lehrerin	✉ meskek@naestved.dk 🌐 www.stuinaestved.dk
Cecilie Louise Stabell, Marie Sundstrøm	Headspace Lolland und Næstved, Jugendberaterinnen	✉ cels@headspace.dk ✉ masn@headspace.dk 🌐 www.headspace.dk
Dr. Christoph Carl Arndt	Krankenhaus Slagelse Orthopädchirurgische Abteilung, Handchirurgie Oberarzt	✉ ccar@regionsjaelland.dk



Verzeichnis der Abkürzungen/Glossar

AG	Arbeitgeber
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AN	Arbeitnehmer:in
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BAK	Bundesapothekerkammer
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BNP	Bruttonationalprodukt
BPA	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
COPSY	COrona und PSYche
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EMA	European Medicines Agency
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz der Länder
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KISS	Kontakt- und Informations-Stelle für Selbsthilfegruppen
KV	Kassenärztliche Vereinigungen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development = Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
p. P.	pro Person
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PKV	Private Krankenversicherung
PLO	Praktiserende Lægers Organisation (Ärztevereinigung in DK)
PsyGeSchuL	Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen in der Stadt Lübeck
Reha	Rehabilitation
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Krankenhaus/Klinik	In Dänemark wird meist der Begriff Krankenhaus (DK: hospital) für öffentlich geführte Häuser genutzt, der Begriff Klinik (DK: klinik) für die privat geführten Häuser.