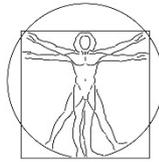
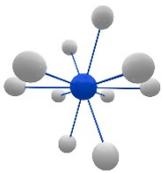


Gesund bleiben unter schwierigen Bedingungen?

Hinweise zur Arbeits- und Lebenswelt Justizvollzugsanstalt

Tagung der Landesarbeitsgemeinschaft der Sozialen Dienste im niedersächsischen
Justizvollzug zu Standards im sozialen Dienst und Fortbildungsveranstaltung zum
Gesundheitsmanagement vom 10.11. – 11.11.2016 im Kolping-Bildungshaus-Salzbergen



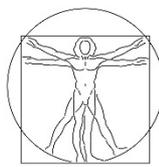
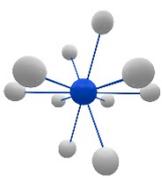
Exemplarisch – ein Bediensteter aus seinem Alltag

„Haben sie ein paar Minuten Zeit ...

Zehn Minuten vor sechs. Ich gehe durch das schwere, grün angestrichene Tor. [...] Nachdem ich die Schlüssel aus meinem Fach genommen habe, mache ich mich auf den Weg zu meinem Arbeitsplatz. Alles ist noch ruhig. Das wird sich in 20 Minuten ändern.

Dann schließe ich die 36 Zellen auf und schaue nach, ob noch alles lebt. Das schlimme am Aufmachen sind aber eher die Geruchswellen, die einen aus jeder Zelle entgegen schlagen. Manchmal probiere ich, ganz lang die Luft anzuhalten. Aber das geht nicht die ganze Zeit, denn man muss ja wecken und warten bis Antwort kommt.

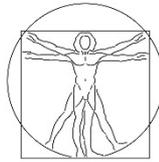
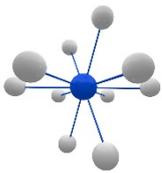
Wenn alle Zellen offen sind, gehe ich nach oben in mein Büro. Der Tag wird schriftlich durchgeplant. Wer bekommt Polamidon? Wer geht in Lockerungen, wer auf Transport? Die Essenzettel müssen geschrieben werden. Zwischendurch kommen immer wieder Insassen herein [...]



Jetzt ein Schluck Kaffee, denn gleich muss ich revidieren. Das bedeutet Zellenkontrollen. So um die sechs überprüfe ich so jeden Tag. Heute mach ich nur zwei, denn ich habe Hinweise, dass auf zumindest einer von den zwei Zellen ein Messer sein soll. Die Insassen machen oftmals aus normalen Messern gefährliche Angriffswaffen. Letzte Woche wurde mein Kollege mit solch einem Messer am Hals verletzt. Er konnte noch ausweichen, sonst hätte es schlimmer kommen können. Dafür wurde ein anderer Kollege in den Arm gebissen. Der Insasse hatte zum Glück keine Aidserkrankung, aber das behauptete er zuerst. Wir waren wirklich in Sorge. [...]

Und das ist eigentlich auch das Problem, bei immer weniger Zeit, immer mehr Aufgaben, bei erschreckend wenig Kollegen. Das geht nicht spurlos an dir vorüber. Es ist ein schleichender Prozess der krank macht.

Und je weniger du mit den Insassen sprichst, desto mehr Probleme gibt es. [...] je besser Insassen auf die Entlassung vorbereitet werden, desto eher finden sie wieder festen Boden unter sich nach der Haft.“ (Schwarz & Stöver, 2010, S. 13 ff.)



Google – Suche [21.10.2016] – Eingabe: „Krankenstände JVA“ bzw. „Krankenstände Justizvollzugsanstalten Niedersachsen“

Justizvollzug: Riesiger Krankenstand bei Gefängnis-Wärtern ...

www.nordkurier.de > [Nachrichten](#) > [Mecklenburg-Vorpommern](#) ▼

07.08.2015 - Hoher Krankenstand führt zu zusätzlicher Belastung ... Der Mann muss es wissen – in der Justizvollzugsanstalt (JVA) Bützow arbeitet der ...

Schlafmangel und Burnout: Ich muss hier raus - Knast macht ... - shz.de

www.shz.de > [Regionales](#) > [Schleswig-Holstein](#) > [Panorama](#) ▼

21.10.2010 - Der Krankenstand ist mit durchschnittlich 8,29 Prozent alarmierend hoch. In der Justizvollzugsanstalt (JVA) Lübeck liegt der Wert sogar bei 10 ...

Fehlzeiten+++Dauer-Erkrankungen+++Überstunden – So hart ist der ...

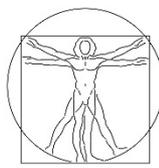
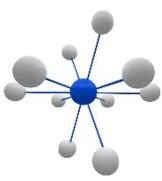
www.bild.de > [Regional](#) > [Hamburg aktuell](#) ▼

18.05.2015 - Kein Wunder, dass da der Krankenstand hinter Gittern traditionell höher ist, ... Seit 2012 wurden 40 JVA-Mitarbeiter dienstunfähig geschrieben.

„Katastrophale Verhältnisse“ – Politiker prangern Zustände in der JVA ...

www.haz.de > [Hannover](#) > [Aus der Stadt](#) > [Übersicht](#) ▼

04.08.2009 - Die dreitägige Stippvisite von Niedersachsens Justizminister Bernd ... den „überdurchschnittlich hohen Krankenstand“ der JVA-Angestellten, ...



Krankenstände im Justizvollzug des Freistaates Sachsen (6/5225 ...

<https://kleineanfragen.de/.../5225-krankenstaende-im-justizvollzug-des-freistaates-sac>.

22.06.2016 - Kleine Anfrage 6/5225 aus Sachsen

Der Staatsminister

Durchwahl

Telefon +49 351 564-1500

Telefax +49 351 564-1509

staatsminister@

smj.justiz.sachsen.de*

Aktenzeichen

(bitte bei Antwort angeben)

1040E-KLR-1691/16

Dresden,

20. Juni 2016

SÄCHSISCHES STAATSMINISTERIUM DER JUSTIZ
Hospitalstraße 7 | 01097 Dresden

Präsidenten des Sächsischen Landtages

Herrn Dr. Matthias Rößler

Bernhard-von-Lindenau-Platz 1

01067 Dresden

Kleine Anfrage des Abgeordneten André Schollbach, Fraktion DIE LINKE,

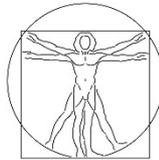
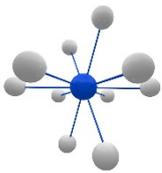
Drs.-Nr.: 6/5225

Thema: Krankenstände im Justizvollzug des Freistaates Sachsen

Sehr geehrter Herr Präsident,

namens und im Auftrag der Sächsischen Staatsregierung beantworte ich die

Kleine Anfrage wie folgt:



Frage:

Wie viele Kalendertage waren die Bediensteten im Justizvollzug des Freistaates Sachsen jeweils in den Jahren 2005 bis 2015 durchschnittlich im Krankenstand?

Der Staatsminister

Zur Beantwortung der Frage wird auf die nachfolgende Tabelle verwiesen:

Durchwahl

Telefon +49 351 564-1500

Telefax +49 351 564-1509

staatsminister@

smj.justiz.sachsen.de*

Aktenzeichen

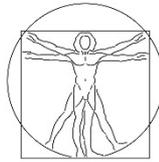
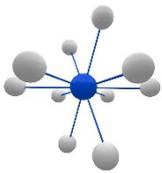
(bitte bei Antwort angeben)

1040E-KLR-1691/16

Dresden,

20. Juni 2016

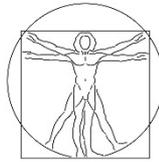
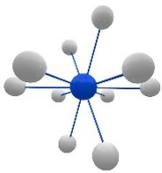
| Justizvollzug | Krankenstand in Tagen pro Kopf |
|----------------------|---------------------------------------|
| 2005 | 22,86 |
| 2006 | 24,46 |
| 2007 | 26,23 |
| 2008 | 28,04 |
| 2009 | 34,25 |
| 2010 | 32,23 |
| 2011 | 35,26 |
| 2012 | 33,31 |
| 2013 | 32,97 |
| 2014 | 35,08 |
| 2015 | 36,16 |



„Stress und Belastungen im geschlossenen Justizvollzug“ – Das Beispiel ... der JVA Bremen-Oslebshausen

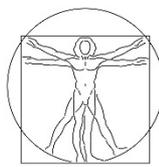
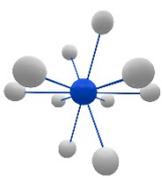
[Untersuchung 2007, n = 133, N = 337 (Personal gesamt) => Beteiligung 39,47%]

„Der hohe Grad an Belastungen in mehreren Abteilungen der JVA Bremen zeigt, dass die Arbeitssituation/Arbeitsumstände/Arbeitsinhalte/Aufgaben und Tätigkeiten im geschlossenen Setting Gefängnis den hohen Krankenstand bedingen, [...]“ (Schwarz & Stöver, 2010, S. 157).



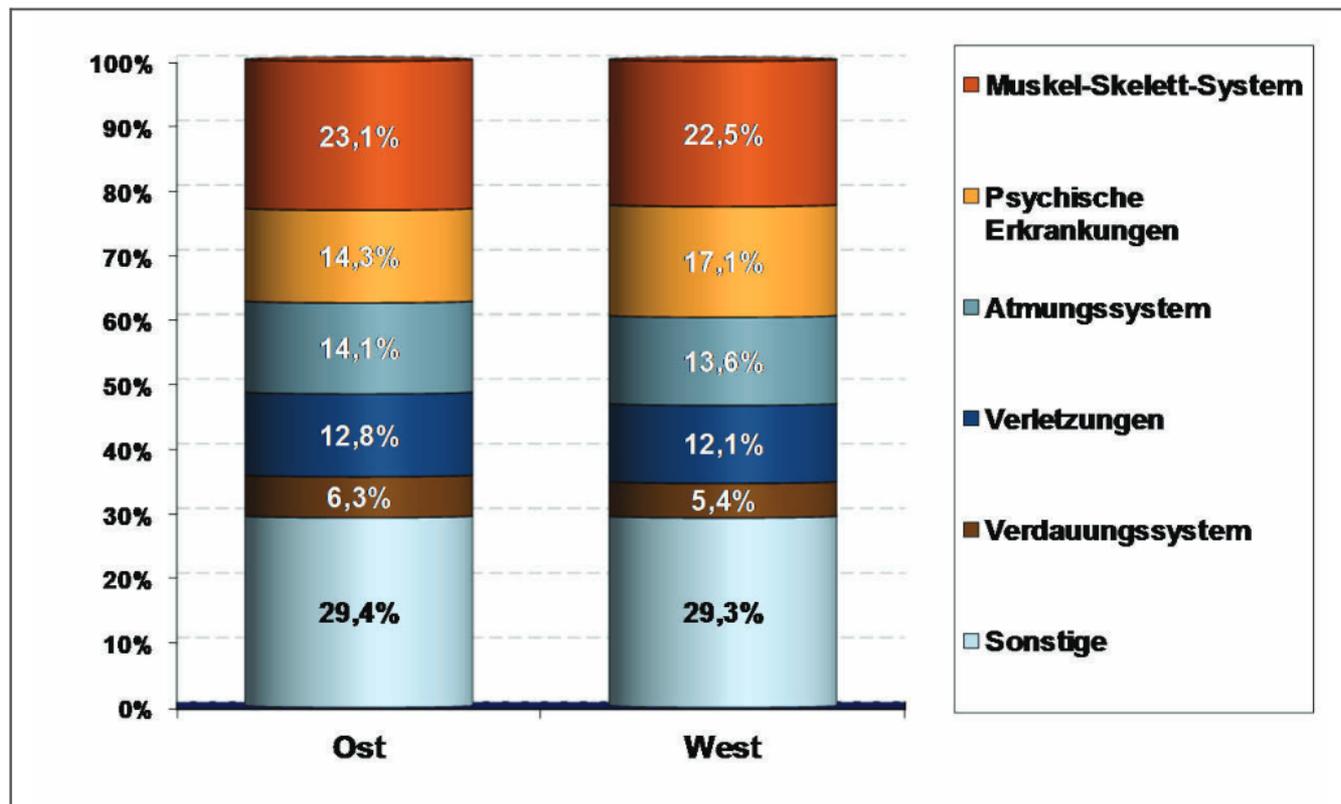
„Die gewonnenen Ergebnisse aus den Mitarbeiterbefragungen von 1999 und 2007, sowie die Inhaftiertenbefragung 2007 in der Bremer JVA zeigen folgende Belastungs- und Beanspruchungsschwerpunkte auf:

- Anstieg der körperlichen Beschwerden bei den Bediensteten
- Unzufriedenheit mit der Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung, sowie der Arbeitsorganisation
- Anstieg der psychischen Belastungen insbesondere durch die Büroarbeit
- Große Unzufriedenheit in Bezug auf das Vorgesetztenverhalten und Probleme bei den einzelnen Arbeitsabläufen“ (Schwarz & Stöver, 2010, S. 168).

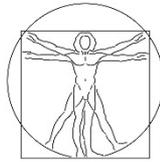
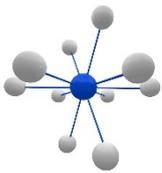


DAK-Gesundheitsreport 2016 (Marschall et al., 2016, S. 137)

Abbildung 79: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015



Psychisch krank im Job (BKK Dachverband, 2015, S. 6)

40

Betroffene, die aufgrund einer psychischen Störung krankgeschrieben wurden, bleiben durchschnittlich **40 Tage** zu Hause – bei Muskel-Skelett-Erkrankungen sind es halb so viele Tage.

Quelle: BKK Gesundheitsatlas 2015

3

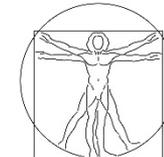
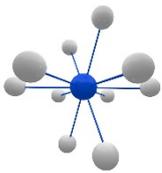
Psychische Störungen stellen, gemessen an den Ausfalltagen, die **drittgrößte Krankheitsgruppe** bei Beschäftigten in Deutschland (beschäftigte BKK-Pflichtmitglieder) dar.

Quelle: BKK Gesundheitsreport 2014

50

Langfristige Arbeitsbelastungen erhöhen das Risiko, an einer Angststörung oder Depression zu erkranken, um **50 Prozent**. Dabei ist der Einfluss anderer Faktoren, z. B. persönlicher Lebensstil, bereits berücksichtigt.

Quelle: LIA.nrw 2014



Psychisch krank im Job (BKK Dachverband, 2015, S. 7)

50

Fast **jede zweite Frührente** ist inzwischen psychisch verursacht. Der Anteil hat sich damit in den letzten 20 Jahren verdoppelt.

Quelle: Deutsche Rentenversicherung 2014

70

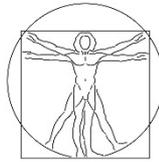
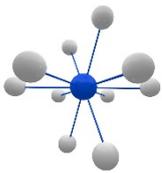
Die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen haben sich seit 2000 auf **70 Millionen** verdoppelt – während Fehltage anderer Krankheitsbereiche gesunken sind.

Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer 2015

16

Die direkten Krankheitskosten für psychische Erkrankungen lagen 2012 bei knapp **16 Milliarden Euro**. Die indirekten Kosten, z. B. durch reduzierte Produktivität während der Arbeit und vorzeitige Verrentung, machen einen noch größeren Anteil aus und sind hier noch nicht mit einberechnet.

Quelle: BAuA 2012

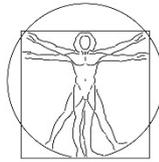
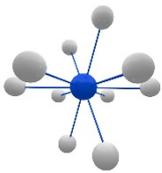


Psychisch krank im Job – Verstehen. Vorbeugen. Erkennen. Bewältigen – Praxishilfe (BKK Dachverband, 2015)

Jeder kann im Laufe seines Lebens psychisch erkranken. Wie die Statistiken zeigen, betrifft das Thema mehr Menschen als allgemein angenommen wird. Auch wenn Belastungen am Arbeitsplatz nicht der einzige Grund für die Entstehung von psychischen Erkrankungen sind, stellt die Arbeitswelt doch einen wichtigen Lebensbereich dar, in dem psychische Störungen entstehen und auftreten können. Während Betroffene meist aus unterschiedlichen Gründen eine psychische Störung verschweigen, besteht bei Führungskräften und Mitarbeitenden vielfach große Unsicherheit, wie sie auf eine betroffene Kollegin oder einen Kollegen reagieren sollen.

Bereits 2006 wurde gemeinsam mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. ein entsprechendes Hilfskonzept entwickelt, das mit vielen wichtigen Informationen rund um das Thema in der Broschüre „Psychisch krank im Job“ zusammengefasst wurde. Anlässlich des BKK Selbsthilfetages haben wir die Broschüre nun grundlegend überarbeitet. Sie soll ein Ratgeber für die betriebliche Praxis sein und richtet sich an Führungskräfte, Beschäftigte und Betroffene gleichermaßen.



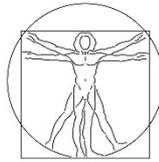
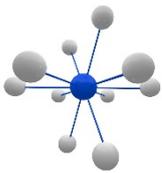


Weltgesundheitsorganisation (1946) – Gesundheitsdefinition einflussreich mit Ottawa Charta (1986)

**Gesundheit ist ein
„Zustand des umfassenden
körperlichen, geistigen und sozialen
Wohlbefindens und**

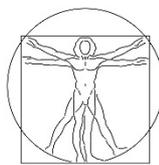
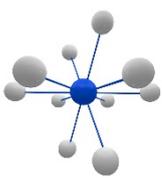
**nicht nur das Fehlen von Krankheit
oder Behinderung“**

(WHO, 1998, S. 6)



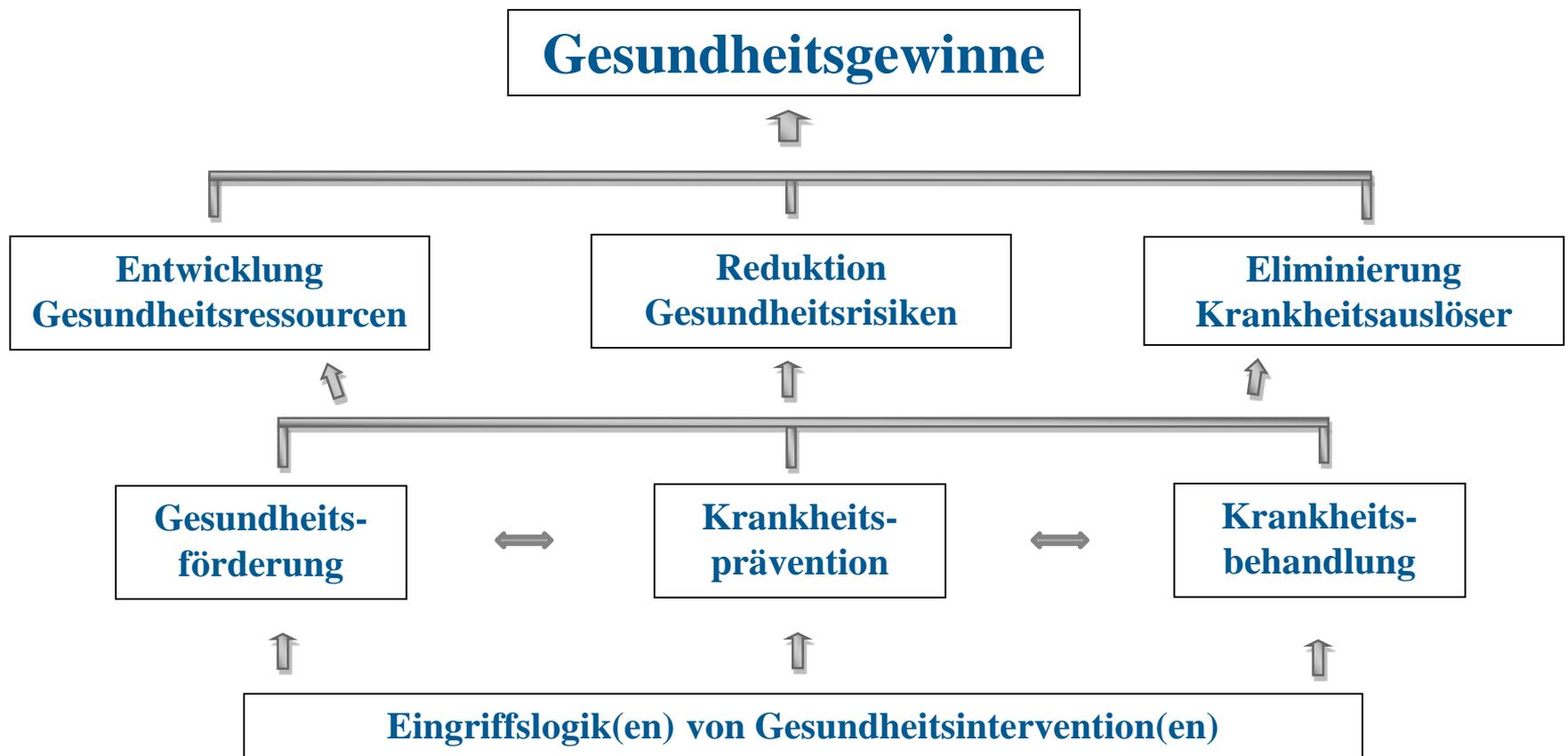
Moderne Gesundheitsinterventionen
(GF - KP – KB – Maßnahmen) sollen hier
anschließend:

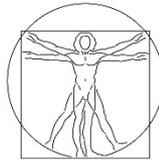
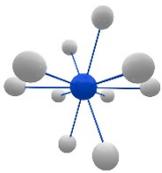
- Gesundheitsgewinne erzielen im Sinne der
- Erhaltung und Verbesserung von psychischem-physischem sozialem-Wohlbefinden sowie der
- Erhaltung und Verbesserung von psychischer-physischer-sozialer Funktionalität (Witteriede, 2014 in Anlehnung an Blättner & Waller, 2011).



Einordnung von Gesundheitsinterventionen

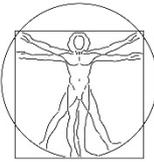
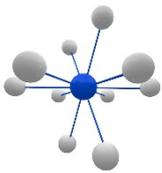
(Witteriede, 2014; Schemadarstellung nach Waller 2002, S. 155)



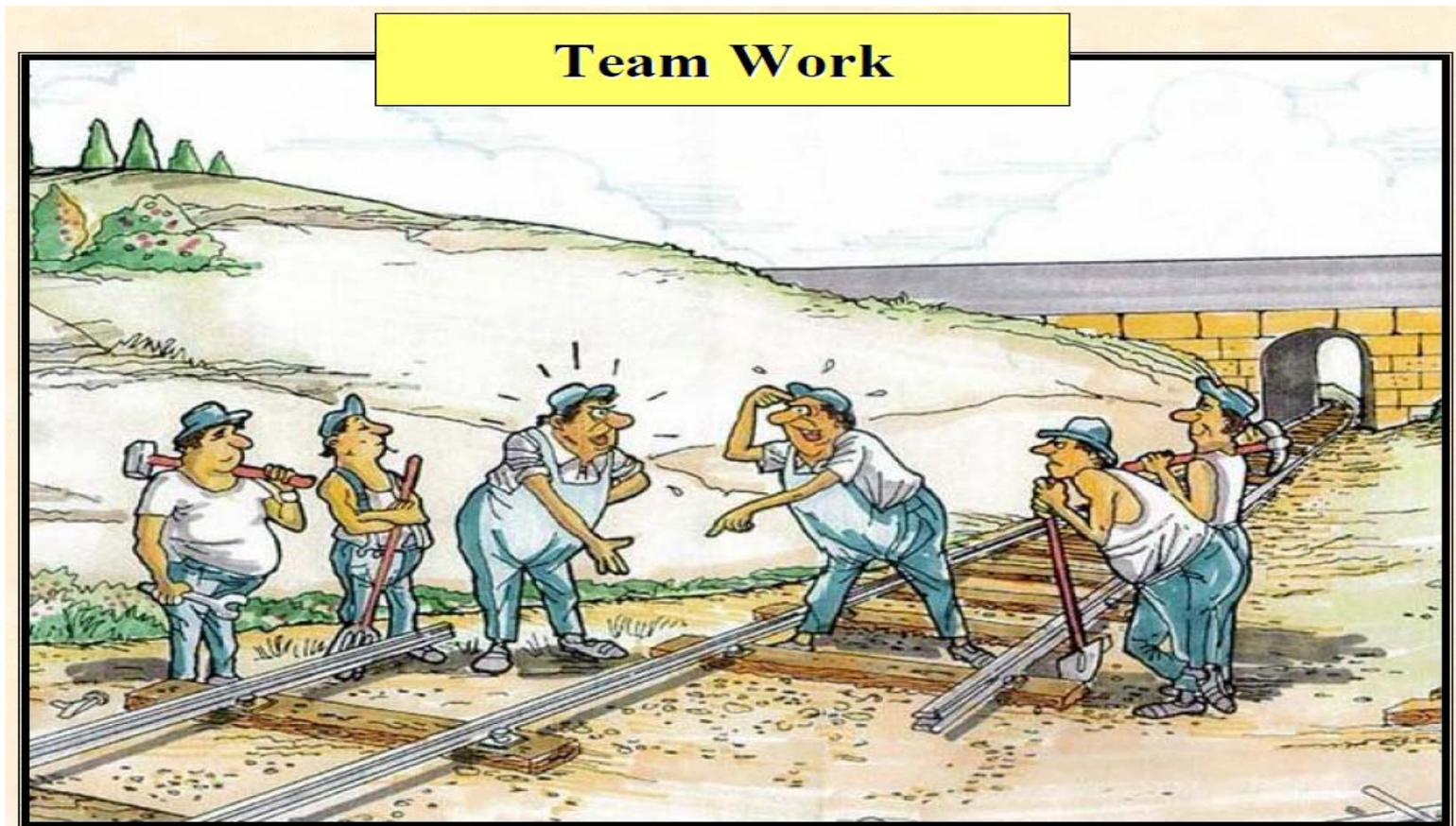


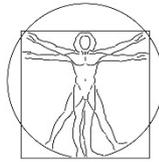
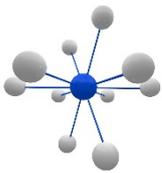
Schlussfolgerungen

- => multidimensionale Leitzielsetzung**
- => multiple Eingriffslogiken (GF – KP – KB)**
- => Erfordernis kooperativer Anstrengungen relevanter Disziplinen – Gesellschafts-sektoren – Politikbereiche**
- In Justizvollzugsanstalten kann der Soziale Dienst ein bedeutsamer Akteur und Kooperations-partner sein**



***Team Work im Kooperationsprojekt ‚Gesundheit fördern‘
– zwingend notwendig – aber nicht so!*** (Bildquelle: Mielck, 2005, Folie 27).

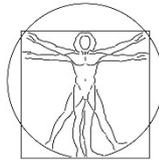
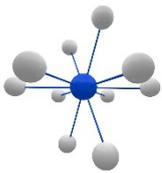




Zwischenklärungs- bedarfe

...?

-> **Salutogenese ... ?**



„Salutogenese“ versus „Pathogenese“

Pathogenetische Ansätze:

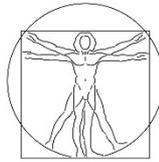
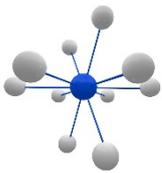
Fokus: Entstehung von Erkrankungen

Leitfrage: Warum und woran erkranken Menschen?

Salutogenetische Ansätze:

Fokus: Entstehung und Erhaltung von Gesundheit

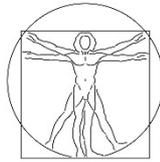
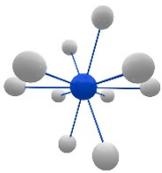
Leitfrage: Warum bleiben Menschen trotz zahlreicher alltäglicher Belastungen und kritischer Lebensereignisse (Stressoren) überhaupt gesund?



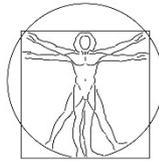
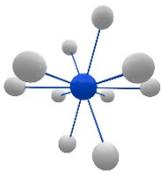
„Der Fluss des Lebens, in dem wir uns alle befinden, fließt eben nicht stetig und gerade, sondern er hat Biegungen und unterschiedliche Fließgeschwindigkeiten, Stromschnellen und Strudel.

Alle müssen Energie aufwenden, um den Kopf über Wasser halten zu können, und je nach Beschaffenheit des Flusses und den individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten kommen die Menschen mehr oder weniger gut voran.

Niemand aber geht trockenen Fußes am Ufer entlang und macht sich nur in Ausnahmefällen die Füße nass“ (Franke, 2015, digitale Version, nach Aaron Antonovsky, dem Begründer des Modells der Salutogenese)



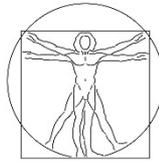
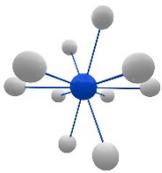
- ⇒ **Menschen sind nicht nur Gesund oder Krank**
(= Pathogenese)
- ⇒ **Sie sind mehr oder weniger Gesund und Krank**
(= Salutogenese [hier: Gesundheit-Krankheit als Kontinuum])
- ⇒ **„»Der salutogenetische Ansatz betrachtet den Kampf in Richtung Gesundheit als permanent und nie ganz erfolgreich«** (Antonovsky 1993a, S. 10) [...]; der Mensch ist jedoch in der Lage, immer wieder gesünder zu werden“ (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 15)
- ⇒ **Wie wird man aber nun ein guter Schwimmer im unsteten Fluss des Lebens? – so fragt Antonovsky**



Das Kohärenzgefühl (sense of coherence = SOC)

ist definiert als ein durchdringendes und dauerhaftes Vertrauen, dass das Leben sinnvoll ist und dass es gemeistert werden kann, auch wenn es manchmal schwer ist – unterschieden in drei Teilkomponenten:

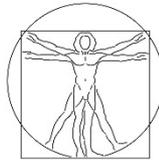
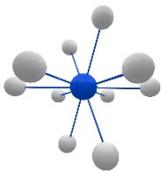
- ❖ Verstehbarkeit: Lebensanforderungen werden eher als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar, denn als willkürlich wahrgenommen;
- ❖ Machbarkeit: Lebensanforderungen werden mit dem Vertrauen begegnet, über hinreichende Bewältigungsressourcen zu verfügen;
- ❖ Sinnhaftigkeit: Lebensanforderungen werden eher als Aufgaben / Herausforderungen empfunden, die Engagement und Investment verdienen, denn lediglich als Lasten (vgl. Witteriede, 2010, S. 54).



SOC und generalisierte Widerstandsressourcen

- Antonovsky postuliert: „Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben“ (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 16)
- Das Kohärenzgefühl bildet sich umso stabiler aus, je mehr **Widerstandsressourcen** einer Person zur Verfügung stehen (vgl. Franke, 2015, digitale Version) ->

dazu zählen: Kognitive, psychische, physische, soziale und materielle Ressourcen sowie stabile Antworten auf Sinnfragen
- Personen mit einem umfangreich ausgeprägten Kohärenzgefühl, können flexibel mit Anforderungen umgehen und die der jeweiligen Situation angemessenen Widerstandsressourcen aktivieren (vgl. Bengel et al., 2001, S. 30)

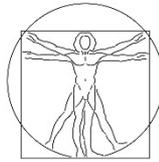
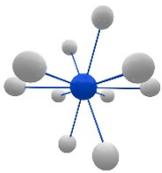


Wirkung des SOC - Überblickshinweise

Bengel & Lyssenko berichten in einer neueren Auswertung der Befundlage u.a. die folgenden Zusammenhänge:

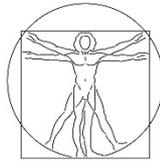
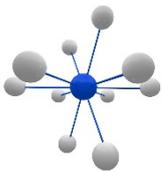
- Hoch negativ: SOC mit „Konstrukten, die mit der Symptomatik psychischer Störungen assoziiert sind – wie Ängstlichkeit, Depressivität, Burn-out, Hoffnungslosigkeit und wahrgenommene Belastung“.

- Hoch positiv: SOC mit „Maßen psychischen Wohlbefindens wie Lebensqualität, Optimismus, Widerstandsfähigkeit, Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeitserwartungen und Kontrollüberzeugungen“ (2012, S. 21, 65; vgl. auch Singer, Brähler, 2007, S. 33).



Wirkung des SOC - Überblickshinweise

- Weniger eindeutig: SOC mit „(objektiven) Maßen körperlicher Gesundheit“ (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 21)
- Einzelstudien: Abnahme SOC „bei widrigen Lebensbedingungen wie zum Beispiel hoher Arbeitsunzufriedenheit festgestellt“ (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 22)
- Protektive Wirkung hohes SOC: Tendenziell Befunde „bei chronischen Stressoren und weniger schwerwiegenden Ereignissen konsistenter als bei potenziell traumatischen Situationen im engeren Sinn“ (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 68)

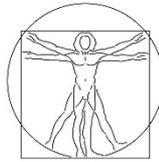
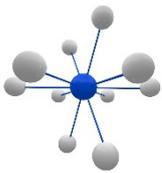


Schwarz & Stöver (2010, S. 161) zur Bedeutung des SOC für das Setting Justizvollzugsanstalt und erste Ausführungshinweise

„Die grundlegende Orientierung zukünftiger gesundheitsfördernder Maßnahmen ist von Antonovsky vorgegeben:

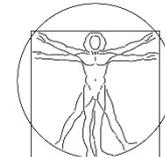
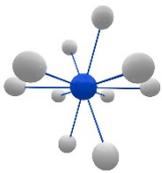
Es geht darum, das Kohärenzgefühl sowohl der MitarbeiterInnen als auch der Gefangenen zu stärken – dies kann in folgenden Bereichen erfolgen:

- **Gefühl von Verstehbarkeit**: Bedienstete und Gefangene erwarten klare Aussagen und Informationen durch geordnete Kommunikationsstrukturen.



Schwarz & Stöver (2010, S. 161) zur Bedeutung des SOC für das Setting Justizvollzugsanstalt und erste Ausführungshinweise

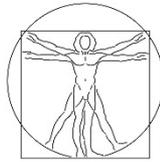
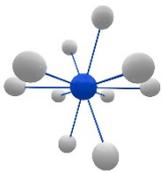
- **Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit / [...]**:
Bedienstete und Gefangene müssen mit ihren Vorschlägen ernst genommen und eingebunden werden. Wenn diese Vorschläge dazu führen, dass substantielle Veränderungen im Anstaltsablauf/-organisation erfolgen, erhöht dies die Motivation und das Gefühl der Handhabbarkeit des Arbeits-/Lebensalltages ganz wesentlich.
- **Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit:**
Bedienstete nehmen ihren Arbeitsalltag ernst und erwarten eine gemeinsame, abgestimmte, verlässliche und wirkungsvolle Reaktion auf die Herausforderungen des Justizvollzugsalltages. Für die Gefangenen kann der ‚Sinn‘ des Freiheitsentzuges in einer Orientierung auf das Leben in Freiheit sein. Für beide Gruppen kann und muss Sinnhaftigkeit hergestellt werden.“



Zwischenklärungs- bedarfe

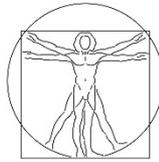
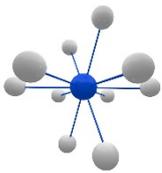
...?

-> Resilienz ... ?



Drei Resilienzformen – die Baum-im-Sturm-Analogie von Lepore & Stevens (2006)

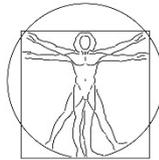
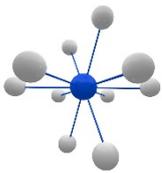
- ❖ **Resistenz:** „Der Stamm und die Äste des Baums können so massiv sein, dass sie dem Sturm bewegungslos trotzen“
- ❖ **Regeneration:** Der Baum wird „vom Wind durchgeschüttelt und verbogen werden. Nachdem der Sturm abgeflaut ist, kehrt er jedoch wieder in seine ursprüngliche Form zurück“
- ❖ **Rekonfiguration:** Der Sturm verändert derart „die Wuchsrichtung der Äste des Baums [...], dass der Baum eine neue Form annimmt, die künftigen Stürmen weniger Angriffsfläche bietet“ (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 25).



Schutz- und Resilienzfaktoren – empirische Bewertung

(Altersspanne der Probanden in den Studien überwiegend zwischen 18 und 65 - 70 Jahren; Bengel & Lyssenko, 2012, S. 44 ff.).

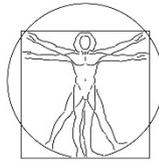
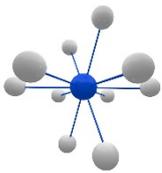
| | |
|------------------------------------|--|
| Soziale Unterstützung | Deutliche Assoziation mit psychischer Gesundheit und verringertem Mortalitätsrisiko (Schutz- und Risikofaktor) |
| Selbstwirksamkeitserwartung | Protective Wirkung in verschiedenen Situationen und Kontexten vielfach empirisch ermittelt |
| Positive Emotionen | Protective Wirkung konsistent ermittelt – regelmäßiges Auftreten scheint wichtiger als Intensität |
| Optimismus | Schützende Wirkung konsistent und gut abgesichert – weniger rosarote Brille, denn aktive Bewältigung |
| Hardiness | Weitreichende Belege für möglichen Schutzeffekt bei insbesondere schwerwiegenden Ereignissen |
| Kohärenzgefühl | Hoher SOC eher wirksam bei chronischen und weniger schweren Stressoren als bei traumatischen Ereignissen |



Schutz- und Resilienzfaktoren – empirische Bewertung

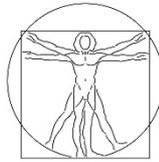
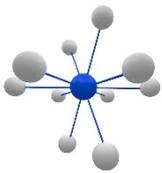
(Altersspanne der Probanden in den Studien überwiegend zwischen 18 und 65 - 70 Jahren; Bengel & Lyssenko, 2012, S. 44 ff.).

| | |
|----------------------------------|--|
| Hoffnung | Keine breite tragfähige Befundlage – Problem Konstruktbildung (Frage: Überhaupt eigenes Konstrukt? Bezug Optimismusskala?) |
| Selbstwertgefühl | Keine protektive Wirkung bei kritischen Lebensereignissen konsistent nachgewiesen (Risikofaktor bei niedriger Ausprägung) |
| Kontrollüberzeugung | Vorsichtige Beurteilung protektiver Wirkung bei kritischen Lebensereignissen – methodische und inhaltliche Operationalisierungsprobleme ; Gefahr Vermischung Schutz- / Risikofaktor |
| Coping | Beziehung zwischen Copingstil und Resilienz aufgrund konzeptueller Unschärfen und notwendigem Forschungsaufwand offen |
| Religion u. Spiritualität | Hohe Wechselwirkung mit anderen Faktoren (insbes. Soz. U.) => vermehrt Längsschnittstudien notwendig zur Fundierung protektiven Wirkpotentials bei schwerwiegenden Lebensereignissen |



Exemplarische Spezifizierung eines Faktors – Das Konzept der Sozialen Unterstützung

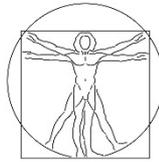
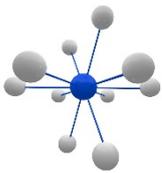
- Soziale Unterstützung aus sozialen Netzen ermöglicht Personen „in unterschiedlichster Weise Unterstützung und Hilfen zu erhalten.“
- „Zentral bei der Betrachtung sozialer Unterstützung ist ihr interaktiver Charakter und der Stellenwert der subjektiven Wahrnehmung durch das Individuum.
- Soziale Unterstützung erlangt ihre Bedeutung durch die postulierten positiven Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden“ (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007, S. 9).
- Wissenschaftlich diskutiert werden insbesondere so genannte ‚Puffereffekte‘ bei Belastungen und Erkrankungen sowie ‚Haupteffekte‘ in Gesundheit erhaltender (protektiver) Hinsicht (vgl. ebd., S. 15 ff.).



Soziale Unterstützung als gesundheitsrelevantes Konzept *– Inhalte sozialer Unterstützung*

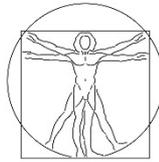
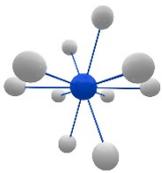
Fydrich et al. (2007, S. 11) schlagen auf Basis theoretischer und empirischer Analysen folgende Inhalte sozialer Unterstützung vor, wobei sie durchgehend die Empfängerperspektive betonen:

- (1) *„Emotionale Unterstützung* erleben: positive Gefühle, Nähe, Vertrauen und Engagement erfahren; eigene Person und Gefühle werden von anderen akzeptiert; aktives Zuhören erleben.
- (2) *Unterstützung beim Problemlösen* erleben: über ein Problem sprechen können; problemlösungs- und handlungsrelevante Informationen erhalten; Ermutigung und Rückhalt erleben; Rückmeldung für eigenes Verhalten und Erleben erhalten.



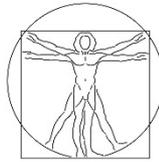
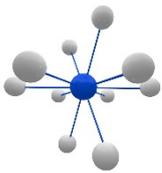
Soziale Unterstützung als gesundheitsrelevantes Konzept – Inhalte sozialer Unterstützung

- (3) *Praktische und materielle (instrumentelle) Unterstützung* erleben: im Bedarfsfall Geld oder Gegenstände geliehen oder geschenkt bekommen; bei einer schwierigen Tätigkeit Begleitung, Beistand oder praktische Hilfe erhalten; von Aufgaben und Belastungen befreit bzw. entlastet werden.
- (4) *Soziale Integration* erleben: eingebettet sein in ein Netzwerk sozialer Interaktionen; Übereinstimmung von Lebensvorstellungen und Werten.
- (5) *Beziehungssicherheit* erleben: Vertrauen haben in relevante Beziehungen und deren Verfügbarkeit“ (Fydrich et al., 2007, S. 11).



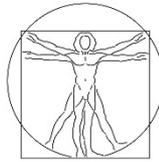
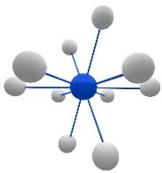
Soziale Unterstützung als Schutz- und Risikofaktor – empirische Bewertung (Bengel & Lyssenko, 2012, S. 90)

- „Die Schlussfolgerung, dass soziale Unterstützung insgesamt mit einem deutlich verringerten Mortalitätsrisiko sowie psychischer Gesundheit assoziiert ist, ist empirisch gut abgesichert.“
- „In den Studien wurde deutlich, dass soziale Unterstützung unabhängig voneinander sowohl als Risiko- wie auch als Schutzfaktor wirken kann.“
- „Die risikoerhöhende Wirkung fehlender sozialer Unterstützung ist konsistent belegt.“
- „Das Risiko negativer Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit scheint dabei ebenso hoch zu sein wie das einiger gut untersuchter Risikofaktoren auf körperlicher und Verhaltensebene, etwa Rauchen, Übergewicht und fehlende körperliche Aktivität“

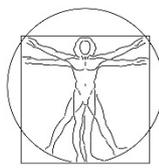
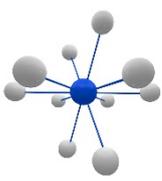


Transfer der Erkenntnisse in GF und Prävention

- ❖ Übertragung der potentialhaltigen Befundlage in fundierte wissenschaftliche Förderprogramme verläuft zumindest in Europa noch eher zögerlich
- ❖ In der Praxis bestehende Ansätze / Aktivitäten sind nur teilweise publiziert => Eine systematische Übersicht aktueller Programme zur Resilienzförderung ist zum Zeitpunkt nicht möglich
- ❖ Derzeit lassen sich allerdings vier Kategorien der Resilienzförderung am Beispiel USA differenzieren
(vgl. Bengel & Lyssenko, 2012, S. 93 ff.):



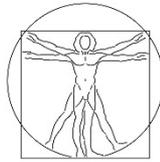
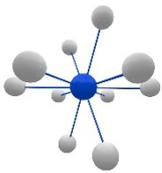
- Informationsbasierte massenmediale öffentliche Bewusstseinsbildung (z.B. infolge 9/11 „*The road to resilience*“)
- Strukturierte universelle Präventionsprogramme (z.B. zur Resilienzstärkung am Arbeitsplatz „*Promoting adult resilience*“)
- Selektive Programme, die sich an bestimmte Zielgruppen richten (z.B. primärpräventiv: „*Trauma resilience training*“ für Polizeidienststanwärter* innen; sekundärpräventiv: „*Resiliency Training*“ für Diabetiker*innen)
- Mehrebenenprogramme (z.B. „*Comprehensive soldier fitness*“ zur Entwicklung einer Resilienzkultur in der Armee durch vorgesehene Interventionen auf Einzel- Familien-, Einheiten- und Organisationsebene sowie sekundärpräventiv nach Einsätzen)



Evaluierte „Präventionsprogramme für Erwachsene“

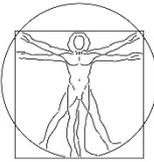
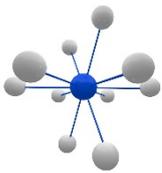
(Fachgruppe Gesundheitspsychologie, o.J., online) – **exemplarische Auswahl**

- **Gesundheit aktivieren** (GKM - Institut für Gesundheitspsychologie, Marburg); Schwerpunkte: Soziale Unterstützung, Euthymes Verhalten, Optimismus, Zielklärung; Zielgruppe: Erwachsene, besonders in/nach belastenden Lebensphasen/-situationen, mit chronischen Erkrankungen (nicht bei akuten Krankheitsschüben)
- **Gruppentraining Sozialer Kompetenzen (GSK)** (www.gsk-training.de); Ziele: Steigerung von sozialer Kompetenz, Selbstsicherheit, Selbstwirksamkeitserwartung; Minderung aggressiven Verhaltens; Zielgruppe: Sozial unsichere Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Psychiatrische Patienten, Inhaftierte, Führungskräfte
- **Regenerationstraining. Online-Gesundheitstraining** (GET.ON Gesundheits Training.Online, Leuphana Universität Lüneburg); Ziele: „Aufbau von Regenerationskompetenzen bei stressbelasteten Berufstätigen [...]. Zudem wird die Reduktion von Grübeln, Sorgen, depressiven Symptomen, die Steigerung von Selbstwirksamkeit sowie die Förderung der beruflichen Leistungsfähigkeit intendiert“



Weitere ausgewählte Förderprogramme

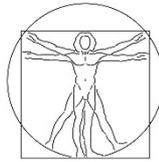
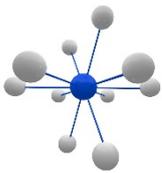
- Franke, A. & Witte, M. (2009). **HEDE-Training® Manual zur Gesundheitsförderung auf Basis der Salutogenese** (mit CD-ROM). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe. [Notiz: Das Training ist für Erwachsene (insbesondere mittleren Alters) konzipiert – optimale Gruppengröße angegeben mit 12 Personen].
- Kaluza, G. (2011). **Salute! Was die Seele stark macht: Programm zur Förderung psychosozialer Gesundheitsressourcen** (mit CD-ROM). Stuttgart: Klett-Cotta. [Notiz: Das Training ist zielgruppenunspezifisch konzipiert – wird von gesetzl. Krankenversicherern als Präventionsmaßnahme gefördert].
- Krampen, G. (2011). **Psychologisches Gesundheitstraining: ein Programm zur systematischen Selbstbeobachtung und Reflexion des Gesundheitsverhaltens; das SySeRe-Programm**. Tübingen: dgvt. [Notiz: Das Training ist bei Jugendlichen, Erwachsenen und Senioren eingesetzt worden – empirische Effektnachweise liegen für Altersspanne 14 – 84 vor].



Zwischenklärungs- bedarfe

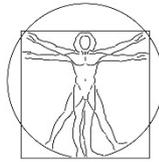
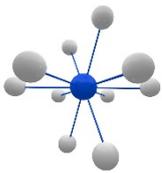
...?

-> Betriebliche
Gesundheitsförderung ... ?



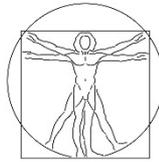
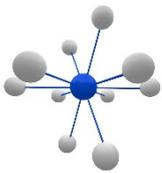
***Personenorientierte Gesundheitsförderung
und Krankheitsprävention ...
reicht das aus?***

Sicherlich wird auch ein
Hochleistungsschwimmer irgendwann
untergehen, wenn der Fluss (siehe oben Folie 20)
z.B. aufgrund punktueller Begradigungen,
Blockierungen, Umleitungen, übermäßiger
Wassereinleitungen zu reißend wird ... – ?



Es ist unabdingbar, nicht nur den Schwimmer zu trainieren, sondern zudem den Fluss zu ‚mäßigen‘ ...

Ansatz in der Gesundheitsförderung (GF)?



Ottawa Charta als einflussreiches Ergebnis der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung

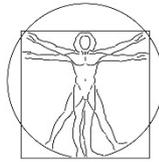
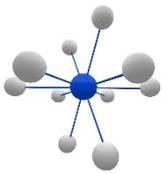
(Weltgesundheitsorganisation, 1986)

GF erscheint dort als ein **emanzipatorisch**
ausgerichtetes Konzept innerhalb dessen

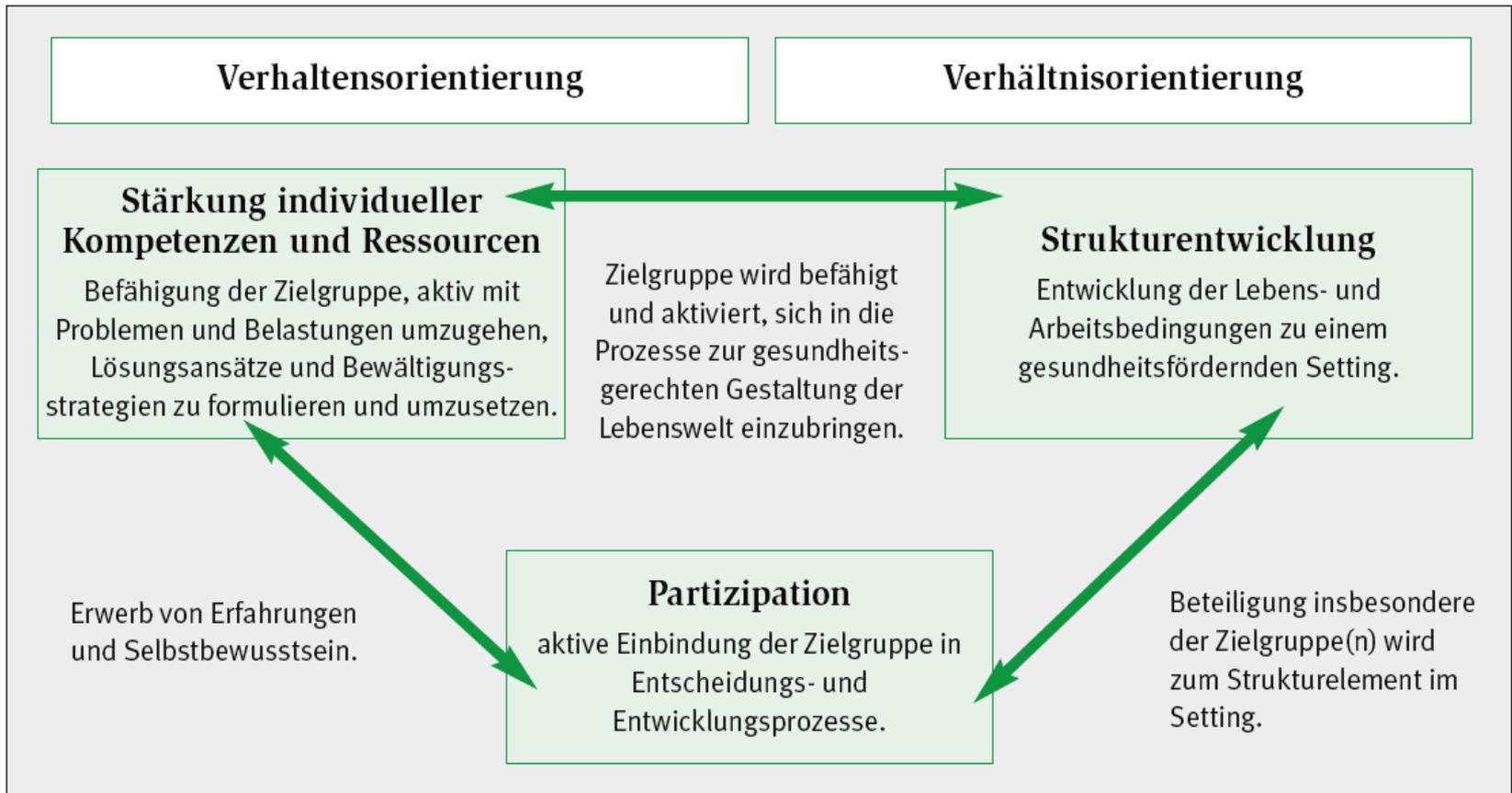
entlang eines **Mehr-Ebenen-Modells**
(fünf prioritäre Handlungsfelder) eine

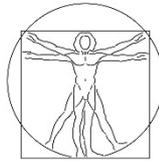
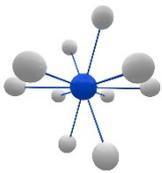
gesundheitsrelevante Ressourcenentwicklung in
verhältnisbezogener, personaler und
verhaltensbezogener Hinsicht

auf Basis **unterstützungs-, befähigungs- und**
vermittlungs-/vernetzungsbezogener
Strategien angestrebt ist.



Der Setting-Ansatz als Strategie zur gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung (Graphik: Gold et al., 2010, S. 15)





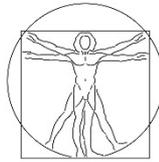
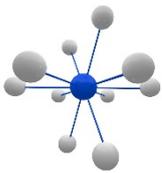
Competence and participation: empirical evidence ...

„Participation in health promotion action affects health in a curvilinear way.“

[...]

„i.e. competence enables participation and participation improves competence“ (Rüthen et al., 2000)

***=> Partizipation ist von zentraler Bedeutung
in der Gesundheitsförderung***

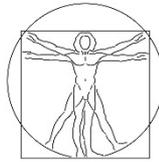
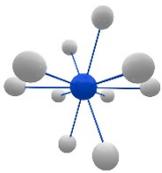


Die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, Angestellten und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen,
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung,
- „Stärkung persönlicher Kompetenzen“ (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2014, S. 2).

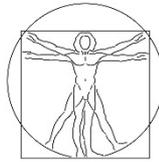
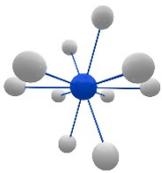


Betriebliche Gesundheitsförderung

„Im Vergleich mit den Themen »Arbeitsschutz« und »Arbeitssicherheit« ist die BGF eine relativ junge Entwicklung.

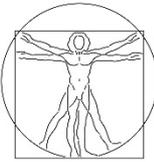
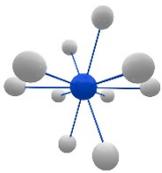
Nicht länger geht es nur noch darum, Gefahren zu vermeiden und Risiken zu senken (pathogenetische Perspektive) –

vielmehr sollen die gesundheitlichen Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestärkt werden (salutogenetische Perspektive)“ (BVPG, 2011, S. 2).



Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung – DNBGF: Ausgewählte Rechtsgrundlagen; Boni

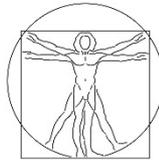
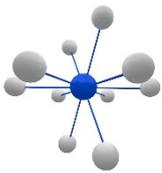
- „Nicht nur die Krankenkassen unterstützen die Betriebe bei der BGF.
- Die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber selbst können je Beschäftigte und Jahr bis zu 500 Euro für qualitätsgeprüfte Maßnahmen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung steuerfrei ausgeben (EStG).
- Das Engagement der Krankenkassen bei der BGF ist durch § 20b Sozialgesetzbuch V festgeschrieben“ (<http://www.dnbgf.de/betriebliche-gesundheitsfoerderung/rechtsgrundlagen-bgf/> [21.10.2016]).
- „Neben den Unterstützungsleistungen im Rahmen der BGF bieten Krankenkassen Unternehmen und ihren Beschäftigten zusätzliche Anreize in Form sogenannter Boni (§ 65a Abs. 2)“ (<http://www.dnbgf.de/betriebliche-gesundheitsfoerderung/bonus-fuer-bgf/> [21.10.2016]).



Zwischenklärungs- bedarfe

...?

-> GF / BGF in
Justizvollzugsanstalten ... ?



GesundinHaft.eu

Forum zur Gesundheitsförderung in Haft

Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

Bonn, Oktober 2004

Dokumentation

Herausgegeben von
akzept e.V.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V.

< - >

*Bisher acht
Konferenzen*

- >

Dokumentationen
zu Konferenzen
1 – 6 abrufbar am
21.10.2016 von
Stöver, 2015)

Sechste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

Patient or Prisoner?

Wege zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in Haft

1. bis 3. Februar 2012 in Genf

6ème conférence européenne
pour la promotion de la santé en prison

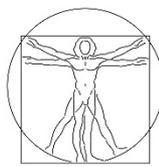
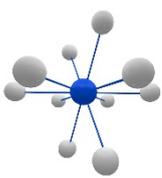
Patient ou prisonnier

Pistes vers l'équivalence des soins en prison

1 au 3 février 2012 à Genève



Dokumentation



Konferenz Bonn 2004 (Inhaltsverzeichnis der Dokumentation - Auszug)

Die WHO zur Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft 17

Dr. Lars Möller

Von der Gesundheitsfürsorge zur Gesundheitsförderung in Haft 21

Dr. Heino Stöver

Gesundheitspolitische Herausforderungen aus medizinischer Sicht 42

Dr. Bernhard Spitzer

Innovative Strategien der Infektionsprophylaxe und der Drogenhilfe
im schweizerischen Justizvollzug 44

Markus Jann

Infektionsprophylaxe und Drogenhilfe in europäischen Gefängnissen:
Ausgewählte Ergebnisse der Berichterstattung 47

Dr. Caren Weilandt

Alltagspraktische und ethische Probleme der Gesundheitsfürsorge im Vollzug
– eine Gratwanderung 70

Dr. Peter Locatin

Betriebliche Gesundheitsförderung im Justizvollzug 77

Dr. Heiner Bögemann

Arbeitsgruppen 28.10.04

*AG 1: HIV und Hepatitis im Vollzug: Veränderung in der Prävention
nach Einführung des Infektionsschutzgesetzes in Deutschland*

AG 2: „Gesundheit von Drogenkonsument(inn)en in Haft“ 94

AG 3: „Gesundheit von Frauen“ 100

AG 4: „Gesundheit und besondere Problemlagen von Jugendlichen“

AG 5: „Gesundheitsberichterstattung und Dokumentation“ 112

Arbeitsgruppen 29.10.04

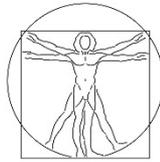
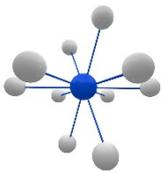
*AG 1 „Betriebliche Gesundheitsförderung im Justizvollzug“*116

*AG 2: „Gesundheit von Migrant(inn)en im Vollzug“*120

AG 4: „JVA als Teil der Gemeinde: Kooperation und Kommunikation“

*AG 5: „Hepatitis-B-Impfung“*154

AG 6: Drogenfreie Zonen im Vollzug 166



**Konferenz,
Bonn 2004,
Dokumentation,
S. 88**

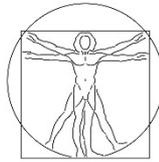
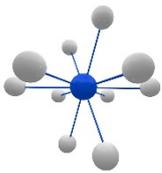
Ziel:

Landesweites Multiplikatorennetzwerk Gesundheitsförderung

Bisher rund 170 Multiplikatoren in 21 Justizvollzugseinrichtungen

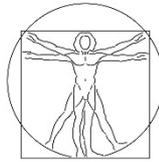
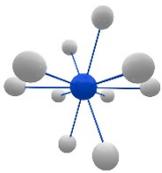
Beispiele:

| | |
|--------------------------------|--|
| JVA Wolfenbüttel: | „Förderkreis Gesundheit“ mit Abt. JVA Goslar und JVA Königslutter |
| JVA Celle: | „Arbeitsgemeinschaft Gesundheit“ |
| JVA Meppen: | „Projektgruppe Gesundheitsförderung“ |
| JVA Hildesheim: | „FIT AT WORK – Arbeitskreis Gesundheitsförderung“ |
| JVA Lingen: | „Projekt Gesundheitsförderung in der JVA Lingen“ |
| JVA Lingen-Damaschke: | „Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung“ |
| JA Hameln: | „Gesundheitszirkel der JA Hameln“ |
| JVA Hannover: | „Arbeitsgruppe JVA Vital“ |
| JVA Sehnde: | Projektgruppe „OASE“ – Gesundheitsförderung |
| JVA Vechta-Frauen: | „Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung“ |
| JVA Uelzen: | „Gesundheitskreis der JVA Uelzen“ |
| Abt.: JVA Stade: | „Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung“ |
| Abt.: JVA Lüneburg: | Arbeitsgemeinschaft „Bleib Gesund“ |
| JVA Oldenburg: | „Rückenwind – Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung“ |
| JVA Braunschweig: | „Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung“ |
| JVA Vechta: | „Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung“ |
| JVA Burgdorf: | „Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung“ |
| Bildungsinstitut Vechta: | „Gesundheitsgruppe“ (Gesundheitstage) |
| Bildungsinstitut Wolfenbüttel: | „Ernährung und Gesundheit“ |



Konferenz Wien 2009 (Inhaltsverzeichnis der Dokumentation - Auszug)

| | |
|---|---|
| Vorträge | |
| Spritzentauschprogramm für intravenös Drogen Konsumierende in einem..... Untersuchungsgefängnis in Genf H.Wolff, J.-P.Rieder, F.Pinault, C.Ritter, B.Broers | Qualitätssiegel für healthy prison – Vorstellung der Charta..... „gesundheitsfördernde Haftanstalten“ – wie weiter? Bernice Elger, Heino Stöver, Bärbel Knorr |
| Praxis der Substitution im Österreichischen Strafvollzug..... Harald Spirig, Barbara Gegenhuber | Polizeigewahrsam, Abschiebungshaft und medizinische Versorgung..... Situation und Perspektiven Christine M. Graebisch |
| Psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit von Insassen einer..... Jugendanstalt- Bekommen die Gefangenen das, was sie brauchen? Marc Lehmann | Polizeigewahrsam und Gesundheitsförderung - Situation und Perspektiven... Maria Kofler und Christine M. Graebisch |
| Gewaltprävention im Vollzug..... Rolf Söhnchen, | Suizidprävention in Haft – Neue Konzepte und Methoden..... Barbara Bojack, Patrick Frottier |
| Arbeitsgruppen..... Nicht-/Raucherschutz in Gefängnissen Karlheinz Keppler, Heino Stöver | Gesundheitsförderung für MigrantInnen in Haft..... Marit Weihen, Caren Weilandt, |
| Infektionsprophylaxe – Beispiel Schweizer Haftanstalten..... Hans Wolff und Bärbel Knorr | Betriebliche Gesundheitsförderung – Bedienstete im Mittelpunkt..... Dieter Eilers, Kathleen Schwarz |
| Ernährung im Vollzug: Wertige Kost statt Einheitsbrei..... Dietmar Hagen | Anhang..... Konferenz-Evaluation: Auswertung der Teilnehmer/innen - Fragebögen Kathleen Schwarz |
| | Charta „Gesundheitsfördernde Haftanstalten“..... |



Konferenz Genf 2012 (Inhaltsverzeichnis der Dokumentation - Auszug)

2 Vorträge Deutsch - Exposés en allemand

Ethische Prinzipien der Gesundheitsfürsorge in Haft

Prof. Dr. Jörg Pont

Europäische Trends in der Gesundheitsversorgung

Drogenabhängiger in Haft

Dagmar Hedrich und Alessandro Pirona

4 Arbeitsgruppen Deutsch - Groupes de travail en allen

Gesundheitsangebote für Drogenabhängige: Vernetzung,
„Therapie statt Strafe“ –Therapie nach bedingter Entlassung

Lisa Jakob, Dr. Barbara Gegenhuber

Suizidalität und Traumafolgestörungen bei Inhaftierten –

Epidemiologie und Behandlungen

Marina Haller, Dr. Jens Wittfoot

Intramurale Versorgung und Übergangsmanagement von
lebensälteren und behinderten Gefangenen und ältere Gefangene
mit Migrationshintergrund

Kerstin Höltekemeyer-Schwick, Dr. Martin Oberfeld, Wilfried Weyl

Tabakprävention in Totalen Institutionen: Wie kann ein für alle
Beteiligten akzeptabler Weg effektiver Tabakprävention
gefunden werden?

Dr. Catherine Ritter, Prof. Dr. Heino Stöver

Bruch der ärztlichen Schweigepflicht in Haftanstalten und
Infektionskrankheiten - ihre psychosozialen (Aus-) Wirkungen
auf MitarbeiterInnen der Justizvollzugsanstalten und Inhaftierte

Bärbel Knorr, Magdalena Kramer, Rüdiger Wächter

Übergangsmanagement – bessere Begleitung bei Haftentlassung

Dr. Stefan Markus Giebel, Ruth Steffens

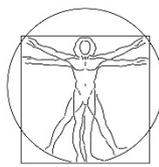
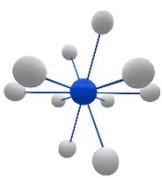
Medizinische Versorgung im schweizerischen Freiheitsentzug –
Eine Einführung in die Thematik

Dr. Benjamin F. Brägger

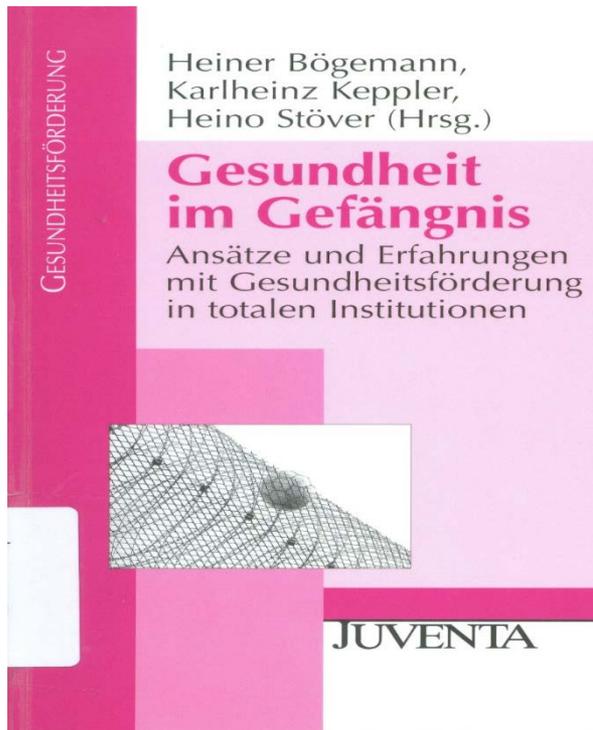
Das Projekt BIG - Innovative Modelle der Infektionsprophylaxe

Stefan Enggist, Karen Klaue

8.1 Genfer Erklärung zur Gesundheitversorgung in Haft
PD Dr. Hans Wolff, Prof. Jörg Pont, Prof. Dr. Heino Stöver



Literaturhinweis -> Auszug aus dem Inhaltsverzeichnis



I. Grundlagen

Heino Stöver

Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung im Gefängnis

Heiner Bögemann

Grundlegendes zur Gesundheit der Bediensteten in der totalen Institution Gefängnis

II. Gesundheitsförderung für Gefangene

Karlheinz Keppler

Zur gesundheitlichen Lage von weiblichen Gefangenen im niedersächsischen Justizvollzug

Heino Stöver

Drogenkonsum und Infektionskrankheiten: Grundsätzliche Herausforderungen für Gesundheit in Gefängnissen

III. Gesundheitsförderung für Bedienstete

Heiner Bögemann

Wer setzt Gesundheit im Gefängnis (eigentlich) um?

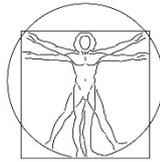
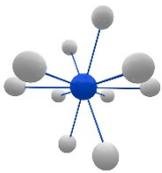
Theodor Bailly

Personal im Justizvollzug. Gesundheit und Arbeit – Biografie der Freude oder des Erleidens?

IV. Rahmenbedingungen

Andrea Seelich

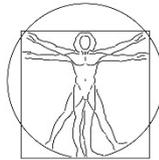
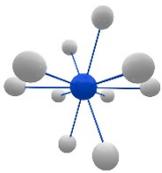
Gesundheit und Architektur am Beispiel von Gefängnissen



Studie „Stress und Belastungen im geschlossenen Justizvollzug“
–> „Zu empfehlende Maßnahmen für die JVA Bremen“
(Schwarz & Stöver, 2010, S. 168 f.)

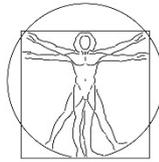
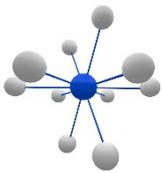
„Die betriebliche Gesundheitsförderung der Justizvollzugsanstalt muss besonders“ an den ermittelten Belastungs- und Beanspruchungsschwerpunkten (siehe oben Folien 7 f.) „ansetzen, [...] Neben den geplanten oben beschriebenen Projekten, sind weitere Maßnahmen wichtig. Dazu zählen:

- Fortbildungskurse für die Führungskräfte zum Thema Führungs- und Sozialkompetenz, Mitarbeitermotivation und Kommunikation, Personalführung
- Fortbildungskurse für die Mitarbeiter zum Thema Sozialkompetenz und Kommunikation
- Seminare zum Thema Stressbewältigung am Arbeitsplatz und gesundes Verhalten am Arbeitsplatz, Verbesserung des Betriebsklimas, der Arbeitsorganisation und der Kritikfähigkeit
- Angebote zum Stressabbau: Sport- und Bewegungsangebote, Rückenschule, Entspannungs- und Konflikttraining, Massagen



- Die Ernennung von Vertrauenspersonen (auch externe) um bestehende Probleme zu besprechen, sowie die Schaffung offener Diskussionsrunden an der alle fachlichen Ebenen beteiligt sind
- Selbstverteidigung ohne Anwendung von Waffen, Kriseninterventionstraining, Seminare zu Gewalt- und Konfliktlösung bzw. verbales Deeskalationstraining
- Psychosoziale Beratungsangebote
- Ständige Anwendung und Kontrolle der Arbeitsschutzmaßnahmen
- Suchtbewältigungsseminare
- Austausch von Erfahrungen zu dieser Problematik mit anderen Justizvollzugsanstalten mit Orientierung an positiven gesundheitsfördernden Maßnahmen anderer Justizvollzugsanstalten

Gesundheitsförderung muss eines der wichtigsten Anstaltsziele werden“ (Schwarz & Stöver, 2010, S. 168 f.).

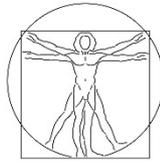
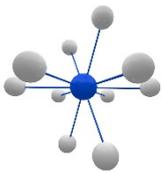


GF /BGF in Justizvollzugs- anstalten aus Sicht des Auditoriums

...?

-> Entwicklungsbedarfe und
-perspektiven

...?



Literatur

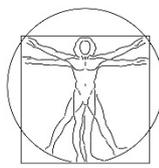
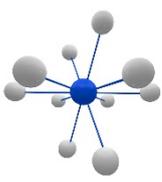
Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bengel, J.; Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert*, erweiterte Neuauflage. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

BKK-Dachverband (Hrsg.). (2015). *Psychisch krank im Job – Verstehen. Vorbeugen. Erkennen. Bewältigen [Praxishilfe]* (3. Aufl.). Berlin: Abgerufen am 21.10.2016 von: <http://www.bkk-dachverband.de/gesundheit/gesundheitsfoerderung/psychisch-krank-im-job/>

Bögemann, H.; Keppler, K.-H. & Stöver, H. (Hrsg.). (2010). *Gesundheit im Gefängnis: Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen*. Weinheim; München: Juventa-Verlag.

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2011). *Dokumentation der Statuskonferenz 2011 »Gesundheit im Betrieb – Risiken vermeiden und Ressourcen stärken«*. Bonn: Abgerufen am 21.10.2016 von: http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/fm_dateien/bvpg_statusbericht_5_web.pdf



Literatur

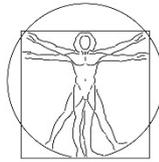
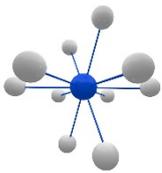
Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung – Nationale Kontaktstelle Deutschland - BKK Dachverband e.V. (2014). *Die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung*. Berlin: Abgerufen am 21.10.2016 von: http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/luxemburger_deklaration/Luxemburger_Deklaration.pdf

Fachgruppe Gesundheitspsychologie (o.J.). *Präventionsprogramme für Erwachsene*. Abgerufen am 21.10.2016 von: <http://www.gesundheitspsychologie.net/index.php/de/datenbanken/praeventionsprogramme-fuer-erwachsene>

Franke, A. (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.

Franke, A. (2015). Salutogenetische Perspektive [Digitale Version]. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 21.10.2016 von: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=164>

Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *F-SozU - Fragebogen zur sozialen Unterstützung*. Göttingen: Hogrefe.



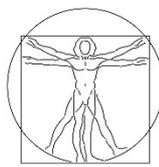
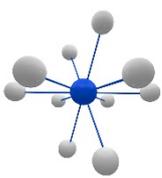
Literatur

Gold, C.; Bräunling, St.; Geene, R.; Kilian, H.; Sadowski, U. & Weber, A. (2010). *Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Heft 1: Gesunde Lebenswelten schaffen* (2., aktualisierte und erweiterte Aufl.). Berlin: Möller Druck und Verlag GmbH.

Marschall, J.; Hildebrandt, S.; Sydow, H. & Nolting, H.-D. (2016). *Gesundheitsreport 2016; Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt: Gender und Gesundheit*. (Hrsg.: Rebscher, H., Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit). Hamburg: Abgerufen am 21.10.2016 von: https://www.dak.de/dakonline/live/dak/download/Gesundheitsreport_2016_-_Warum_Frauen_und_Maenner_anders_krank_sind-1782660.pdf

Michaelsen-Gärtner, B. & Witteriede, H. (2010). Schulische Gesundheitsinterventionen und Qualitätsentwicklung: ein systematischer Überblick. In Paulus, P. (Hrsg.), *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule* (S. 111 - 144). Weinheim: Juventa.

Mielck, A. (2005). *Ungleich besser?! Diversity Management in der Gesundheitsförderung*. Vortrag auf der LVG - Jubiläumstagung. Hannover: LVG. Abgerufen am 07.03.2011 von: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/03.06.2005.vortrag.mielck.pdf>



Literatur

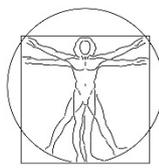
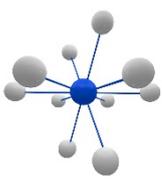
Rütten, A.; von Lengerke, Th.; Abel, Th.; Kannas, L.; Lüschen, G.; Rodriguez, J.A.; Vinck, J. & van der Zee, J. (2000). Policy, competence and participation: empirical evidence for a multilevel health promotion model. *Health Promotion International*, 15 (1), 35 - 47.

Schwarz, K. & Stöver, H. (2010). *Stress und Belastungen im geschlossenen Justizvollzug - Das Beispiel der Arbeitssituation der Justizvollzugsbediensteten in der JVA Bremen-Oslebshausen* (Gesundheitsförderung im Justizvollzug, Band 19). Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Abgerufen am 08.08.2016 von: <http://oops.uni-oldenburg.de/1107/1/schstr10.pdf>

Stöver, H. (2015). *GesundinHaft.eu – Forum zur Gesundheitsförderung in Haft*. Abgerufen am 21.10.2016 von: <http://gesundinhaft.eu>

Singer, S. & Brähler, E. (2007). *Die "Sense of coherence scale": Testhandbuch zur deutschen Version*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Feigin, V. L. et al. (2016). Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Neurology*, 15 (9), 913 - 924.



Literatur

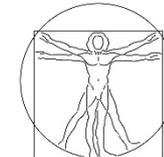
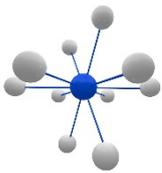
Waller, H. (2002). *Gesundheitswissenschaft – Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health* (3., völlig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

World Health Organization – WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21. Nov. 1986*; deutsche Fassung: Franzkowiak, P. & Sabo, P. (1993), Abgerufen am 21.10.2016 von: <http://tinyurl.com/b482awg>

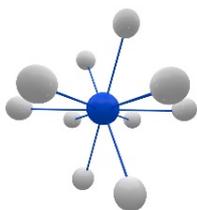
WHO (1998). *Glossar zur Gesundheitsförderung* [Deutsche Übersetzung (DVGE) des Glossars von Don Nutbeam]. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.

Witteriede, H. (2014). Koordinaten einer Gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im Kontext von Gesundheitsförderung – Krankheitsprävention – Krankheitsbehandlung. *neue praxis - Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 44 (6), 603 - 611.

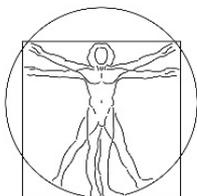
Witteriede, H. (2010). *Glossar zum Themenfeld Gesundheit - Bildung - Entwicklung* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (hrsg. von »die initiative« in der Schriftenreihe "ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte", Band 26). [Digitale Version]. Lüneburg: Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften. Abgerufen am 21.10.2016 von: <http://www.dieinitiative.de/glossar/>



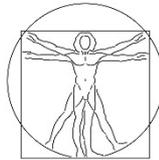
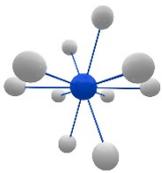
Nachweise der Bilder in der Kopfzeile



© Pixel, erhalten von fotolia.com (#9850616)



© viz4biz, erhalten von fotolia.com (#80015248)



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Heinz Witteriede
Katholische Hochschule NRW,
Abteilung Paderborn
Leostraße 19
D-33098 Paderborn
Telefon: +49 (0) 5251 1225 - 44
E-Mail: h.witteriede@katho-nrw.de
Internet: www.katho-nrw.de/h.witteriede



Muss diese Datei wirklich ausgedruckt werden?

Please, consider the environment before you print this file.