

104 impulse

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



Wo ein Wille ist, da ist auch... Health in All Policies Internationale Beispiele

EDITORIAL » Deutschland hat das drittteuerste Gesundheitswesen der Welt. Gleichzeitig schneiden wir im internationalen Vergleich bei der Lebenserwartung und den in guter Gesundheit verbrachten Lebensjahren nur mittelmäßig ab. Vielleicht liegt es an dem unerschütterlichen Glauben, dass Gesundheit vor allem durch Investitionen in die Krankenversorgung hergestellt werden kann. Dass mehr Gesundheit und Wohlergehen besser durch langfristige, intersektoral integrierte Strategien und eine entsprechende politische Rahmensetzung erzielt werden können, kommt hierzulande bislang meist nur in Absichtserklärungen zum Ausdruck, wenn überhaupt. Das fängt schon bei der Formulierung von Politikzielen an. In Deutschland »Wohlergehen« auf die politische Agenda zu setzen oder gar ein »Wellbeing Budget« in einen öffentlichen Haushalt einzuplanen, scheint nahezu undenkbar in einem Land ohne nennenswerte Lebensmittelkennzeichnung oder Tempolimits auf Autobahnen. Andere politische Interessen haben hier fast immer eine stärkere Lobby als die Gesundheit – wohlgermerkt nicht Krankenversorgung, auch da ist die Lobbyarbeit effektiv und stark.

Mit dieser Ausgabe der Impulse werfen wir einen Blick über den deutschen Tellerrand hinaus auf internationale Beispiele, wie die Förderung von Gesundheit als Aufgabe aller Politikbereiche nicht nur integriert gedacht, sondern tatsächlich auch umgesetzt werden kann. Sie alle zeigen, wie dort, wo ein (politischer) Wille ist, auch »Health in All Policies« gelingen kann.

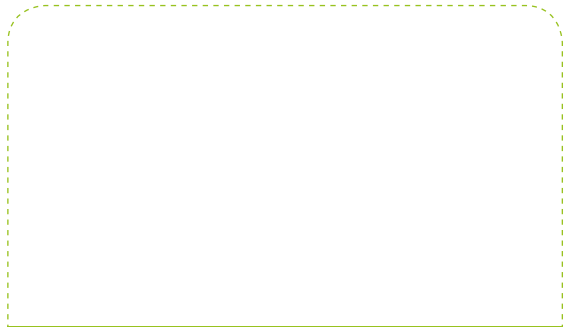
Dies ist die erste Impulse, die auch zweisprachig erscheint. Wir konnten internationale Autor*innen gewinnen, deren englische Originaltexte Sie in einer digitalen Ausgabe unter www.gesundheit-nds.de/impulse finden. Im vorliegenden Heft sind die Texte ins Deutsche übersetzt. Die nächste Impulse-Ausgabe hat das Schwerpunktthema »Psychische Gesundheit« (Redaktionsschluss 15.10.2019). Die übernächste Ausgabe wird eine »Zwischenbilanz zur Umsetzung des Präventionsgesetzes« ziehen (Redaktionsschluss 17.01.2020). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit vielfältigen Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen, herbstlichen Grüßen aus Hannover und Bremen!

Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

- Health in All Policies: Entwicklungen und Perspektiven 02
- Das Wohlergehen künftiger Generationen in Wales 03
- Das norwegische Gesetz zur Öffentlichen Gesundheit 05
- Das »Wellbeing Budget« in Neuseeland 06
- Staatliche Verantwortung für eine gesunde Ernährung? 08
- E-Health in Israel 09
- Interdisziplinäre Versorgung in Schweden 10
- Eine Baby-Box für einen gesunden Start ins Leben 11
- Nie wieder kleine Superhelden und Puppenmuttis? 12
- Verankerung von umweltpolitischen Themen im Politikprozess .. 14
- Städte für Menschen 15
- Gesundes Leben in der Stadt für alle 16
- JAHEE 17
- Die Klimakrise: Ein Thema für Health in All Policies? 18
- Impressum 19
- Wenn Evidenz nicht ausreicht 20
- Studentisches Gesundheitsmanagement strukturiert umsetzen . 22
- Luxus für die Frau 23
- Vertrauen und die Suche nach Gesundheitsinformationen 23
- Aggressives Verhalten in der Zusammenarbeit 24
- Erster Präventionsbericht veröffentlicht 25
- Health in School policies 26
- Gesundheit im Quartier 27
- Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung 27
- Altern in Vielfalt 28
- Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen 29
- Bücher, Medien 30
- Termine LVG & AFS 34
- Termine 36





RAIMUND GEENE

Health in All Policies Entwicklungen und Perspektiven

Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die in allen Politikfeldern berücksichtigt werden soll – so lautet die Kernaussage des Konzeptes »Health in All Policies« (HiAP). Zur Umsetzung ist eine Doppelstrategie von politischen und gesellschaftlichen Ansätzen vorgesehen, die sich ergänzen und gegenseitig verstärken sollen für mehr Gesundheit für alle. Das Konzept »Gesundheit in allen Politikbereichen« wurde erstmals in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung formuliert, die 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet wurde. Die Ottawa-Charta selbst markierte einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsförderung. Gesundheit wird seither nicht mehr primär als die Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern viel umfassender gedacht, als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Dieses wird von einer Vielzahl von Determinanten beeinflusst – angefangen bei Alter, Geschlecht und genetischen Faktoren, über individuelle Verhaltensweisen, bis hin zu Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie sozioökonomischen, politischen, kulturellen und Umweltfaktoren. Daraus erwuchs die Erkenntnis, dass Gesundheit nicht nur durch das Gesundheitssystem geschaffen oder erhalten wird, sondern maßgeblich durch Entscheidungen in anderen Politikfeldern wie Soziales, Umwelt, Verkehr, Wirtschaft, Arbeit, Bau- und Stadtentwicklung beeinflusst wird. Gesundheit als Menschenrecht erfordert daher eine umfassende und nachhaltige Strategie zur Gestaltung von gesunden Lebenswelten und -verhältnissen.

Das HiAP-Konzept wurde 2006 unter der finnischen EU-Ratspräsidentschaft zum europäischen und 2013 durch die Helsinki-Konferenz der WHO schließlich zum internationalen Leitbild einer gerechten, nachhaltigen und zukunftsweisenden Gesundheitspolitik.

Strategien und Instrumente

Die WHO definiert HiAP als »ein Konzept für die Politik in allen Sektoren, die systematisch die Auswirkungen von Entscheidungen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme berücksichtigt, Synergien sucht und schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit vermeidet, um die Gesundheit der Bevölkerung und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern«. Zu den wesentlichen Strategien und Charakteristika zählen eine ressortübergreifende und intersektorale Zusammenarbeit, Nachhaltigkeit, Nutzerorientierung, Salutogenese, Selbsthilfe sowie Empowerment. Im Zentrum steht jeweils die kleinteilige, konkrete Zusammenarbeit vor Ort, die nah an oder sogar partizipativ direkt mit den Bürger*innen entwickelt wird.

Gerade in Deutschland, mit seiner Vielfalt an zivilgesellschaftlichem Engagement, gibt es enormes Potenzial, das bereits in vielen Kommunen zum Tragen kommt und sich in einer Vielzahl von Initiativen und Vereinen ausdrückt. Im HiAP-Konzept heißt dieser zivilgesellschaftliche Ansatz »Whole of Society-Approach«. Um diesen Ansatz noch mehr zur Wirkung zu bringen, muss die Politik allerdings Rahmenbedingungen schaffen, die die Gestaltung gesundheitsförderlicher Verhältnisse und Lebensbedingungen ermöglichen. Dieser »Whole of Government-Approach«, ein politikfeldübergreifender Ansatz, wird auf kommunaler Ebene bereits vielfach verfolgt, überregional in Deutschland jedoch noch eindeutig zu wenig. Politische Maßnahmen können etwa interministerielle Zusammenarbeit, Expertenkommissionen, Förderprogramme und Gesetze umfassen. Gemeinsam bilden die beiden Ansätze (Society- und Government-Approach) die Doppelstrategie des HiAP-Konzepts.

Ein explizites Bekenntnis der politischen Führung ist eine wesentliche Voraussetzung, damit sich HiAP etablieren kann. Strategien zur Verankerung von Gesundheit in allen Politikbereichen hängen maßgeblich von den politischen Verantwortlichen und der Unterstützung »von oben« ab. Als ebenso zentral erweisen sich die (überregionale) Koordination der intersektoralen Zusammenarbeit und die Etablierung nachhaltiger Strukturen, beispielsweise von intersektoralen Gremien und Arbeitsgruppen, Runden Tischen oder Gesundheitskonferenzen, die nicht zuletzt den Erfahrungs- und Wissensaustausch befördern. Ein weiteres Erfolgskriterium für HiAP ist darüber hinaus die Orientierung an konkreten, gemeinsamen Zielen sowie deren Überprüfung. Erprobte Instrumente sind hierfür beispielsweise Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsprozessanalysen (HLAs) oder Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen (HIAs). Dabei gibt es für HiAP nicht die eine Schlüsselstrategie. Vielmehr ist ein Zusammenwirken vielfältiger Akteur*innen, Strukturen, Maßnahmen und Instrumente für komplexe Veränderungsprozesse notwendig.

Internationale Konzepte und Modelle

International existieren ermutigende Modelle für solche umfassenden Gesundheitsstrategien. Als Vorbildhaft gilt etwa die HiAP-Strategie im australischen Bundesstaat South Australia, die seit 2008 umgesetzt und eng von der WHO begleitet wird. Ein breites Bündnis von Akteur*innen hat sich dort auf Grundlage eines Regierungsbeschlusses 98 Gesundheitsziele in sechs Handlungsfeldern gesetzt. Im Mittelpunkt stehen die sozialen Determinanten der Gesundheit sowie Fragen der Bürgerbeteiligung, Verantwortlichkeiten, Transparenz und Finanzierung. Grundlage ist ein explizites Mandat der politischen Füh-

rung, flankiert von Monitoring- und Mediationsmechanismen. Weitere internationale Beispiele sind in Norwegen, in den USA (Kalifornien) und Kanada (British Columbia) zu finden.

Kommunale und zivilgesellschaftliche Ansätze in Deutschland

Auch wenn in Deutschland noch kaum langfristig dokumentierte und evaluierte HiAP-Modellprojekte existieren, bestehen doch gute Anknüpfungspunkte, wie regionale oder überregionale Gesundheitskonferenzen, Förderprogramme oder auch – bisher noch zu wenig umgesetzte – Präventions- und andere Fördergesetze. Es fehlt bislang jedoch an Vernetzung und gemeinsamer Stoßrichtung. Hier stellen sich, bedingt durch die föderalen und korporativen Gewaltenteilungen (Bund-Länder-Kommunen, Sozialpartner-Leistungserbringer), besondere Herausforderungen, aber auch Möglichkeiten für die Doppelstrategie von politischen und gesellschaftlichen Ansätzen. Die konkreten Erfahrungen mit intersektoraler Arbeit liegen in den Kommunen sowie bei den zivilgesellschaftlichen Akteur*innen. Im Rahmen integrierter Gesundheitsstrategien (unter anderem Gesundes Städte-Netzwerk, Präventionsketten) wird auf kommunaler Ebene vor Ort oft schon intensiv zusammengearbeitet – tatsächlich eine enorme Ressource für die Umsetzung des Society-Parts von HiAP.

Gleichzeitig besteht oft ein Defizit in der überregionalen politischen Unterstützung, sodass Initiativen »von unten« häufig an den gesetzlichen und allokativen Rahmenbedingungen »von oben« scheitern. Es fehlt an Koordination auf Länder- und Bundesebene und eine wesentliche Frage ist ungeklärt: Wer sind die Fürsprecher*innen für die Gesundheit der Bevölkerung, wer betreibt »Public Health-Advocacy«? Punktuell waren in der Vergangenheit bereits gesamtgesellschaftliche Innovationen auch in Deutschland erkennbar. Solche »Windows of Opportunities« gab es infolge der AIDS-Krise der 1980er- und 1990er-Jahre, in der sich neue Konzepte von Gesundheitsförderung, Selbsthilfe und Solidarität entwickelten. Auch der seit den 2000er-Jahren verstärkte Nichtraucherschutz zeigt mit seinem Maßnahmenbündel (wie etwa Rauch- und Werbeverbote, Steuererhöhungen, Kampagnen zum Nichtrauchen) auf, wie wichtig es ist, kurzfristig notwendiges Handeln mit einer langfristigen und nachhaltigen Perspektive zu verknüpfen, wie sie HiAP anbietet.

Roadmap Public Health: eine Strategie für Deutschland

Aus der Fachwelt und Zivilgesellschaft entwickeln sich inzwischen Kooperationen, die einem solchen Prozess selbstorganisiert vorgreifen. So wird seit Anfang 2019, koordiniert durch das Zukunftsforum Public Health, eine entsprechende Strategie (Roadmap Public Health, www.zukunftsforum-public-health.de) für Deutschland entwickelt, die entlang von zehn prioritären Aufgabenfeldern (»EPHOs«) aufzeigen soll, wie sich durch ein gemeinsames, abgestimmtes Vorgehen »mehr Gesundheit für alle« in die Praxis umsetzen lässt. Die Ausarbeitung einer solchen überregionalen, aber auch kommunal verankerten Gesundheitsstrategie in den Bundesländern, wie sie im Land Bremen bereits beispielgebend entwickelt wird, ist der nächste wichtige Schritt auf dem Weg zu Gesundheit in allen Politikbereichen in Deutschland. Die bundesdeutschen Leitprinzipien von Föderalismus und Korporatismus begründen zwar bislang ein Defizit an überregionaler Governance, bieten aber gleichzeitig Chancen für Vielfalt, die durch Koor-

dination genutzt und verstärkt werden können. Hier sollten Bundes- und Landespolitik die Erfahrungen von regionaler und nicht-staatlicher Lösungskompetenz (Kommunen, Wohlfahrt, Vereine, Selbsthilfe) aufgreifen und stützen – orientiert an den inhaltlichen Ansätzen von HiAP, mithilfe entwickelter HiAP-Instrumente und gemeinsam vereinbart im Rahmen einer Roadmap Public Health als gesundheitspolitisches Leitkonzept für Deutschland.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. RAIMUND GEENE, Berlin School of Public Health,
Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin,
E-Mail: raimund.geene@charite.de

CATHERINE WEATHERUP

Ein Gesetz für das Wohlergehen künftiger Generationen in Wales

Wales ist eines der ersten Länder, die sich mit einem nationalen Gesetzespaket die umfassende und nachhaltige Verbesserung des sozialen, gesundheitlichen, wirtschaftlichen, ökologischen und kulturellen Wohlergehens der Bevölkerung zum Ziel gesetzt haben. 2015 verabschiedete die walisische Regierung das Gesetz zum Wohlergehen künftiger Generationen (in Wales), den »Well-being of Future Generations (Wales) Act«. Das Gesetz nimmt direkten Bezug auf die Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals) der Vereinten Nationen und definiert »Nachhaltigkeit« als zentrales Organisationsprinzip für alle öffentlichen Dienste, angefangen von der Landesregierung bis hin zu ihren 44 Einrichtungen und Behörden, inklusive der kommunalen Verwaltungen, dem staatlichen Gesundheitswesen (National Health Service), den Nationalparkbehörden sowie Gremien für Kunst und Sport. Es soll »sicherstellen, dass die Bedürfnisse der heutigen Generationen erfüllt werden, ohne künftigen Generationen die Möglichkeit zu nehmen, ihre Bedürfnisse zu erfüllen«. Das Gesetz formuliert anspruchsvolle, langfristige Ziele und wird von umfassenden Strukturentwicklungsmaßnahmen begleitet. Die Beteiligung der Öffentlichkeit an der Erarbeitung des Gesetzes trug dazu bei, dass die Waliser*innen ihre Sichtweisen einbringen und gleichzeitig ein Gefühl der Mitverantwortung entwickeln konnten. Leitfrage dieses partizipativen Prozesses war »Wie soll Wales im Jahr 2050 aussehen?« (»The Wales we want to be by 2050«). Mehr als 7.000 Menschen haben an Debatten, Gemeindeversammlungen und Netzwerkveranstaltungen zum Gesetzesentwurf teilgenommen. Die Ergebnisse dieses Dialogs führten zu wesentlichen Anpassungen und flossen in Inhalt und Ausgestaltung des Gesetzes zum Wohlergehen künftiger Generationen ein.

Ziele, Indikatoren und Arbeitsweisen

Die sieben übergreifenden, nationalen Ziele für das Wohlergehen in Wales bilden eine rechtsverbindliche gemeinsame Zielsetzung für den öffentlichen Sektor, auf die alle Aktivitäten ausgerichtet sein sollen. Die Ziele lauten:

- » ein resilientes Wales
- » ein gesünderes Wales
- » ein gleichberechtigtes Wales
- » ein Wales mit Gemeinschaften, die zusammenhalten

- » ein Wales lebendiger Kultur und einer blühenden walisischen Sprache
- » ein global verantwortliches Wales
- » ein wohlhabendes Wales

Zudem wurden sechsvierzig Indikatoren zur Messung des Fortschritts bei der Verbesserung des wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und ökologischen Wohlergehens in Wales definiert. Zu den gesundheitsbezogenen Indikatoren gehören beispielsweise:

- » Anteil lebend geborener Einlinge mit einem Gewicht von unter 2.500g
- » gesunde Lebenserwartung bei der Geburt, einschließlich der Differenz zwischen den am wenigsten und den am stärksten benachteiligten Menschen
- » Anteil von Personen, die in Haushalten mit einkommensbedingter Armut leben (gemessen für Kinder, Menschen im erwerbsfähigen Alter und Personen im Rentenalter)
- » Grad der Stickstoffdioxid-Verschmutzung in der Luft

Gemeinsame Zielsetzungen und klare Indikatoren sind das eine, ein abgestimmtes Vorgehen aller Beteiligten das andere. Das Gesetz verlangt daher, dass sich die öffentlichen Dienste an gemeinsamen Arbeitsmethoden, den »five ways of working«, orientieren:

- » **1. Langfristiges Denken** über kurzfristige Erfordernisse hinaus, also auch strategische Planungen für zehn, zwanzig oder dreißig Jahre
- » **2. Verzahnung** der Ziele und Angebote der verschiedenen Dienste
- » **3. Beteiligung** der Öffentlichkeit an Entscheidungsfindungen, an der Planung, Entwicklung und Erbringung von Dienstleistungen
- » **4. Zusammenarbeit** von Organisationen und Einzelpersonen
- » **5. Prävention** von Problemen bevor sie entstehen oder schlimmer werden

Mit dem Gesetz wurde auch die Position einer*eines »Nationalen Beauftragten für künftige Generationen« eingeführt. Diese Person berät, überwacht und überprüft die Arbeit der öffentlichen Stellen, die ihrerseits angemessene Schritte unternehmen müssen, um den Empfehlungen der*des Beauftragten zu folgen.

Wegbereiter für Health in All Policies (HiAP)

Die Gesundheitssituation der walisischen Bevölkerung ist insgesamt gut und wird stetig besser. Dennoch gibt es weiterhin große Herausforderungen, wie etwa die gesundheitliche Ungleichheit. Während die durchschnittliche Lebenserwartung voraussichtlich weiter steigen wird, besteht hierbei zwischen den am stärksten und den am wenigsten benachteiligten Regionen in Wales immer noch ein Unterschied von bis zu zehn Jahren. Das Gesetz zum Wohlergehen künftiger Generationen soll das gesamte Spektrum gesundheitsrelevanter Faktoren erfassen und zielt daher mit seinem multisektoralen, alle Bereiche der Regierung und Gesellschaft berücksichtigenden Ansatz auch ausdrücklich darauf ab, Wegbereiter für die Umsetzung von HiAP zu sein. Unterstützt wird dies durch die Gesundheitsfolgenabschätzung (Health Impact Assessment, HIA), die seit 2017 in einigen Bereichen gesetzlich vorgeschrieben ist. HIA ist eine Kombination aus Verfahren, Methoden und Werkzeugen zur systematischen Abschätzung des Potenzials



und der Effekte von politischen Entscheidungen, Programmen oder Projekten auf die Gesundheit einer Bevölkerung. Sie zeigt auch die Verteilung dieser Effekte innerhalb der Bevölkerung. HIA dient zur Ermittlung geeigneter Maßnahmen, um solche (manchmal unbeabsichtigten) Effekte zu kontrollieren und trägt mit dazu bei, dass sowohl die kurz- als auch die langfristigen Folgen von Politiken und Projekten mitbedacht werden. Darüber hinaus werden jedes Jahr Fortschrittsberichte über den aktuellen Stand der Indikatoren für Wohlergehen veröffentlicht.

Umsetzung

Zu den ersten Anwendern des Gesetzes gehörten die walisischen Nationalparks. Sie identifizierten, welchen Beitrag sie zur Förderung von Gesundheit und Wohlergehen der heutigen und künftiger Generationen leisten können: Hierzu gehören die Verbesserung des Zugangs zu Freizeitmöglichkeiten in der Natur, die Ansprache benachteiligter Gruppen durch neue Aktivitäten sowie die Entwicklung neuer Partnerschaften, um mehr Menschen einzubeziehen. Ein weiteres Beispiel ist Cymru Well Wales, ein sektorenübergreifender Kooperationsverbund. Er wurde gegründet, um zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beizutragen und die Primärprävention zu stärken. Im Jahr 2016 startete der Verbund das landesweite Programm »Die ersten 1.000 Tage«, das einen gesamt-systemischen Ansatz verfolgt. Eingebunden sind alle staatlichen Stellen und Professionen, die mit Familien und Kindern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr in Kontakt stehen. Mit dem Fokus auf die ersten 1.000 Tage wird internationalen Erkenntnissen Rechnung getragen, dass eine höhere Investition von Ressourcen in den ersten Lebensjahren sowohl Vorteile für die weitere, lebenslange Entwicklung des Individuums als auch einen besseren »Return on Investment« für die Gesellschaft und die öffentlichen Dienste bringt. Bei dem Programm geht es nicht um die Schaffung neuer Dienstleistungen, sondern um den Austausch von Erfahrungen, die gemeinsame Verbesserung bestehender Angebote und eine bessere Zusammenarbeit bei der Prävention, Frühintervention und Stärkung von Schutzfaktoren.

Fazit

Das Gesetz zum Wohlergehen künftiger Generationen fordert öffentliche Stellen heraus, ihren Fokus über das »Silo-Denken« in Abteilungen und über Legislaturperioden hinaus zu erweitern. Mit der Zusammenarbeit zwischen den Diensten, einem am Menschen ausgerichteten Ansatz, frühzeitigen präventiven Maßnahmen und längerfristigem Denken bietet es einen wichtigen Rahmen für die Schaffung von Gerechtigkeit und nachhaltigem Wohlergehen für heutige und künftige Generationen in Wales.

Literatur bei der Verfasserin

CATHERINE WEATHERUP, Strategic Lead, Health and Sustainability Hub, Public Health Wales, Cardiff, Wales, E-Mail: catherine.weatherup@wales.nhs.uk

» Dieser Artikel wurde ins Deutsche übersetzt. Die Originalfassung ist in der zweisprachigen Ausgabe unter www.gesundheit-nds.de/impulse abrufbar.

SUSANNE HAGEN, NAIA HERNANTES COLIAS,
KJELL IVAR ØVERGÅRD

Das norwegische Gesetz zur Öffentlichen Gesundheit und seine Umsetzung

Norwegen ist für seine egalitäre Gesellschaft bekannt – Solidarität, Universalismus und die Umverteilung von Ressourcen zwischen sozialen Gruppen haben hier einen hohen Stellenwert. Jedoch gibt es ein soziales Gefälle hinsichtlich der Gesundheit in Norwegen, die Ungleichheiten nehmen derzeit zu. Da der soziale Gradient mit einer ungerechten Verteilung sozioökonomischer Faktoren zusammenhängt, hat die norwegische Regierung seit Jahrzehnten politische Strategien entwickelt, um diese Ungleichheiten abzubauen. Dieses Ziel wird durch das Gesetz über die Öffentliche Gesundheit (»Public Health Act«) hervorgehoben, das im Januar 2012 in Kraft getreten ist. Das Gesetz folgt den Grundsätzen der gesundheitlichen Chancengleichheit und dem Health in All Policies Ansatz. Gemäß der Ottawa-Charta berücksichtigt es, dass die Gesundheit von den Bedingungen beeinflusst wird, unter denen Menschen leben, lernen, lieben und arbeiten. Das Gesetz zielt darauf ab, das Gefälle in der Gesundheit zu reduzieren, indem es bei den sozialen Determinanten ansetzt. Zugleich verlagert es die Verantwortung für die Reduzierung sozialer Ungleichheiten in der Gesundheit von der nationalen auf die lokale Ebene. In Norwegen gibt es drei Verwaltungsebenen: die nationale, die regionale mit 19 Landkreisen und die lokale Ebene mit 428 Kommunen. In den Kommunen tragen eine Geschäftsführung, eine Verwaltungsleitung und der*die Bürgermeister*in die gemeinsame Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung. Dies zeigt, dass die Zuständigkeit für die öffentliche Gesundheit nicht nur im Gesundheitssektor liegt, sondern alle Bereiche betrifft.

Was besagt das Gesetz?

Das Gesetz zur Öffentlichen Gesundheit verpflichtet die Kommunen zu Folgendem:

» **1.** Die Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Koordination. Sie soll den kommunalen, privaten und freiwilligen Sektor zusammenführen, Synergien schaffen und Doppelstrukturen vermeiden. Grundsätzlich soll ein*e Gesundheitskoordinator*in Wissensvermittler*in im Bereich der lokalen öffentlichen Gesundheit sein.



» **2.** Die Erstellung von Gesundheitsberichten zur Gesundheit der Bürger*innen sowie zu den positiven und negativen Faktoren, welche die öffentliche Gesundheit beeinflussen können. Die Berichte sollen sich auf Informationen der Zentralregierung und der regionalen Gebietskörperschaften, auf Erkenntnisse der örtlichen Gesundheitsdienste sowie auf Kenntnisse über Faktoren und Entwicklungstrends in der Umwelt und der örtlichen Bevölkerung stützen, welche die Gesundheit durch ihre verschiedenen Determinanten beeinflussen können. In der Berichterstattung müssen Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit ermittelt, sowie mögliche Ursachen und deren Auswirkungen bewertet werden. Ein besonderes Augenmerk soll dabei immer auf soziale Ungleichheiten in der Gesundheit gelegt werden.

» **3.** Die Einbeziehung politischer und gesundheitsfördernder Initiativen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten in die lokalen Planungssysteme und Masterpläne. Masterpläne bilden die Grundlage für lokale Politiken. Sie betrachten die gesundheitsbezogenen Folgen von politischen Maßnahmen, die zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit und zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen sollen. Masterpläne sind auf der Grundlage der Gesundheitsberichte zu erarbeiten.

Forschung zur Umsetzung des Gesetzes

Im Zeitraum von 2012 bis 2016 finanzierte der norwegische Forschungsrat das Forschungsprojekt »Die sozialen Determinanten der Gesundheit von Familien mit Kindern« (SODEMIFA). Basierend auf qualitativen und quantitativen Daten wurde in diesem Projekt die Umsetzung des Gesetzes evaluiert. Die Daten stammten aus Modellkommunen, aus zwei Erhebungen, die in allen norwegischen Kommunen durchgeführt wurden (N = 428), sowie aus Registerdaten. Die Studie sollte Folgendes untersuchen:

» den Zusammenhang zwischen dem HiAP-Ansatz und kommunalen Strategien im Hinblick auf die sozialen Determinanten von Gesundheit, wie zum Beispiel den Einsatz von Koordinator*innen für öffentliche Gesundheit und einer gerechten Verteilung der sozialen und ökonomischen Ressourcen zwischen sozialen Gruppen,



Neuseeland

- » ob norwegische Kommunen bei der lokalen Gesundheitsförderung die Lebensbedingungen (wirtschaftliche Umstände, Wohnverhältnisse, Beschäftigung und Bildungsfaktoren) berücksichtigen und wie diese in Zusammenhang stehen;
- » inwiefern Veränderungen in der Nutzung von HiAP-Werkzeugen durch Kommunen (einschließlich der Einstellung von Gesundheitskoordinator*innen und der Entwicklung von Gesundheitsberichten) mit einer gerechten Verteilung der sozialen und ökonomischen Ressourcen auf die sozialen Gruppen zusammenhängen.

Ergebnisse der Studie

Insgesamt ergab die Studie, dass Kommunen, die Gesundheitskoordinator*innen beschäftigen, achtmal häufiger Partnerschaften mit der Kreisverwaltung eingehen als Kommunen, die keine*n Koordinator*in haben. Kommunen, in denen die Koordinator*innen beim Stab der Geschäftsführung angesiedelt sind, hatten dreimal häufiger eine Zusammenarbeit mit dem privaten und dem freiwilligen Sektor aufgebaut. Kommunen, welche den*die Koordinator*in für öffentliche Gesundheit in den kommunalen Planungsprozess einbeziehen, haben zudem häufiger eine lokale Gesundheitsberichterstattung etabliert. Die Studie ergab auch, dass HiAP-Strategien, wie ressortübergreifende Arbeitsgruppen und interkommunale Zusammenarbeit, häufiger dazu führten, dass auch Lebensbedingungen adressiert wurden; während das Vorhandensein von Gesundheitskoordinator*innen allein nur geringe Auswirkungen darauf hatte. Weitere Ergebnisse besagten, dass dort, wo Gesundheitsberichte erstellt werden und sektorenübergreifend zusammengearbeitet wird, politische Entscheidungen häufiger eine gerechtere Verteilung von sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen fokussieren. Es zeigte sich jedoch kein Unterschied zwischen Kommunen, die eine*n Gesundheitskoordinator*in beschäftigten und Kommunen, die diese Funktion nicht in Anspruch nahmen, wenn es darum ging, eine gerechte Verteilung der Ressourcen auf lokaler Ebene zu priorisieren. Die Einstellung eines*einer Gesundheitskoordinator*in hatte also keine direkten Auswirkungen auf eine gerechtere Verteilung der sozialen und wirtschaftlichen

Ressourcen zwischen den sozialen Gruppen. Eine mögliche Interpretation der Gesamtergebnisse der Studie ist, dass obwohl die Position des*der Koordinator*in für öffentliche Gesundheit nicht direkt mit den sozialen Determinanten von Gesundheit in Zusammenhang steht, ein*e solche*r Gesundheitskoordinator*in bei der Erstellung von Gesundheitsberichten und der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit – zwei wichtigen Werkzeugen von Health in All Policies – eine zentrale Rolle spielt. Wir schlagen vor, diesen Zusammenhang und die Strukturen zum Gegenstand weiterer Forschung zu machen, um den HiAP-Ansatz zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit weiterzuentwickeln.

Literatur bei den Verfasser*innen

SUSANNE HAGEN und PROF. DR. KJELL IVAR ØVERGÅRD, Fachbereich Gesundheit und Sozialwesen, Universität Südost-Norwegen, Norwegen

NAIA HERNANTES COLIAS, Fachbereich Ambulante Pflege, Mutterschafts- und Kinderkrankenpflege, Universität Navarra, Spanien

Kontakt E-Mail: susanne.hagen@usn.no

» Dieser Artikel wurde ins Deutsche übersetzt. Die Originalfassung ist in der zweisprachigen Ausgabe unter www.gesundheit-nds.de/impulse abrufbar.

PAUL DALZIEL

Eine Ökonomie des Wohlergehens Das »Wellbeing Budget« in Neuseeland

Wie können wir angesichts der enormen Vielfaltigkeit der Lebenswirklichkeit von fast acht Milliarden Menschen auf der Erde eine Politik gestalten, von der wir sicher sind, dass sie das Wohlergehen sowohl der heutigen als auch künftiger Generationen verbessern wird? Diese Frage steht im Mittelpunkt des Forschungsbereichs »Wellbeing Economics«, der Ökonomie des Wohlergehens. In Neuseeland fand sie ihren Niederschlag im weltweit ersten Staatshaushaltsplan, der an Wohlergehen ausgerichtet ist. Das »Wellbeing Budget« der neuseeländischen Regierung stellt einen Paradigmenwechsel in der Umsetzung öffentlicher Politik dar. Danach müssen sämtliche neuen Politikvorschläge auf ihre Auswirkungen auf ein breites Spektrum an Indikatoren für das Wohlergehen der Bevölkerung untersucht werden.

Entscheidungen für Wohlergehen

Die Ökonomie des Wohlergehens kennt verschiedene Ebenen der Entscheidungsfindung in der Gesellschaft: Einzelpersonen treffen ständig Entscheidungen, von denen sie annehmen, dass diese ihr Wohlergehen fördern. Diese Entscheidungen werden in sozialen Kontexten getroffen, insofern ist dieses persönliche Handeln eine Ausübung von »relationaler Autonomie«. Menschen entscheiden sich zum Beispiel, Haushalte, Familien, Nachbarschaften und Gemeinschaften zu gründen und erweitern somit durch freiwilliges Zusammenwirken ihre Möglichkeiten für Wohlergehen. Die Teilnahme an der Marktwirtschaft ist ein weiterer Anreiz für das Wohlergehen, auch wenn Marktversagen negative Folgen haben kann. Lokale und nationale Regierungen können zum Wohlergehen beitragen, indem sie zum Beispiel Probleme des Marktversagens angehen und sich an koordinierten Initiativen zur Bewältigung globaler Herausforderungen (wie der Klimakrise) beteiligen.

Vom Wachstum zum Wohlergehen

Lange hielten es Wirtschaftswissenschaftler*innen für ihren wichtigsten Beitrag zur öffentlichen Politik, zu erklären, wie eine wachsende Marktwirtschaft das Wohlergehen steigern kann. Angesichts zunehmender wirtschaftlicher Ungleichheiten und eindeutiger wissenschaftlicher Evidenz dafür, dass Wachstum die Klimakrise vorantreibt, ist diese Ansicht nur schwer aufrechtzuerhalten. Im Jahr 2008 überprüfte eine Kommission unter der Leitung von Joseph Stiglitz, Amartya Sen und Jean-Paul Fitoussi, wie wirtschaftliche Leistung gemessen und beurteilt wird. Ihre Empfehlungen erregten viel Aufsehen: Sie empfahlen eine Verlagerung des Schwerpunktes von der Messung der wirtschaftlichen Produktion zur Messung des Wohlergehens der Menschen. Heute überwachen viele Länder die Entwicklung des Wohlergehens ihrer Bevölkerung anhand sorgfältig ausgewählter statistischer Indikatoren. »Gut leben in Deutschland« (siehe www.gut-leben-in-deutschland.de) ist ein anschauliches Beispiel hierfür.

Die Initiative Neuseelands

Diesem weltweiten Trend folgte auch das neuseeländische Finanzministerium, indem es einen Rahmen zur Bemessung des Wohlergehens entwickelte, das sogenannte »Living Standards Framework Dashboard«. Das Instrument überwacht statistische Indikatoren für das aktuelle Wohlergehen in 12 Bereichen:

- » bürgerschaftliches Engagement und Governance
- » kulturelle Identität
- » Umwelt
- » Gesundheit
- » Wohnen
- » Einkommen und Konsum
- » Beschäftigung und Verdienst
- » Wissen und Fähigkeiten
- » Sicherheit
- » soziale Bindungen
- » subjektives Wohlbefinden
- » Zeitverwendung

Darüber hinaus werden vier Arten von »Kapital« beobachtet. Dies sind langfristige »Vermögenswerte«, die Leistungen für künftiges Wohlergehen erbringen. Humankapital bezieht sich auf das Bildungsniveau und den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Sozialkapital steht für die Werte der Gemeinschaft und zivile Institutionen, die Vertrauen und Zusammenarbeit fördern. Sach- und Finanzkapital meint das produzierte Kapital und dessen Eigentum in Form von Aktien, Beteiligungspapieren und dergleichen. Naturkapital bezieht sich auf den Zustand der Umwelt, wobei diese Definition in Neuseeland umstritten ist, da es heftige Kritik an der Vorstellung gibt, die Natur innerhalb des Wirtschaftssystems als Kapitalanlage zu sehen. Dennoch sind sich alle einig, dass das künftige Wohlergehen gefährdet ist, wenn wirtschaftliche Aktivitäten die natürliche Umwelt erheblich schädigen.

Neuseelands »Wellbeing Budget«

Im Jahr 2019 legte die neuseeländische Regierung ihrem Jahreshaushalt die »Wellbeing Economics« zugrunde. Damit machte erstmals eine nationale Regierung das Wohlergehen zum Organisationsprinzip der zentralen Gestaltung öffentlicher Politik. Das am Wohlergehen ausgerichtete Budget (www.budget.govt.nz) definiert Wohlergehen als »wenn Menschen in der Lage sind, ein erfülltes Leben zu führen, das für sie Zweck,

Ausgewogenheit und Bedeutung hat«. Anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse wurden Bereiche ermittelt, in denen höhere öffentliche Investitionen den Menschen mehr Möglichkeiten eröffnen können, ein erfüllendes Leben zu führen. Bei der Erstellung des Haushalts kamen drei neue Grundsätze zum Tragen:

- » Abbau von »Silo-Denken« in Behörden, stattdessen eine ressortübergreifende Zusammenarbeit bei der Bewertung, Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung des Wohlergehens
- » Fokussierung auf Ziele und Ergebnisse, die den Bedürfnissen der heutigen Generation entsprechen und gleichzeitig die langfristigen Folgen für künftige Generationen berücksichtigen
- » Verfolgung von Fortschritten anhand umfassenderer Maßstäbe für Erfolg, einschließlich Gesundheit der öffentlichen Finanzen, der natürlichen Ressourcen, der Menschen und Gemeinschaften

Beispiel: Wohlergehen von Kindern

Die Ökonomie des Wohlergehens beeinflusst die Politikgestaltung in vielen Bereichen des Haushalts. Das meiner Ansicht nach wichtigste Beispiel hierfür ist das koordinierte Programm zur Förderung des Wohlergehens von Kindern. Investitionen in das Wohlergehen von Kindern verfehlen oft ihr Ziel, wenn die Politik auf kurzfristiges wirtschaftliches Wachstum ausgerichtet ist. In Neuseeland erhielten sie genau deshalb oberste Priorität, weil der Schwerpunkt auf intergenerationellem Wohlergehen lag. Die in den Haushalt aufgenommenen Maßnahmen zur Förderung von Kindern wurden auf der Grundlage von Daten über materielle Not, schlechte Ergebnisse etwa bei Schuleingangsuntersuchungen, eine hohe Prävalenz von familiärer Gewalt und beengte Wohnverhältnisse entwickelt. Die Regierung definierte drei primäre statistische Indikatoren für Kinderarmut und legte gesetzlich fest, dass sie für diese Indikatoren Zielsetzungen vorgeben muss. Darüber hinaus muss sie jährlich über die erreichten Fortschritte berichten. Diese statistische Rechenschaftspflicht motiviert zur Zusammenarbeit aller Regierungsstellen bei der Entwicklung und Umsetzung von Politiken, die das Wohlergehen der Kinder zum Nutzen der gegenwärtigen und zukünftigen neuseeländischen Generationen wirksam fördern.

Wohlergehen über alle Politikbereiche denken

Abschließend ist anzumerken, dass es Ähnlichkeiten zwischen den Grundsätzen im neuseeländischen Budget für Wohlergehen und in der Helsinki-Erklärung zu Health in All Policies (HiAP) von 2013 gibt. Dies überrascht nicht, definiert doch der »HiAP-Framework for Country Action«, eine Empfehlung für staatliches Handeln also, Gesundheit ausdrücklich im weitesten Sinne als »vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlergehen«. Das neuseeländische Budget für Wohlergehen ist daher ein wichtiger erster Schritt, um Gesundheit und Wohlergehen in alle Politikbereiche einzubetten, angefangen beim Wohlergehen der Kinder des Landes.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. PAUL DALZIEL, Mitautor von Wellbeing Economics: The Capabilities Approach to Prosperity (London: Palgrave Macmillan, 2018). Agribusiness and Economics Research Unit, Lincoln University, Neuseeland, E-Mail: paul.dalziel@lincoln.ac.nz

- » Dieser Artikel wurde ins Deutsche übersetzt. Die Originalfassung ist in der zweisprachigen Ausgabe unter www.gesundheit-nds.de/impulse abrufbar.

Chile



JUAN CARLOS CARO

Staatliche Verantwortung für eine gesunde Ernährung? Politische Rahmensetzung in Chile

Die »Adipositas-Epidemie« erfasste Chile sehr schnell, insbesondere die Kinder. Zwischen 1997 und 2007 stieg die Prävalenz von Fettleibigkeit unter Erstklässler*innen um mehr als 60 Prozent. In einer gemeinsamen Initiative von Wissenschaftler*innen, vor allem aus dem Bereich Öffentliche Gesundheit und Ernährung, und dem chilenischen Kongress, wurde 2007 ein Konzept zur Regulierung ungesunder Lebensmittel zur Diskussion gestellt und 2012 bewilligt. Es wurden politische Maßnahmen eingeführt, die den Verbraucher*innen eindeutige Nährwertinformationen zu Lebensmitteln an die Hand geben. Die Regelungen erschweren gleichzeitig den Zugang zu ungesunden Lebensmitteln und verringern deren Sichtbarkeit, vor allem für Kinder und Jugendliche. Zusätzlich wurde 2014 eine Steuerreform zur Erhöhung der Preise von mit Zucker gesüßten Getränken sowie alkoholischen Getränken durchgeführt. Beide Vorhaben stießen bei der Lebensmittelbranche auf erheblichen Widerstand, besonders in der Umsetzungsphase. Die unbeirrte Führung durch das Gesundheitsministerium trug entscheidend dazu bei, dass trotz intensiver Lobbyarbeit der Industrie strenge regulatorische Standards eingeführt und umgesetzt wurden.

Das Gesetz zur Kennzeichnung und Regulierung von Lebensmitteln

Bevor das Gesetz zur Kennzeichnung und Regulierung von Lebensmitteln im Juni 2016 in Kraft trat, wurden zwei Schlüsselfragen diskutiert: Die nach der Definition von ungesundem Lebensmittel oder Getränk, und die Definition von auf Kinder ausgerichteten Marketing. Nach eingehender öffentlicher Diskussion und in Übereinstimmung mit den Empfehlungen verschiedener internationaler Organisationen wurden die Regulierungsbestimmungen wie folgt festgelegt:

» Lebensmittel wurden als ungesund definiert, wenn bei kritischen Nährstoffen (Zucker, gesättigte Fette, Salz und Energiedichte) bestimmte Grenzwerte überschritten werden. Innerhalb von drei Jahren wurden stufenweise strengere Grenzwerte eingeführt.

- » Als ungesund geltende Produkte müssen mit einem schwarzen Logo in Form eines Stoppschildes versehen sein. Dieses Symbol bedeutet, dass einer der kritischen Nährstoffe den Grenzwert überschreitet. Demnach kann ein einzelnes Produkt bis zu vier Stoppschild-Logos aufweisen.
- » In Schulen und Kindertagesstätten dürfen als ungesund geltende Produkte nicht verkauft, ausgegeben, verschenkt, beworben oder vermarktet werden. Dies wirkt sich beispielsweise auch auf Schulverpflegungsprogramme und die Ausgabe von Lebensmitteln an Schulkiosks aus.
- » Als ungesund geltende Lebensmittel oder Getränke dürfen nicht an Kinder unter 14 Jahre vermarktet werden. Hierzu gehört die Kontrolle von Werbung in Medien, die ihrer Definition nach an Kinder gerichtet ist oder wenn mehr als 20 Prozent des Publikums Kinder unter 14 Jahren sind. Spielzeug, Geschenke, Spiele oder Werbung mit Cartoons oder Figuren, die das Interesse von Kindern wecken, dürfen ebenfalls nicht zur Vermarktung solcher Produkte eingesetzt werden.

Es folgte noch ein zweites Gesetz zur Regulierung von Marketing, das die Beschränkung von Werbung für ungesunde Lebensmittel auch auf das Kino und das Fernsehen in der Zeit zwischen 6 und 22 Uhr ausweitet. Darüber hinaus muss jede Werbung für ungesunde Produkte einen Hinweis des Gesundheitsministeriums enthalten, zum Beispiel »Bevorzugen Sie Lebensmittel mit wenigen Logos, und wenn sie gar keine haben – umso besser!«.

Gesunde Schulverpflegung

Ein WHO-Bericht der Kommission zur Beendigung der Adipositas bei Kindern von 2016 benennt die Schule als den besten Ort für die Umsetzung umfassender Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Lebensweise bei Kindern und Jugendlichen. Dieser Empfehlung folgend, konzipierte die nationale Behörde Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), die chilenische Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen sozioökonomischen Status im Bildungssystem unterstützt, den Plan »Contrapeso«. Er beschreibt 50 Maßnahmen gegen Adipositas, die inzwischen in mehreren Programmen zur Förderung eines gesunden schulischen Umfelds umgesetzt werden. Insbesondere das Schulverpflegungsprogramm wurde überarbeitet. Basierend auf den Empfehlungen nationaler und internationaler Expert*innen bietet es an allen staatlichen Schulen hausgemachtes Frühstück und Mittagessen für etwa 60 Prozent der Schüler*innen an, die besonders vulnerabel sind. Die Maßnahmen des Contrapeso-Plans zielen vor allem auf die Verbesserung der nährwertbezogenen Qualität von Mahlzeiten ab. In diesem Zusammenhang wurden am Schulverpflegungsprogramm Anpassungen vorgenommen, damit die angebotenen Mahlzeiten keine Lebensmittel oder Getränke mehr enthalten, die nach dem neuen Kennzeichnungssystem als ungesund gelten.

Ziele, Umsetzung und nächste Schritte

Letztlich haben die in Chile umgesetzten strukturpolitischen Maßnahmen drei klare Ziele: Erstens, die Schaffung angemessener Rahmenbedingungen, damit Verbraucher*innen informierte Entscheidungen zu Lebensmitteln treffen können. Zweitens, die Begrenzung des Zugangs zu und der Exposition gegenüber ungesunden Lebensmitteln, insbesondere für Kinder. Drittens sollen Lebensmittelproduzenten angestoßen

werden, die nährwertbezogene Qualität ihrer Produkte zu erhöhen, um die Standards des Lebensmittelangebots insgesamt zu verbessern, insbesondere bei abgepackten Produkten. Chile hat durch die Einschränkung der Sichtbarkeit ungesunder Lebensmittel sowie die Verbesserung der Qualität der Packungsinformationen wichtige Schritte unternommen, um den Konsum von Nahrungsmitteln mit hohem Gehalt an kritischen Nährstoffen, die zur Gewichtszunahme beitragen, zu verringern. Derzeit erwägt die Regierung die Einführung einer Steuer auf ungesunde abgepackte Lebensmittel in Abhängigkeit von ihrem Nährstoffgehalt.

Ein entscheidendes Element für die Förderung gesünder Lebensmittelsysteme ist die enge Zusammenarbeit der Politik mit dem akademischen Sektor. In Chile ermöglichte sie es, die anfänglichen Standards für die Kennzeichnungsverordnung auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zu formulieren und darüber hinaus die Auswirkungen solcher Maßnahmen auf den Lebensmittelverbrauch und die Gesundheit zu evaluieren. Die Behörde JUNAEB, beispielsweise, überprüft regelmäßig den Ernährungszustand von Kindern und Jugendlichen in staatlichen Kindergärten und Schulen. Die Datenerfassung ist nicht nur für die Überwachung hilfreich, sondern auch Grundlage für viele Studien, die etwa Strategien für die Übernahme von Gesundheitsverhalten untersuchen.

Literatur beim Verfasser

JUAN CARLOS CARO, Health Policy, MSc Economics, Gillings School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, USA, E-Mail: juancar@ad.unc.edu

» Dieser Artikel wurde ins Deutsche übersetzt. Die Originalfassung ist in der zweisprachigen Ausgabe unter www.gesundheit-nds.de/impulse abrufbar.

THOMAS KOSTERA, CINTHIA BRISEÑO

E-Health in Israel

Kleines Land mit großer Innovationskraft

Ein Blick nach Israel ist wie ein Blick in eine ferne Zukunft – zumindest, wenn man sich den Bereich E-Health anschaut. Dort sind digitale Lösungen bereits jetzt Alltag, die in Deutschland in frühestens fünf oder zehn Jahren flächendeckend Teil des Versorgungsalltags sein könnten. Das israelische Gesundheitssystem hingegen ist bereits heute nahezu vollumfänglich digital: Seit fast zwei Jahrzehnten werden Patient*innen-daten digital erfasst. Und über das Smartphone kann jede*r Patient*in in Israel auf seine*ihre elektronischen Gesundheitsakten zugreifen, ganz egal, ob es sich um Laborergebnisse oder die letzte Entlassung aus dem Krankenhaus handelt. Dass der Transfer von Innovationen in die Regelversorgung so weit vorangeschritten ist, liegt zum einen an der stark ausgeprägten Innovationskultur Israels – jenem Land, das auch gern als Start-up-Nation bezeichnet wird. Zum anderen bietet die Struktur des Gesundheitssystems einen großen Freiraum für Innovationen. Neben dem Gesundheitsministerium gibt es in Israel vier »Health Maintenance Organizations« (HMOs), die nicht nur eine Krankenversicherung, sondern jeweils auch eine breite Palette an Gesundheitsdienstleistungen anbieten, darunter eigene Apotheken und Krankenhäuser. Nahezu jede*r israelische Bürger*in ist Mitglied in einer der vier HMOs: Clalit, Maccabi, Leumit oder Meuhedet. Die Mitglieder zahlen einen Sozialversicherungsbeitrag an die HMO und haben im



Gegenzug Anspruch auf einen festgelegten Leistungskatalog. Ein Finanzausgleich erfolgt unter Aufsicht des Gesundheitsministeriums.

Wettbewerb zwischen den HMOs fördert Innovationsdenken

Das Ministerium lässt den HMOs freie Hand bei der Verwaltung ihrer Mitglieder und ihres Angebots. Auf diese Weise sind die HMOs bestrebt, bestmögliche Services zu bieten und ihre Effizienz zu steigern, um neue Mitglieder zu sich zu locken. Das, sowie die Tatsache, dass in Israel ärztliches und Pflegepersonal knapp ist, spornt ebenfalls dazu an, innovativ zu sein. So mag es kaum verwundern, dass auch die Telemedizin-Landschaft in Israel bereits viel weiter vorangeschritten ist als in vielen anderen Nationen. Zahlreiche Start-ups entwickeln telemedizinische Lösungen und ergattern große Investor*innen-summen. Aber nicht nur in der Start-up-Szene wird an Innovationen für die Digitalisierung der Gesundheit gearbeitet. Auch die HMOs sind bestrebt, kostengünstige Lösungen für eine integrierte Versorgung zu schaffen. Bestes Beispiel für einen innovativen Ansatz, der sich bereits in der Regelversorgung findet, ist MOMA. Das multidisziplinäre Gesundheitszentrum wurde 2012 von Maccabi HealthCare Services, der zweitgrößten HMO Israels, gegründet. MOMA bietet Betreuung für Patient*innen mit verschiedenen komplexen chronischen Erkrankungen.

Digitaler Zugang für Patient*innen und Ärzt*innen

Über ein Patient*innenportal, das an das Datensystem angeschlossen ist, haben sowohl die behandelnden Ärzt*innen als auch der*die Patient*in selbst Zugang zur persönlichen Gesundheitsakte sowie zu Web- oder App-basierten Tools für das Krankheitsmanagement oder zur Terminvereinbarung. Das Portal versendet auch SMS- und E-Mail-Erinnerungen für Termine sowie Präventionshinweise. Außerdem können Patient*innen beispielsweise Reiseversicherungen abschließen. Darüber hinaus gibt es Patient*innen-Apps, zum Beispiel ein Schwangerschaftstagebuch, eine Diät-App und zudem seit Kurzem die App »K« – Patient*innen erhalten darüber Ratschläge, indem sie sich mit anderen Patient*innen mit gleichen Merkmalen in der Maccabi-Datenbank austauschen können. Ähnlich wie den Patient*innen stehen auch den Ärzt*innen verschiedene digitale Dienste zur Verfügung. Zum einen existiert eine umfassende elektronische Patient*innenakte: Damit haben Ärzt*innen in Echtzeit Zugriff auf alle Informationen, die von anderen Ärzt*innen eingegeben worden sind – wie



Schweden

unter anderem Laborergebnisse oder diagnostische Testergebnisse. Zudem werden Ärzt*innen bei der Behandlung chronischer Krankheiten durch einen »Big Data«-Ansatz in Form eines Zugangs zu digitalen medizinischen Registern unterstützt. Telemedizin hilft bei Diagnose und Behandlung: Beispielsweise werden EKGs direkt an ein EKG-Zentrum übermittelt, welches die Auswertung innerhalb von zehn Minuten zurückmeldet. Ebenso werden Röntgenbilder sofort in die elektronische Krankenakte übertragen. Und schließlich erhalten auch Ärzt*innen einen mobilen Zugriff auf die elektronische Patient*innenakte ihrer Patient*innen.

Regierung plant Vernetzung in einer nationalen Patient*innendatenbank

Als integrierte Gesundheitsversorger und Versicherer verfügen alle israelischen HMOs über ein zentrales Datenlager, in dem klinische und administrative Daten aus den meisten medizinischen Vorgängen aller Mitglieder gesammelt werden. Im März 2018 hat dazu die israelische Regierung einen nationalen Fünfjahresplan beschlossen, in den umgerechnet 232 Millionen Euro fließen sollen. Kernstück des Plans ist ein Projekt namens »Psifas« (»Mosaik«), das vorsieht, die medizinischen Daten nahezu aller israelischen Bürger*innen in eine umfangreiche digitale Patient*innendatenbank zusammenzuführen. Der Pool aus den Daten von mehr als acht Millionen Bürger*innen soll anonymisiert aufbereitet und Wissenschaftler*innen, Unternehmen sowie medizinischen Start-ups zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt werden. Und der Datenschutz? Zwar herrschen vereinzelt Bedenken hinsichtlich Datensicherheit und möglichem Missbrauch. Doch die Regierung beteuert, man werde klare Schutzvorkehrungen treffen, um Privatsphäre, Informationssicherheit und den eingeschränkten Zugang zu gewährleisten. Zudem soll jede*r Bürger*in der Weiterverwertung seiner*ihrer Daten widersprechen können.

Dieser Artikel basiert auf verschiedenen Beiträgen, die bereits im Blog »Der digitale Patient« der Bertelsmann Stiftung veröffentlicht worden sind: www.blog.der-digitale-patient.de

Literatur bei den Verfasser*innen

DR. THOMAS KOSTERA, Bertelsmann Stiftung, Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh, (0 52 41) 8 18 12 04,

E-Mail: thomas.kostera@bertelsmann-stiftung.de, www.bertelsmann-stiftung.de

DR. CINTHIA BRISEÑO, Frisk Innovation GmbH, Steinsdorfstraße 10, 80538 München,
E-Mail: cinthia@brisenode.de, www.frisk-innovation.com

BEAT SOTTAS

Interdisziplinäre Versorgung in Schweden Die Politik will Interprofessionalität

In Schweden ist das Gesundheitswesen auffallend anders organisiert als im deutschsprachigen Europa. Die Besonderheiten des Systems sind: eine geringe Zahl von Krankenhäusern, konsequent ambulante vor stationärer Versorgung sowie staatliche Finanzierung und Steuerung. Zudem besitzen die Gesundheitsfachleute mit Hochschulabschlüssen eine hohe Autonomie, sie dürfen beispielsweise die Erstkonsultationen übernehmen und verfügen über ein begrenztes Verschreibungsrecht. Überdies arbeiten die verschiedenen Gesundheitsberufe stark interdisziplinär zusammen. Das schwedische Bildungssystem bereitet die Gesundheitsfachleute dementsprechend auf diese interprofessionelle Arbeitsweise vor.

Wie wurde ein Umdenken im Bildungsprozess etabliert?

Das interprofessionelle Bildungsmodell entstand in einer Krise. Die Medizin fakultät der Universität Linköping sollte 1975 geschlossen werden. Um dies zu verhindern, setzten die Region Östergötland und der Rektor das »Health University«-Konzept um, das damals von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen wurde. Es postulierte bereits vor der Alma-Ata-Erklärung und der Ottawa-Charta, dass Versorgung, Politik und auch die Bildung im Gesundheitswesen sektorenübergreifend angelegt werden müssen. Sämtliche Fachrichtungen, die zu gesundheitsrelevanten Fragen arbeiten, sollten in Lehre, Forschung, Praxis und Versorgungsplanung interprofessionell zusammengeführt werden. Studierende der Gesundheitsfachrichtungen absolvieren seit damals Teile ihrer Ausbildung gemeinsam. Nachdem die Tauglichkeit dieses Systems in Evaluationen nachgewiesen wurde, setzte es sich in den 1990er-Jahren landesweit durch. Das schwedische Hochschulamt (UKÄ) untersuchte im Rahmen der Akkreditierung 2012, ob die Studiengänge zielkonform arbeiten. Dabei fielen die renommierten Fakultäten von Göteborg, Lund und Uppsala teilweise durch, weil sie ungenügend auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und den Dialog mit unterschiedlichen Anspruchsgruppen vorbereiteten. Da nach geltendem Hochschulrecht aufgrund dieser Mängel der Verlust der Akkreditierung drohte, waren die Defizite innerhalb einer Jahresfrist behoben. Das Umdenken im Bildungsprozess erfolgte durch politischen Druck und griffige Instrumente der Hochschulsteuerung.

Der Weg zur Interprofessionalität und flachen Hierarchien

Das schwedische Ausbildungsmodell für die Berufe im Gesundheitswesen besteht grundsätzlich aus drei Ausbildungssequenzen: 1. die disziplinäre Fachausbildung, 2. gemeinsame Veranstaltungen und Kooperationsaufgaben sowie 3. strukturierte Lernarrangements auf interprofessionellen Ausbildungsstationen. Die Besonderheit liegt vor allem in der dritten Ausbildungssequenz, die in sogenannten »interprofessional student-led Training Wards« stattfindet. Dabei handelt es sich meist um orthopädische und/oder geriatrische Bettenstationen, welche von Studierenden aller Fachrichtungen geführt werden. Diese Sequenz ist für alle Studierenden des letzten Studienjahres obligatorisch. In Linköping, wo das Konzept am konsequentesten umgesetzt wird, übernehmen Studierende

zwei Wochen lang in drei Schichten die Verantwortung für Behandlung, Pflege und Versorgung der Patient*innen. Unabhängig von ihrer Fachrichtung arbeiten die Studierenden gemeinsam als Team in der Grundpflege der Patient*innen und lediglich spezifische Maßnahmen werden von den jeweiligen Fachrichtungen übernommen. Die Rückmeldung zur Versorgung erfolgt direkt durch die Patient*innen; die Supervisor*innen greifen lediglich bei gefährlichen Situationen ein. Im Gegensatz zum System des deutschsprachigen Europas, wird nicht zuerst die berufliche Identität gefestigt, sondern die Grenzen der eigenen Rolle werden im Austausch mit Studierenden anderer Fachrichtungen erschlossen. Durch die gemeinsamen Ausbildungsmodule und Übungen werden Hierarchien demontiert. Dem kommt entgegen, dass die schwedische Gesellschaft wenig formale Hierarchie kennt. Zudem lernen die angehenden Fachpersonen den Mehrwert der Kooperation kennen und erproben sich im Schnittstellen- und Konfliktmanagement.

Akademisierung der Pflege und Spezialisierung der Pflegekräfte

Wie in den anderen Industrieländern nahm in den 1960er-Jahren die Spezialisierung der Pflegekräfte immer breiteren Raum ein. Die Regierung beschloss, dass für eine optimale Versorgung neue Qualifikationen erforderlich sind. Da zu dieser Zeit wichtige Berufe der Gesundheitsversorgung (zum Beispiel Hebammen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen) auf der Universitätsebene angesiedelt wurden, setzte ebenso die Akademisierung der Pflege ein. Heute bilden die Pflegekräfte eine Berufsgruppe mit hoher gesellschaftlicher Anerkennung und tragen häufig auch die Verantwortung für Erstkontakte mit Patient*innen, die Versorgungsplanung oder die Leitung von Abteilungen oder Krankenhäusern. In Schweden stehen für die rund 60.000 registrierten Pflegekräfte über 50 Spezialisierungen zur Auswahl. Im ambulanten Bereich ist insbesondere das Profil der »District Nurse« interessant, welche die medizinischen Hausbesuche durchführt. Die »District Nurse« besitzt beschränkte Verschreibungsrechte und leitet oft auch die künftigen Mediziner*innen an. Der Bildungsweg von »District Nurses« und Allgemeinmediziner*innen unterscheidet sich zwar ebenfalls in Schweden eindeutig, aber durch gemeinsam absolvierte Ausbildungssequenzen sind alle Gesundheitsberufe mit den übergreifenden Handlungsfeldern vertraut. Heute ist nun schon eine ganze Generation so sozialisiert und interprofessionelles Arbeiten selbstverständlich.

Literatur beim Verfasser

DR. BEAT SOTTAS, sottas formative works, CH-1722 Bourguillon, Schweiz,
E-Mail: sottas@formative-works.ch

MARY ROSS-DAVIE

Eine Baby-Box für einen gesunden Start ins Leben in Schottland

Im Juni 2013 erhielt ein Online-Beitrag der BBC ein ungewöhnlich hohes Maß an Aufmerksamkeit in Großbritannien. Der Bericht »Warum finnische Babys in Pappkartons schlafen« beschrieb ausführlich ein Programm, das in den 1930er Jahren in Finnland als Reaktion auf die im Vergleich zu anderen nordischen Ländern höhere Sterblichkeitsrate von Neugeborenen eingeführt wurde. Seit 1939 erhalten alle Babys in Finnland

diese Box, wenn ihre Mütter an der geplanten Schwangerschaftsbetreuung teilnehmen. Die Box wird von der finnischen Regierung allen Neugeborenen kostenlos zur Verfügung gestellt und bietet einen sicheren Schlafplatz sowie eine Reihe wichtiger Artikel für das erste Lebensjahr des Babys. Nach der Veröffentlichung dieses BBC-Beitrags interessierten sich eine Reihe politischer Parteien in Großbritannien für die Box als eine Möglichkeit, um soziale und gesundheitliche Ungleichheiten zu Beginn des Lebens zu verringern. Die Scottish National Party (SNP) verpflichtete sich in ihrem Wahlprogramm zu den schottischen Parlamentswahlen 2016 dazu, jedes Neugeborene in Schottland mit einer Baby-Box nach finnischem Vorbild auszustatten. Nach ihrem Wahlsieg führte die von der SNP geführte schottische Regierung im Januar 2017 die Baby-Box zunächst als Pilotprogramm in zwei Regionen Schottlands ein. Ab August 2017 wurde das Programm auf ganz Schottland ausgeweitet.

Das Baby-Box-Programm in Schottland

Die Inanspruchnahme der Box durch werdende Eltern ist in den ersten 18 Monaten von 85 Prozent auf 96 Prozent gestiegen. Bis März 2019 wurden bereits mehr als 80.000 Boxen ausgegeben. Eine Befragung der Eltern durch die schottische Regierung ergab, dass die Box im Allgemeinen sehr positiv aufgenommen wurde. Sie enthält mehr als 40 Artikel für die ersten sechs Lebensmonate und fungiert selbst als Babybett. Wenn eine Frau zwischen der 20. und 24. Woche schwanger ist, unterzeichnet ihre Hebamme ein Formular, um die Schwangerschaft zu bestätigen. Danach bleibt es der Frau überlassen, ob sie das Formular abschicken und die Box erhalten möchte. Zwischen der 32. und der 34. Schwangerschaftswoche wird die Box dann von einem zentralen Depot an die Adresse der neuen Familie verschickt.

In seinem ersten Jahr kostete das Programm 8 Millionen Pfund. Für die kommenden drei Jahre ist eine Erhöhung auf jeweils 8,8 Millionen Pfund geplant. Das Programm wird von der schottischen Regierung finanziert und nicht aus bestehenden Haushalten für Gesundheit oder Mutterschaft entnommen.

Eine Reihe von Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit

Das Baby-Box-Programm ist Teil eines umfassenderen langfristigen Engagements der schottischen Regierung, die erheblichen gesundheitlichen Ungleichheiten im Land anzugehen. Schottland galt lange Zeit als der »kranke Mann Europas« mit einer niedrigeren Lebenserwartung als andere Teile Großbritanniens sowie West- und Mitteleuropas. Seit 2005 hat die schottische Regierung eine Reihe von zentralen Maßnahmen entwickelt, in deren Mittelpunkt die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit und die Verbesserung der Rahmenbedingungen in den ersten Lebensjahren stehen. Allen Maßnahmen liegt das Prinzip des »proportionalen Universalismus« zugrunde. Proportionaler Universalismus bedeutet, dass öffentliche Ressourcen so eingesetzt werden, dass sie universalen Nutzen bringen, jedoch in Ausmaß und Intensität den Bedarfen angemessen sind.

Es wurde festgestellt, dass 2017 in Schottlands größter Stadt Glasgow jedes dritte Kind in Armut lebte. In ganz Schottland lebt mindestens jedes fünfte Kind in relativer Armut. Die Baby-Box war deshalb keine isolierte Maßnahme: Im Dezember 2018 führte die schottische Regierung eine neue, höhere Zuwendung in Höhe von 600 Pfund als »bester Start für Schwan-

Babykleidung

- » Kratzfäustlinge
- » kurz- und langärmelige Unterjäckchen, für Neugeborene und bis zu einem Alter von 6 Monaten
- » Babymützchen
- » langärmelige Schlafoverall, für Neugeborene und bis zu einem Alter von 6 Monaten
- » Strampelanzug
- » 3 x weiche Babyhosen, für Neugeborene und bis zu einem Alter von 6 Monaten
- » Fleece-Jäckchen mit Kapuze
- » 2 Paar Strümpfe
- » Badetuch mit Kapuze
- » Lätzchen

Babypflegeartikel

- » Matratze und Matratzenschutz
- » eine spezielle Babydecke
- » Babytragetuch
- » Badeschwamm
- » digitales Ohrthermometer
- » Bad- und Zimmerthermometer
- » Beißring
- » 2 Bücher
- » Spielmatte
- » Nagelfeilen aus Sandpapier
- » Musselin-Tücher
- » Kuschtier
- » Wickelunterlage für unterwegs

Sonstige Artikel

- » Stilleinlagen
- » Wöchnerinnenvorlagen
- » Informationsblätter über psychische Gesundheit rund um die Geburt, sicheren Schlaf sowie das Stillen
- » Kondome
- » ein Gedicht zur Begrüßung des Neugeborenen
- » kostenlose App »A Star« des Royal Scottish National Orchestra

gerschaft und Baby« für das erste Kind von Frauen ein, die bestimmte Sozialleistungen beziehen. Im August 2019 wurden Guthabekarten eingeführt, die Frauen mit entsprechendem Unterstützungsbedarf während der Schwangerschaft und der ersten Zeit nach der Geburt mit zusätzlichen finanziellen Mitteln für den Kauf gesunder Lebensmittel ausstatten.

Potenziale und offene Fragen

Die Entscheidung, die Box allen Familien unabhängig von ihrem Einkommen anzubieten, ist unter Teilen der schottischen Gesellschaft umstritten. Als Berufsverband, der die große Mehrheit der Hebammen in Großbritannien vertritt, hat das Royal College of Midwives jedoch die universelle Vergabe an alle unterstützt. Wir glauben, dass die Nutzung der Box und ihres Inhalts mit einem Stigma verbunden wäre, wenn sie einer Bedürftigkeitsprüfung unterzogen und nur an Personen unter einer bestimmten Einkommenschwelle vergeben würde. Dabei könnten einige ihrer Vorteile verloren gehen.

Wir wissen, dass Säuglinge in benachteiligten Haushalten häufiger unsicheren Schlafpraktiken ausgesetzt sind, einschließlich des gemeinsamen Schlafens im Bett oder auf dem Sofa. Die Bereitstellung der Baby-Box als alternativer sicherer Schlafraum kann zur Verringerung unsicherer Schlafpraktiken und damit möglicherweise zur Verringerung der Rate des plötzlichen, unerwarteten Kindstodes beitragen. Der führende britische Wohlfahrtsverband im Bereich plötzlicher Kindstod, der »Lullaby Trust«, hat allerdings angemerkt, dass keine ausreichende Evidenz dafür vorliegt, dass Baby-Boxen den Anteil von Fällen von plötzlichem Kindstod verringern können. Das Royal College of Midwives stimmt zu, dass weitere Forschungsarbeiten erforderlich sind, um die Auswirkungen der Baby-Box auf sichere Schlafpraktiken zu untersuchen.

Das schottische Programm einer universellen Baby-Box für jedes Neugeborene existiert erst seit zwei Jahren, weshalb die Wirkung der Box noch nicht in vollem Umfang bekannt ist. Eine vollständige Evaluation des Prozesses und der Ergebnisse wird derzeit in Auftrag gegeben. Die Resonanz von Eltern und Fachleuten ist bereits außerordentlich positiv. Eine Hebamme, die sich in Glasgow auf die Betreuung von Flüchtlingen sowie Opfern von Menschenhandel spezialisiert hat, sagte über die

Boxen: »Die Baby-Box ist der absolut »beste Start« für meine schutzbedürftigen Klient*innen. ... Sie ist in vieler Hinsicht ein Lebensretter!«

Literatur bei der Verfasserin

DR. MARY ROSS-DAVIE, Royal College of Midwives, Direktorin für Schottland, Edinburgh, Schottland, E-Mail: mary.rossdavia@rcm.org.uk

» Dieser Artikel wurde ins Deutsche übersetzt. Die Originalfassung ist in der zweisprachigen Ausgabe unter www.gesundheit-nds.de/impulse abrufbar.

THOMAS ALTGELD, JANINE STERNER

Nie wieder kleine Superhelden und Puppenmuttis in der Werbung?

Überraschungseier, Duschgel, Globen, WC-Steine und Tütensuppe – kaum ein Produkt scheint heute noch sicher vor dem rosa- oder hellblauen Farbanstrich des Gendermarketings. Was an sich jeder Logik entbehrt – die genannten Produkte sind völlig geschlechtsneutral – mag an manchen Stellen noch als Marketing-Gag durchgehen: Chips etwa, die mal für den »Männerabend«, mal für den »Mädelsabend« verpackt sind. Gendermarketing basiert auf der Annahme, dass Produkte besseren Absatz finden, wenn sie gezielt geschlechtsspezifisch vermarktet werden. Problematisch wird das dann, wenn die Hersteller bei ihrer Produktwerbung stereotype Rollen und Lebenswege vorzeichnen: Im Jahr 2017 geriet beispielsweise ein Werbefilm in die Kritik, in dem sich die Jungen dank der beworbenen Babymilch zu Wissenschaftlern und Bergsteigern, das Mädchen zu einer Ballerina entwickelten.

Derartige Rollenbilder sind an Klischees kaum zu überbieten: Aus jungen Superhelden sollen harte Kerle mit Karriere werden, aus Prinzessinnen und Ballerinas verführerische Frauen und/oder umsorgende Hausfrauen und Mütter. Care-Arbeit von Männern, Frauen als Technikerinnen oder Familienernährerinnen sind in der Werbung noch immer selten zu sehen. Seit einigen Jahren werden solche aus der »Geschlechtermottenkiste« herausgekratzten Werbeklischees von Initiativen wie

Schottland

Großbritannien

Pinkstinks oder den Autor*innen des Buches »Die Rosa-Hellblau-Falle« massiv kritisiert, weil eine Kindheit voller Stereotype die Entwicklung und Selbstverwirklichung behindert. Werbung trägt dazu bei, klassische Rollenerwartungen, Normen und Schönheitsideale weiter zu verstetigen, obwohl sie die Vielfalt der modernen Gesellschaft kaum noch abbilden – mit potenziell negativen Folgen für all diejenigen, die ihnen nicht entsprechen oder bewusst andere Lebenswege einschlagen.

Werbeverbot in Großbritannien

Zu diesem Ergebnis kam 2017 auch eine Studie zu Gendertypen in der Werbung in Großbritannien. Sie ergab »signifikante Belege« dafür, dass sich die ständige Wiederholung bestimmter Geschlechterklischees in der Werbung negativ auf Gesundheit, Wohlbefinden, gesellschaftliche und berufliche Chancen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auswirken kann. Die »Perpetuierung von genderstereotyper Werbung« könne kumulativ wirken, indem sie Erwartungen darüber verbreitet, wie Menschen je nach Geschlecht aussehen oder sich verhalten sollten oder welche Eigenschaften und Potenziale sie haben oder nicht haben. Die Untersuchung wurde durch die britische Werbeaufsichtsbehörde, die Advertising Standards Authority (ASA), durchgeführt.

Als Konsequenz auf diese Ergebnisse kündigte die ASA ein Werbeverbot an – zwar nicht generell von allen genderstereotypen Darstellungen, doch zumindest von solchen, die als potenziell schädigend eingestuft werden. Das Verbot trat im Juni 2019 in Kraft und gilt für alle Rundfunk- und Nicht-Rundfunkmedien, einschließlich Online- und sozialen Medien. Damit sind ab sofort unter anderem folgende Darstellungen verboten:

- » Frauen oder Männer, die eine Aufgabe aufgrund ihres Geschlechts nicht erfüllen können, zum Beispiel Frauen mit Problemen beim Einparken und Männer, die keine Windeln wechseln können.
- » Eine Frau beim Putzen, während ihre Familie ein Chaos anrichtet und ihr Mann auf dem Sofa die Füße hochlegt.
- » vermeintlich typische Persönlichkeitsmerkmale von Jungen und Mädchen;

- » Anzeigen, die bestimmte körperliche Eigenschaften mit dem Erfolg oder Misserfolg im romantischen oder sozialen Bereich verbinden.

Großbritannien ist nicht das erste Land, das genderstereotype Werbung verbietet. Auch in Spanien, Frankreich, Griechenland, Finnland und Südafrika gibt es beispielsweise vergleichbare Regelungen. Schon seit 1978 verbietet ein Gesetz in Norwegen Sexismus in der Werbung.

Vielfalt in der Werbung

Gender ist nur ein Aspekt von Diversität. Shutterstock, einer der weltweit führenden Anbieter von Fotos, gab 2018 eine unabhängige Studie zur Darstellung von Vielfalt in der Werbung in Auftrag. Mehr als 2.500 Marketingfachleute in Australien, Brasilien, Deutschland, den USA und Großbritannien wurden befragt, wie sie Entscheidungen bezüglich der Bildsprache ihrer Kampagnen treffen. Führend bei der Darstellung von Diversität ist der Studie zufolge Brasilien, etwa durch die Verwendung von Bildern mit Models unterschiedlicher Ethnien, von gleichgeschlechtlichen Paaren und Menschen mit Behinderungen. Britische Marketingfirmen liegen bei der Nutzung von Bildern mit nicht-professionellen Models sowie »genderfluiden« und androgynen Models vorne. Deutschland bildet im Vergleich durchweg das Schlusslicht. Die Hälfte der deutschen Marketingfachleute gab an, dass einige Unternehmen, mit denen sie arbeiten, Bedenken hätten, geschlechtsneutrale Werbung könne das Ergebnis ihrer Kampagnen negativ beeinflussen. 51 Prozent hielten es zudem für schwierig, ihre Marken durch Menschen mit Behinderung visuell darzustellen. Der Studie zufolge spielt die Darstellung der gesellschaftlichen Vielfalt in der deutschen Werbung bislang nur eine nachgeordnete Rolle.

Freiwillige Selbstverpflichtung oder klare Vorgaben?

2017 rief UN Women, eine Organisation der Vereinten Nationen, gemeinsam mit internationalen Unternehmen wie Google, Unilever und Johnson & Johnson die »Unstereotype Alliance« ins Leben. Ziel dieser Allianz ist es, Stereotype in der Wirtschaft, Technologie und Kreativbranche abzubauen. Die Mitwirkenden verpflichten sich, Menschen klischeefrei sowie als empowerte und mehrdimensionale Persönlichkeiten darzustellen. Eine vorurteilsfreie Kultur in den Unternehmen selbst soll durch Diversität in Führungspositionen, durch branchenweite Schulungen sowie klare Diversitäts-Ziele und Transparenz über deren Erreichung erzielt werden.

Solche freiwillige Selbstverpflichtungen, denen sich bislang kaum deutsche Unternehmen angeschlossen haben, haben in Deutschland auch in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen Tradition. Anders als in angelsächsischen Ländern scheut die deutsche Politik ähnlich wie bei Fragen zu einem Tabakwerbeverbot oder Geschwindigkeitsbegrenzungen auf Autobahnen gesetzliche Regelungen, die irgendwie wirtschaftliche Interessen beeinträchtigen könnten. Gesundheit ist in anderen Politikbereichen bisher kein hohes Gut und erst recht keine Querschnittsanforderung. Deshalb werden hierzulande genderstereotype Werbeverbote nicht mal andiskutiert und damit nachfolgende Generationen dazu verdammt, die Rollenklischees ihrer Urgroßeltern fortzuleben.

Literatur bei den Verfasser*innen, siehe Impressum



SARAH FORBERGER UND HAJO ZEEB

HiAP als Instrument zur Verankerung von umweltpolitischen Themen im Politikprozess

Gesunde Menschen leben in einer gesunden Umwelt – einem Produkt sozialer und ökologischer Bedingungen, unter denen Menschen leben, arbeiten und ihre Freizeit verbringen. Health in All Policies (HiAP) ist ein bekannter Ansatz in der öffentlichen Gesundheitspolitik, der auf der Annahme basiert, dass Gesundheit stark von Kontextfaktoren beeinflusst wird. Lebensbedingungen werden nicht nur von genetischen Dispositionen und individuellen Entscheidungen beeinflusst, sondern hängen ebenso von sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und ökologischen Faktoren ab. Politische Entscheidungen, die die Gesundheit von Menschen beeinflussen, sind daher nicht nur solche, die sich auf Dienstleistungen oder die Gesundheitspolitik beziehen, sondern vor allem solche, die in öffentliche, private, politische und soziale Bereiche eingreifen. Wie Menschen leben und wie ihr Wohnort organisiert und strukturiert ist, kann Gesundheit und Krankheitshäufigkeiten beeinflussen, Zugang zu medizinischer Behandlung ermöglichen oder das Risiko eines vorzeitigen Todes verringern. HiAP konzentriert sich auf eine sektorenübergreifende Politikgestaltung und nutzt einen weit gefassten Gesundheitsbegriff, um wirtschaftliche, politische, soziale, psychologische und Umweltfaktoren, die die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen, zu adressieren.

Umwelt und Gesundheit – zwei Seiten einer Medaille

Die Exposition gegenüber Umweltfaktoren ist in der Bevölkerung ungleichmäßig verteilt. Aufgrund der Herausforderungen durch den Klimawandel gewinnt das Thema immer mehr an gesellschaftlicher Brisanz und die Anpassung an den Klimawandel im Sinne von resilienten Gesundheitssystemen wird zunehmend wichtiger. HiAP stellt eine Schlüsselstrategie dar, um soziale und ökologische Determinanten gesundheitlicher Ungleichheiten zu adressieren. Strukturen für eine gesunde Entwicklung, die Art der Beschäftigung und die dazugehörigen Arbeitsbedingungen, die physische Form der gebauten Umwelt und die Qualität der natürlichen Umwelt werden

durch unterschiedliche Politikbereiche (Finanzen, Planung, Verkehr, Wohnungsbau, Bildung, Landwirtschaft) beeinflusst. HiAP wird daher als Instrument zur Umsetzung eines ganzheitlichen Konzeptes der Gesundheitsförderung mit der besonderen Komponente der Integration von umweltpolitischen Faktoren in einem umfassenden intersektoralen Politikansatz immer populärer. Nachfolgend wird an zwei Beispielen die Vielfältigkeit und Flexibilität des Konzeptes demonstriert:

Seattle/King County (Washington)

Das Seattle/King County Health Department im Bundesstaat Washington strebt die Integration von Gesundheit und Gerechtigkeit in der Stadtplanung an. Hierdurch werden starke sektorübergreifende Partnerschaften mit den Planungs-, Transport- und Wohnungsbausektoren aufgebaut, die die stärkere Priorisierung von Umweltfaktoren im Hinblick auf gesundheitliche Chancengleichheit erlauben. 2014 wurde eine abteilungsübergreifende Arbeitsgruppe geschaffen sowie 14 Determinanten von Gerechtigkeit und Gesundheit festgelegt, an denen die Aktivitäten der Landkreise gemessen werden. Jährliche Fortschrittsberichte dokumentieren das breite Spektrum an Leistungen wie zum Beispiel die Ausdifferenzierung des Budgets für Naturschutz und Parks, um bessere Möglichkeiten für körperliche Aktivitäten in einkommensschwachen Stadtvierteln zu schaffen, oder die Aufnahme von gesundheitsbezogenen Kennzahlen und Zielen in die Landnutzungs- und Verkehrspläne der Städte und Landkreise.

Richmond, Südkalifornien

Der HiAP-Ansatz in Richmond forciert städtische Maßnahmen, um definierte gesundheitsbezogene Stressoren (unter anderem Racial Profiling, schlechte Luftqualität, Mangel an sicherem Erholungsraum, Wohnsegregation, wirtschaftliche Unsicherheit, Straßen-, Quartiers- und Schulgewalt, hohe Lebensmittelpreise) zu verringern, die das gesundheitliche Ungleichgewicht in Richmond beeinflussen. Es wurden sektorübergreifende Ansätze verfolgt, die physische oder bebaute Umwelt (qualitativ hochwertige Parks, erschwingliche Wohnungen, sichere und aktive Mobilitätskonzepte, Bibliotheken et cetera), intellektuelles oder menschliches Kapital, Sozialkapital (Vertrauen und gemeinsames Verständnis, das produktive Partnerschaften und Beziehungen ermöglicht), Finanzkapital (Einkommen, Beschäftigung und Vermögensaufbau zwischen den Generationen) und politisches Kapital (Macht, Repräsentation und Führung bei der öffentlichen Politikgestaltung) aufbauen sollten. Hierfür leitete die Stadt 2006 einen Planungsprozess zur Erarbeitung der Entwicklungsstrategie der nächsten 30 Jahre ein und gab den Entwurf 2008 frei. Das Konzept wurde in kleinem Rahmen getestet und zwei bisher fehlende Bereiche wurden ergänzt: Schulbezirke und eine Strategie zur Integration von Gesundheit in alle Entscheidungen der Stadtverwaltung. Das kalifornische Ministerium für öffentliche Gesundheit wurde im Mai 2012 gebeten, bei der Erstellung von Leitlinien für die Etablierung des HiAP-Ansatzes zu unterstützen, die 2014 implementiert wurden.

Zusammenfassung

HiAP bietet einen flexiblen Ansatz zur Förderung von Gesundheit durch Verankerung von Umwelt- und vielfältigen anderen Aspekten im gesundheitsbezogenen Politikprozess. Hierbei hat sich ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff etabliert, der alle Bereiche des öffentlichen Handelns einschließt – Gesund-

heit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dies ist verstärkt zu beobachten, wenn der Schwerpunkt auf gesundheitliche Chancengleichheit gelegt wird, da individuelle Gesundheit nicht vom Einfluss der bebauten Umwelt getrennt werden kann. Grundlegende Probleme dürfen aber nicht außer Acht gelassen werden. Noch immer herrscht oft die Dominanz wirtschaftlicher Interessen vor und eine erfolgreiche HiAP-Strategie und kommunale Entwicklung sind nur im Einklang mit wirtschaftlichen Zielen möglich. Ein weiteres Problem stellt die Änderung politischer Prioritäten dar, die den Übergang vom Projektfokus zur Institutionalisierung und Systematisierung des Ansatzes verzögern oder ganz abbremsen. Des Weiteren adressiert der HiAP-Ansatz nicht die grundlegenden Faktoren, die die Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen bestimmen. Insofern bleibt trotz der nunmehr mehrere Jahrzehnte überspannenden Diskussions- und Umsetzungsphase HiAP als Konzept weiter auf dem Prüfstand – auch in seiner Verbindung zum Thema Umwelt.

Literatur bei den Verfasser*innen / Autor*innen

DR. SARAH FORBERGER, Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS, Achterstraße 30, 28359 Bremen, E-Mail: forberger@leibniz-bips.de

PROF. DR. HAJO ZEEB, Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS, Achterstraße 30, 28359 Bremen, Health Sciences Bremen, Universität Bremen, E-Mail: zeeb@leibniz-bips.de

INTERVIEW MIT BIRGITTE BUNDESEN SVARRE

Städte für Menschen

*Birgitte Bundesen Svarre (BS) ist Direktorin bei Gehl, einem Architektur- und Stadtplanungsunternehmen mit Sitz in Kopenhagen, New York und San Francisco. Gegründet von den dänischen Architekt*innen Jan Gehl and Helle Søholt im Jahr 2000, bietet es strategische Beratung, Forschung und Gestaltungslösungen für Städte in der ganzen Welt an.*

» **LVG & AFS:** Gehl hat den Anspruch, »Städte für Menschen« zu gestalten. Was ist damit gemeint?

» **BS:** Es bedeutet, dass wir bestrebt sind, bei der Stadtplanung die Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Es geht darum, wie sie sich in einer Stadt bewegen, was ihre Interessen und Verhaltensweisen sind und wie sie sich mit ihrer Umgebung auseinandersetzen. Wir sind ein Team von Sozialwissenschaftler*innen und Architekt*innen und beginnen neue Projekte immer damit, dass wir beobachten, wie Menschen ihre Stadt nutzen. Wohin gehen sie zu Fuß? Wo verweilen sie? Welchen Aktivitäten gehen sie nach? Weil wir uns die Zeit nehmen, das zu verstehen, können wir Bürgermeister*innen, Stadtverwaltungen, NGOs und andere Planer*innen besser zu Strategien und Ideen beraten, mit denen sie ihre Ziele der Stadtentwicklung erreichen und gleichzeitig die Lebensqualität der Menschen verbessern. Wir sagen immer, unsere eigentlichen Kund*innen sind die Einwohner*innen, die Menschen.

» **LVG & AFS:** Der Begriff »Städte für Menschen« wurde vom Architekten Jan Gehl geprägt. Was hat ihn auf die Idee gebracht?

» **BS:** In den 1960er Jahren, als Jan Gehl seine Laufbahn als Architekt begann, passierte weltweit in der Stadtentwicklung eine ganze Menge. Die modernen Städteplaner*innen gingen an, Städte in Zonen zu unterteilen: Zonen zum Wohnen, Zo-

nen für die Erholung, und Zonen für Arbeit und Dienstleistungen, so wie Schulen, Bürogebäude oder Einkaufsstraßen. Die Funktionen waren also relativ strikt getrennt. Diese Spezialisierung spiegelte sich auch in den Professionen wider, die an der Stadtentwicklung beteiligt waren: Gebäudearchitekt*innen entwarfen einzelne Gebäude, Landschaftsarchitekt*innen kümmerten sich um die Landschaft, Verkehrsplaner*innen planten die Straßen, und so weiter.

Jan Gehl und einige andere begannen, diese Art der Planung in Frage zu stellen. In gewisser Weise fehlte das Verständnis für den Zusammenhang zwischen gebauter Umwelt und dem Leben, das dazwischen stattfindet. Eine Straße ist nicht nur ein Verkehrs- oder Transitkorridor, sie ist auch ein Ort, an dem Menschen zusammenkommen. Einige Architekt*innen und Städteplaner*innen verfolgten einen ganzheitlicheren Ansatz, der Menschen, Gebäude und deren Umfeld im Zusammenhang betrachtet. Als Professor für Architektur in Kopenhagen entwickelte Jan Gehl diese Idee dann weiter.

» **LVG & AFS:** Kopenhagen war eine der ersten Städte, in denen dieser Gedanke umgesetzt wurde, und gehört heute weltweit zu den lebenswertesten Städten. Wie hat sich die Stadt über die Jahrzehnte entwickelt?

» **BS:** Es begann in den frühen 1960er Jahren damit, dass die Haupteinkaufsstraße in Kopenhagen zur Fußgängerzone umgestaltet wurde. Aber so etwas passierte damals in vielen Städten, auch in Deutschland. Ich glaube, in Kopenhagen hatten sie dann den Mut, einen Schritt weiter zu gehen. Jan Gehl und seine Student*innen gingen hinaus und studierten den öffentlichen Raum und das öffentliche Leben, das sich dort abspielte. Als die Stadt die ersten Plätze umgestaltete, haben sie dokumentiert, wie sich das auf das Leben in der Stadt auswirkte. Das half Politiker*innen zu ermutigen, den nächsten Schritt zu gehen, und dann den übernächsten.

Es gab auch Zeiten, in denen es wirklich notwendig war, die Stadt zu verbessern. In den 1970er protestierten Einwohner*innen und forderten eine bessere Infrastruktur. Ende der 1980er Jahre war Kopenhagen fast pleite und es musste etwas getan werden, um mehr Steuerzahler*innen in die Stadt zu locken. So wurde die Stadt nach und nach verändert. Um das Jahr 2000 kam die Gesundheitsagenda auf und es ging mehr darum, Möglichkeiten für Aktivitäten im öffentlichen Raum zu schaffen und die Menschen etwa zum Gehen oder Radfahren zu ermutigen.

» **LVG & AFS:** Was macht Kopenhagen heute zu einer »Stadt für Menschen«?

» **BS:** Viele sagen, es ist die Freiheit, mit dem Fahrrad überall hin zu gelangen. Kopenhagen verfügt über eine gut ausgebaute Radverkehrsinfrastruktur und heute legen fast 50 Prozent der 600.000 Einwohner*innen ihren Weg zur Arbeit, zur Schule oder andere Strecken mit dem Fahrrad zurück. Ein weiterer Punkt ist, dass man viele unterschiedliche Möglichkeiten hat, den öffentlichen Raum aktiv zu nutzen, für Picknicks, zum Gärtnern oder für Ballspiele. Im Hafen-Bad mitten in der Innenstadt, nur einen Kilometer vom Rathaus entfernt, kann man Kajak fahren oder schwimmen. Darüber hinaus hat die Stadt auch halb-private Räume aufgewertet, zum Beispiel mit einem Programm zur Begrünung von Innenhöfen. Wer in einem Mehrfamilienhaus lebt, blickte früher vielleicht auf einen grauen Innenhof mit Parkplätzen oder auf ein Hinterhaus. Die Stadt hat viele dieser Innenhöfe umgestaltet. Jetzt finden Sie



möglicherweise direkt vor Ihrem Küchenfenster eine Grünfläche, Sie können sich raus setzen und dort Ihren Kaffee trinken oder die Kinder dort spielen lassen.

Es geht also wirklich darum, die Menschen einzuladen, sich mehr im Freien aufzuhalten. Anfangs sagten die Kopenhagener*innen: »In unserem rauen Klima? Das wird nicht funktionieren. Wir sind doch nicht in Italien.« Aber jetzt gibt es eine echte Nachfrage nach Aktivitäten im öffentlichen Raum. Es ist Teil der Kultur Kopenhagens geworden.

» **LVG & AFS:** ... und auch der Politik?

» **BS:** Ja. Ein gutes Beispiel ist aktuell Kopenhagens Plan zur Anpassung an den Klimawandel, der sich etwa mit den starken Niederschlägen befasst, die wir immer häufiger haben. Die Stadt arbeitet hier mit einem privaten Versorgungsunternehmen zusammen. Sie suchen gemeinsam nach innovativen Lösungen, bei denen anstelle der Verlegung neuer Abwasserrohre zur Beseitigung des Wassers, neue Grünflächen und andere Lösungen geschaffen werden. Dadurch entsteht ein Mehrwert sowohl im Hinblick auf mehr Grün in der Stadt, auf die biologische Vielfalt als auch für die Lebensqualität der Menschen durch mehr öffentliche Räume. An dieser Zusammenarbeit sind auch die örtlichen Wohnungsbaugesellschaften und viele verschiedene Partner*innen beteiligt.

» **LVG & AFS:** Sie haben auch mit Metropolen wie Moskau oder New York City gearbeitet. Wie kann man Städte voller Wolkenkratzer und Stadtautobahnen »menschengerechter« umgestalten?

» **BS:** New York ist tatsächlich eigentlich eine Fußgänger*innen-Stadt. Das ergab eine Studie, die wir 2007/2008 durchführten, als wir begannen, mit der Stadt zusammenzuarbeiten. Wir stellten fest, dass am Times Square, diesem berühmten Ort, 90 Prozent des öffentlichen Raumes Autos vorbehalten waren, obwohl 90 Prozent der Menschen dort zu Fuß unterwegs waren. An diesem Verhältnis wollten Bürgermeister Michael Bloomberg und viele andere etwas ändern. So kam es, dass 2008 praktisch über Nacht die großen Plätze entlang des

Broadways für den Verkehr gesperrt und auf den Straßen Bänke und Tische aufgestellt wurden. Die New Yorker*innen reagierten sofort positiv. Das war der Beginn eines ziemlich schnellen Wandels: Straßen und Parkplätze am Broadway und am Times Square wurden neu gestaltet und ein Netz von Radwegen in die angrenzenden Bezirke angelegt. Außerdem wurden seit 2017 in Stadtteilen, die nicht ausreichend Freiflächen besaßen, vom Straßenverkehrsamt in Partnerschaft mit kommunalen Organisationen 73 neue öffentliche Plätze angelegt. Bisher wurden in Manhattan 400.000 Quadratmeter ehemaliger Verkehrsflächen den Menschen zurückgegeben. Und der Plan ging auf: 86 Prozent mehr Menschen verweilen, treffen sich und setzen sich dorthin, es gibt mehr Pflanzen, mehr Radfahrer*innen, und gleichzeitig kommen die Autos schneller voran als vorher. Das einst durch den Verkehr verdrängte Leben bekam wieder Raum, sich zu entfalten.

» **LVG & AFS:** Treffen Sie auch mal auf Widerstand, wenn zum Beispiel Straßen oder Parkplätze zurückgebaut werden?

» **BS:** Ja, immer (lacht)! Und das ist auch verständlich, weil es einfacher ist, Dinge so zu tun, wie man sie immer gemacht hat. Aber keine*r findet es doch toll, stundenlang im Verkehr im Auto zu sitzen oder in einem lauten Stadtteil zu wohnen. Wir müssen herausfinden, was uns verbindet, eine gemeinsame Vision davon, in welcher Art von Stadt wir alle leben wollen. Das ist der Ausgangspunkt – auch für die Zusammenarbeit, die bei der Gestaltung einer »Stadt für alle Menschen« so wichtig ist. In Kopenhagen, New York und überall dort, wo wir tätig sind, versuchen wir, eine integrative Kommunikation zu unterstützen. Wir sprechen mit Menschen aus Stadtverwaltungen und Gemeindegruppen, bringen sie zusammen und machen deutlich, weshalb sie sich gemeinsam einbringen sollten. Ich denke auch, dass es immer gut ist, etwas zuerst im Kleinen auszuprobieren und dann hoch zu skalieren, also im größeren Kontext umzusetzen. Wir können zwar all die guten Argumente vorbringen. Aber am Ende zählt, dass die Menschen selbst erleben, dass es schön ist, mit dem Rad zur Arbeit zu fahren und dass die Stadtverwaltung etwas dafür tut.

BIRGITTE BUNDESEN SVARRE, PhD, Team Lead and Director, Gehl – Copenhagen, Denmark, E-Mail: birgitte@gehlpeople.com

» Dieses Interview wurde ins Deutsche übersetzt. Die Originalfassung ist in der zweisprachigen Ausgabe unter www.gesundheit-nds.de/impulse abrufbar.

MIRIAM WEBER

Gesundes Leben in der Stadt für alle Zusammen für ein gesundes Utrecht

Utrecht ist eine junge und dynamische Stadt mit 350.000 Einwohner*innen im Zentrum der Niederlande. Ein Fünftel der Bevölkerung sind Studierende an einer der Universitäten und mehr als die Hälfte der Erwerbstätigen verfügt über einen akademischen Abschluss. Die Region Utrecht ist mit ihren 1,4 Millionen Einwohner*innen das Herzstück eines der dichtesten besiedelten Länder der Welt und dehnt sich rasch aus. In den kommenden 15 Jahren wird die Bevölkerung Utrechts um 20 Prozent anwachsen. Für die Gesundheit der Bürger*innen bietet dieses Wachstum sowohl Chancen als auch Herausforderungen. Utrecht hat sich das Ziel gesetzt, die Gesundheit für alle in der Stadt zu verbessern.

Gesundheitspolitik, Raumordnungspolitik und Umweltpolitik liegen in der Zuständigkeit der niederländischen Kommunen. Obwohl die Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit in die Zuständigkeit der regionalen Gesundheitsdienste fallen, hat die Stadt Utrecht viele dieser Aufgaben in ihre Organisation integriert. Dazu gehören Gesundheitsvorsorge und -förderung, Jugendgesundheitsfürsorge, Gesundheitsversorgung benachteiligter Gruppen, Forschung, Überwachung der öffentlichen Gesundheit und Politikentwicklung. Wie alle größeren Kommunen ist Utrecht zudem verpflichtet, Politik für die öffentliche Gesundheit zu gestalten und alle vier Jahre einen Gesundheitsmonitor zu veröffentlichen.

Utrecht verfolgt einen sektorenübergreifenden und mehrstufigen Governance-Ansatz. Die gesamte Stadt kooperiert in verschiedenen Initiativen, um eine gesunde Zukunft zu gestalten, und Health in All Policies (HiAP) ist seit Jahren das Mantra. Unterstützt und institutionalisiert wird dies durch eine starke politische Führung, interdisziplinäre Teams auf Quartiers- und Stadtebene sowie eine Politikentwicklung und -umsetzung entsprechend der Zielsetzung »Gesundes Leben in der Stadt für alle«. Für diesen Ansatz setzt sich Utrecht als Mitglied des WHO European Healthy Cities Network sowie in der neuen europäischen Initiative für gesundheitliche Chancengleichheit (Joint Action Health Equity Europe, JAHEE, siehe Infobox) nachdrücklich ein.

Gesundes Leben in der Stadt für alle

Die Gesundheit der Utrechter Bürger*innen ist insgesamt gut und entwickelt sich seit vielen Jahren positiv. Dennoch unterscheidet sich der Gesundheitszustand in den Bezirken und zwischen Bevölkerungsgruppen. Utrecht strebt danach, dieses Gesundheitsgefälle abzubauen, indem gezielt diejenigen Menschen, Gruppen oder Quartiere in den Mittelpunkt gerückt werden, die zusätzliche Unterstützung benötigen, um ihr Wohlergehen und ihre Gesundheit zu steigern. Diese Ziele sind im lokalen Regierungsprogramm »Utrecht: ein Ort für alle« (2018), im Plan der öffentlichen Gesundheitspolitik »Gesundheit für alle« (2019) sowie vielen anderen politischen Programmen festgehalten.

Mit der Verabschiedung des Nationalen Präventionsprogramms gewannen politische Programme zur Prävention und für eine gesunde Lebensweise, zum Beispiel zur Verringerung des Tabakkonsums, mehr Aufmerksamkeit. Utrecht geht jetzt einen Schritt weiter, indem es sich jenen Mechanismen zuwendet, die ungesundem Verhalten zugrunde liegen, wie beispielsweise Stress und Schulden. Ein Beispiel ist das Programm »Utrecht schulden(stress)frei«, das sich an Menschen richtet, die finanzielle Probleme, Armut und/oder Schulden erlebt haben. Es soll sie befähigen, gesund, inklusiv und nachhaltig mit ihren Einkünften auszukommen. In enger Zusammenarbeit mit Supermärkten, aber auch durch Aktivitäten wie Gemeinschaftsgärten, wird eine gesunde Ernährung angeregt und ermöglicht. Menschen mit geringerem Einkommen erhalten zudem mit dem »U-Pas« freien oder vergünstigten Zugang zu Sport und anderen Aktivitäten. Darüber hinaus unterstützen Arbeitgeber*innen die Stadt Utrecht bei der Forschung zu gesünderen Arbeitsbedingungen. Ein besonderer Fokus liegt zudem auf Schwangeren und jungen Eltern sowie Faktoren, die einen gesunden Start ins Leben beeinflussen. Ein Beispiel hierfür ist das Programm »Die ersten 1.000 Tage«, das auf eine Verbesserung der Ernährung in der frühen Kindheit abzielt, um so die frühkindliche Entwicklung zu fördern.



JAHEE

Joint Action Health Equity Europe (JAHEE) ist eine europaweite Initiative, die im Juni 2018 gestartet ist. Das allgemeine Ziel von »JAHEE« ist es, die Gesundheit aller europäischen Bürger*innen zu verbessern und in allen gesellschaftlichen Gruppen in den 25 teilnehmenden Ländern einen Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit zu leisten. Einen der fünf Themenbereiche von JAHEE stellt »Health and Equity in all Policies – Governance« dar.

JAHEE zielt darauf ab, dass die Planung und Entwicklung von Strategien zur Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheiten auf europäischer, nationaler, regionaler und lokaler Ebene verbessert wird. Weiterhin fördert JAHEE den Austausch, die Vernetzung und die Kooperation zwischen den Ländern, um den Wissenstransfer und die Übertragung von Praxiswissen zu stärken.

Eine gesunde Umwelt in der Stadt

Ein weiteres Kernziel ist die Schaffung einer gesunden Umwelt in der Stadt. Utrecht wird derzeit zu einer Fahrradstadt um- und ausgebaut. Dazu wird eine umfassende Infrastruktur mit Radwegen, Fahrrad- und Fußgängerbrücken sowie Fahrradabstellmöglichkeiten geschaffen. Erst im August 2019 eröffnete ein neues Fahrrad-Parkhaus mit 12.500 Stellplätzen. Radfahren nutzt sowohl der Gesundheit des Einzelnen als auch der Stadt, weil dadurch der Fahrzeugverkehr, Staus und Luftverschmutzung verringert werden. Ruß- und Feinstaubteilchen belasten die Gesundheit, insbesondere von Kindern, älteren Bewohner*innen und Menschen mit Lungenerkrankungen. Deshalb hat sich Utrecht das Ziel gesetzt, bis 2030 die WHO-Standards für Luftqualität zu erreichen. Wichtig ist auch ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Leben, Arbeiten und Freizeit. Öffentliche Räume, Grünanlagen und Wasser werden stärker für Aktivitäten im Freien wie Spiel und Sport genutzt, insbesondere in einer sich verdichtenden Stadt. »Wonderwoods« ist hierfür ein sehr gutes Beispiel: Das Projekt gewann die internationale Ausschreibung für den Bau eines ikonischen Gebäudes in einem neuen, gesunden Stadtviertel in der

Nähe des Hauptbahnhofs und sieht einen vertikalen Wald mit 360 Bäumen, 10.000 Büschen und Sträuchern sowie 10.000 Pflanzen vor, die tausende Kilogramm Kohlendioxid und Feinstaub aus der Luft filtern und der Erderwärmung entgegenwirken sollen. Ein anderes Beispiel ist das Cartesius-Dreieck oder Cartesiusdriehoek, ein altes Industriegebiet, das an vielbefahrene Gleise und Straßen grenzt. Mit der Umwandlung dieser Fläche in ein Wohngebiet verbindet Utrecht ehrgeizige Ziele. Es soll ein einzigartiges Areal geschaffen werden, in dem Menschen gesünder, länger und glücklicher leben – und fünf gesunde Lebensjahre hinzu gewinnen. Entscheidend bei diesem Projekt ist die Beteiligung von Universitäten, Krankenversicherungen, Unternehmer*innen und Bürger*innen, gemeinsam mit dem Bauträger und der Stadtverwaltung. Die Verbesserung der Gesundheit der Menschen in Utrecht erfordert umfassende gemeinsame Anstrengungen von Bürger*innen, Unternehmen und Organisationen in der Stadt, um neue Ideen und Innovationen zu entwickeln. Wir schauen uns an, was wir alle verändern können, nicht nur für jetzt, sondern auch für die Zukunft. Jede*r ist eingeladen, zu einem gesunden Utrecht beizutragen.

Literatur bei der Verfasserin

DR. MIRIAM WEBER, Stadt Utrecht, Niederlande,

E-Mail: m.weber@utrecht.nl

» Dieser Artikel wurde ins Deutsche übersetzt. Die Originalfassung ist in der zweisprachigen Ausgabe unter www.gesundheit-nds.de/impulse abrufbar.

JANINE STERNER

Die Klimakrise Ein Thema für Health in All Policies?

Der Klimawandel und die Umweltverschmutzung haben schon heute Auswirkungen auf die Gesundheit. Die Luftverschmutzung ist eines der größten gesundheitlichen Probleme unserer Zeit und verursacht etwa 13 Millionen Todesfälle weltweit pro Jahr. Durch Extremwetterereignisse wie Hitzewellen steigt das Risiko für Überhitzung, Herzinfarkte und Infektionen – auch in Europa, wie das Deutsche Ärzteblatt erst kürzlich schrieb. Dürren und der Verlust von Biodiversität führen zudem zu Ernteausfällen und Nahrungsmittelknappheit, um nur einige direkte und indirekte gesundheitsbezogene Folgen des Klimawandels zu benennen. Dass die Gesundheit des Menschen nicht mehr unabhängig von der Gesundheit unseres Planeten gedacht werden kann, rückt zunehmend auch in den Fokus des Public Health Bereichs. 2014 berief die Fachzeitschrift »The Lancet« die erste internationale, interdisziplinär besetzte Expertenkommission zum Thema »Planetary Health«, die sich mit den Zusammenhängen befasst. Die Weltgesundheitsorganisation legte im Dezember 2018 eine globale Strategie »Health, Environment and Climate Change« vor, deren Ziel es ist, »die Art und Weise, wie wir mit Umwelttrisiken für die Gesundheit umgehen, zu verändern, indem wir Health in all Policies berücksichtigen und Prävention und Gesundheitsförderung intensivieren.«

Die Tendenz zur Verdrängung und »Co-Benefits«

Wie kaum ein anderes globales Problem erfordert die Klimakrise in ihrer Komplexität ein sektorenübergreifendes Handeln statt paralleler Einzelmaßnahmen. Doch wie in der Gesund-



heitsförderung und Prävention fallen Verhaltens- und Verhältnisänderungen auch im Umgang mit dem Klimawandel offenbar nicht leicht. Das gilt auch in der Politikgestaltung. »Das Problem sind wir selbst«, schreibt die Lancet Kommission zu der Frage, weshalb hier bisher global zu wenig getan wird. »Die Tendenz des Menschen, unangenehme Fakten oder Entscheidungen zu verdrängen oder herunterzuspielen [...] die Natur von Unternehmen und Ländern, ihre eigenen, statt der kollektiven Interessen zu verteidigen«.

Dabei können Interventionen zum Klimaschutz gleichzeitig positive Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Man spricht hierbei von »Co-Benefits«, also positiven Nebeneffekten. Der Ausbau des öffentlichen Nahverkehrs und der Fahrrad-Infrastruktur führte beispielsweise bereits in vielen Städten zu einem Rückgang des Autoverkehrs und damit zu einer Reduzierung von Abgasen. Das kommt dem Klima und der Gesundheit zugute. Gleichzeitig bewegen sich die Menschen mehr zu Fuß oder mit dem Fahrrad und beugen damit Übergewicht, Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen vor.

Gibt es in anderen Ländern und Politikbereichen bereits weitere, vielversprechende Strategien zur Bewältigung der Klimakrise, die sich auch auf die Gesundheit positiv auswirken können? Zwei Beispiele.

Saubere(re) Technologien und finanzielle Anreize

Zur Reduzierung des Schadstoffausstoßes durch Industrie und Verkehr und damit zur Verringerung der Luftverschmutzung können auch neue Technologien beitragen. Norwegen gilt als Vorreiter in der E-Mobilität. 2018 machten batteriebetriebene und Hybrid-Autos dort einen Marktanteil von 50 Prozent aus. Ab 2025 dürfen nur noch Nullemissions-Fahrzeuge verkauft werden. Erreicht werden soll dies durch ein Paket an Steuerergünstigungen und Anreizen nach dem Prinzip »der Verursacher zahlt« – die Nutzung von Benzin- oder Dieselfahrzeugen soll stets teurer sein als von Autos mit niedrigem Schadstoffausstoß. Entsprechende Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der Halter*innen von E-Autos wurden über mehrere Regierungen hinweg auf den Weg gebracht und beinhalten etwa die Befreiung von der Mehrwertsteuer sowie von Im-

portsteuern beim Kauf von E-Autos, den Erlass der jährlichen Straßensteuer sowie um 50 Prozent reduzierte Parkgebühren. Auch in die Infrastruktur wurde investiert und seit 2017 mehr als 10.000 E-Ladestationen in ganz Norwegen errichtet. Einen Haken hat die Sache allerdings: E-Autos sind im Verbrauch zwar ressourcenschonend, stehen aber dennoch in der Kritik, weil der Abbau der Rohstoffe für die Batterien die Umwelt belastet und unter prekären Arbeitsbedingungen erfolgt. Bis zu einem wirklich »sauberen« Antrieb besteht also auch dort noch Weiterentwicklungsbedarf.

Die Plastikverschmutzung der Meere

Ein weiteres Problem mit möglichen gesundheitlichen Implikationen ist die zunehmende (Mikro-)Plastikverschmutzung in Gewässern. Trotz internationaler Regularien gelangen jährlich mehrere Tonnen Plastikabfälle in die Meere. Plastik zersetzt sich nicht wie biologisches Material, sondern zerfällt über Jahrhunderte in immer kleinere Mikroplastikteile (1 µm bis 5 mm). Laut einer Studie des Fraunhofer Instituts für Umwelt-, Sicherheits- und Energietechnik entstehen erhebliche Mengen an Mikroplastik zudem durch den Abrieb von Autoreifen, der mit dem Regen weiter in die Natur gelangt. Auch in Kosmetikprodukten werden Mikroplastikkügelchen eingesetzt. Gerade in den Meeren hat die Plastikverschmutzung immense Folgen für die Tierwelt, denn Fische, Meeressäuger und Vögel nehmen die Teile mit der Nahrung auf. Weltweite Untersuchungen zeigen, dass schon heute auf diese Weise (Mikro-)Plastik in den Nahrungskreislauf gelangt. Im August 2019 legten Forscher*innen Ergebnisse vor, wonach Mikroplastik auch in der Luft zu finden ist.

Ob und wie sich das auch auf den Menschen auswirkt, dazu steht die Forschung noch ganz am Anfang. Doch selbst wenn Plastik »nur« die Umwelt belastet, braucht es auch hier integrierte Maßnahmen, die über die freiwillige Reduzierung in der Wirtschaft oder im privaten Konsum hinausgehen. Weltweit haben bislang 90 Länder die Verwendung von Plastik eingeschränkt – sei es durch Besteuerung oder Verbote. Zu den Vorreitern zählt Ruanda, wo 2008 ein Gesetz in Kraft trat, das die Produktion, den Verkauf und die Nutzung von Plastiktüten aus Polyethylen verbietet. Die Hauptstadt Kigali gilt inzwischen als eine der saubersten Städte weltweit. Aktuell diskutiert das ruandische Parlament ein zusätzliches Verbot von Plastikstrohhalm, -geschirr und Einweg-Plastikflaschen. Auch die deutsche Bundesregierung befasst sich offenbar derzeit mit dem Thema: Sie hat einen entsprechenden Gesetzesentwurf für den Herbst 2019 angekündigt.

Fazit

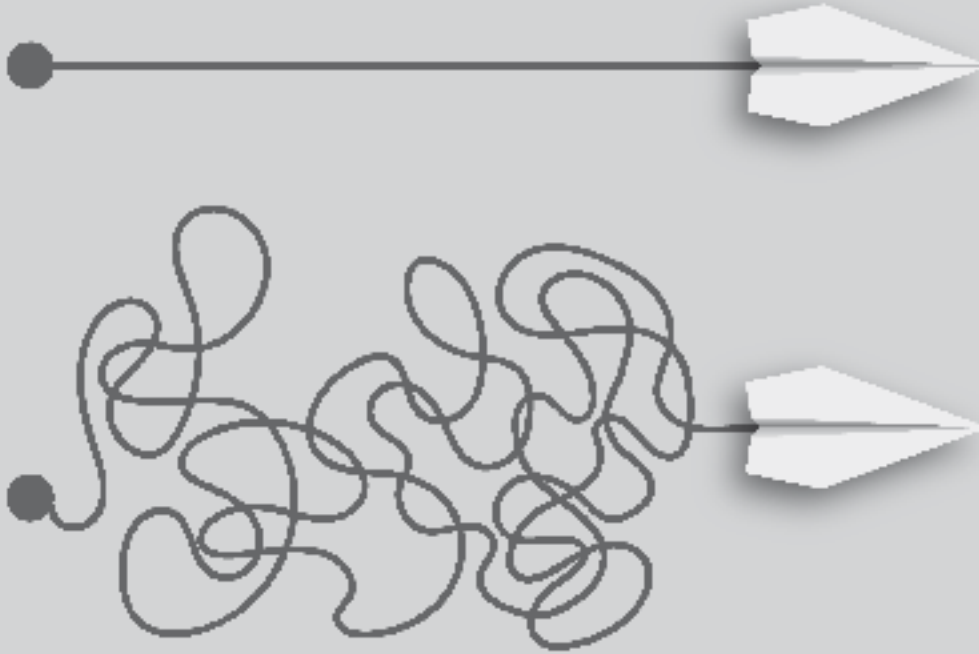
Ein Verbot – sei es von Plastik oder Dieselfahrzeugen – allein reicht natürlich nicht aus. Es bedarf alternativer Lösungen und integrierter (politischer) Strategien. Im Grunde genommen stehen Akteur*innen aus verschiedensten Sektoren, vom Gesundheitsbereich über die Stadt- und Verkehrsplanung, die Energiewirtschaft, Technologieunternehmen bis hin zum Umweltschutz oft vor denselben Herausforderungen. HiAP trägt dazu bei, sie zusammenzubringen, damit sie ihre Ressourcen und ihr Know-How bündeln, um gemeinsam Alternativen und Rahmenbedingungen zu entwickeln und umzusetzen, die sowohl umweltbezogene als auch gesundheitliche »Benefits« bringen.

Literatur bei der Verfasserin, Anschrift siehe Impressum.

Impressum



-
- » **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 88 11 89-31
E-Mail: info@gesundheit-nds.de
Internet: www.gesundheit-nds.de
-
- » **Twitter:** @LVGundAFS
-
- » **ISSN:** 1438-6666
-
- » **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld
-
- » **Redaktion:** Thomas Altgeld, Sonja Müller, Tatjana Paeck, Sandra Pape, Carolin Rückriem, Janine Sterner, Eva Thalmeier
-
- » **Beiträge:** Thomas Altgeld, Mario Bierschwale, Dr. Cinthia Briseño, Juan Carlos Caro, Prof. Dr. Paul Dalziel, Sabine Erven, Maxi Flohe, Dr. Sarah Forberger, Isabell-Kathrin Fortner, Dirk Gansefort, Prof. Dr. Raimund Geene, Sophia Gottschall, Susanne Hagen, Naia Hernantes-Colias, Prof. Dr. Michael P. Kelly, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Dr. Thomas Kostera, Sabine König, Dr. Elena Link, Alexandra Meyer, Ilka-Marina Meyer, Sonja Müller, Prof. Dr. Kjell Ivar Øvergård, Doris Reischer, Dr. Mary Ross-Davie, Isabelle Rudolph, Carolin Rückriem, Laura Schlesinger, Caroline Schote, Steffen Scriba, Dr. Ute Sonntag, Dr. Beat Sottas, Janine Sterner, Birgitte Bundesen Svarre, PhD, Eva Thalmeier, Prof. Dr. Sabina Ulbricht, Theresa Vanheiden, Catherine Weatherup, Dr. Miriam Weber, Silke Wendland, Birgit Wolff, Prof. Dr. Hajo Zeeb
-
- » **Übersetzungen:** Monika Wilke, Berlin; Janine Sterner, Sonja Müller
-
- » **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 105: 15.10.2019
-
- Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
-
- » **Auflage:** 10.000
-
- » **Gestaltung:** Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation
-
- » **Druck:** Druckerei Hartmann GmbH & Co. KG
-
- » **Erscheinungsweise:** 4 x jährlich, im Quartal
-
- Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor*innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.
-
- » **Titelbild:** © adobe.stock.com / pexels.com
-
- » **Fotos:** Landkarten: © hgb, S. 22 pexels.com, alle anderen: © adobe.stock.com: © alexkharkov (S. 2), © SimpLine (S. 14), © Mikkel Bigandt (S. 16), © Iryna (S. 18), © pict rider (S. 20), © wayne_0216 (S. 24), © rcfotostock (S. 25), © liderina (S. 26), © Rawpixel.com (S. 28), © zephyr_p (S. 30)
-
- » **Liebe Leser*innen,** wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der Impulse speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter info@gesundheit-nds.de widersprechen.
-
- » Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.
-



MICHAEL P. KELLY

Wenn Evidenz nicht ausreicht Die Herausforderung, politische Veränderungen zu bewirken

Wenn fundierte, wissenschaftliche Erkenntnisse darauf hinweisen, dass bestimmte Maßnahmen etwa zur Gesundheitsförderung oder zum Klimaschutz notwendig sind, erscheint es naheliegend, dass die Politik solche Erkenntnisse »einfach« nutzt, um geeignete Strategien und Politiken zu entwickeln. Leider passiert dies nur selten. Warum ist das so?

Im Jahr 2001 veröffentlichte das britische Gesundheitsministerium eine Forschungs- und Entwicklungsstrategie für die öffentliche Gesundheit, in der es sich verpflichtete, bei der Erarbeitung von Gesundheitspolitiken und -maßnahmen künftig evidenzbasiert vorzugehen. Damit verbunden war auch die Idee, Health in All Policies (HiAP) voranzubringen. Angesichts der Fortschritte von Evidenzbasierter Medizin in der klinischen Praxis, schien es gute Gründe zu geben optimistisch zu sein. Zweifellos hat es seitdem Fortschritte auch im öffentlichen Gesundheitsdienst gegeben. Dennoch ist die Übersetzung von Evidenz in konkrete Strategien immer noch eine Ausnahme. Hierfür gibt es verschiedene Gründe:

1. Politische und wirtschaftliche Interessen

Erstens ist da die Politik. Regierungen haben ihre eigene Agenda, die nicht unbedingt mit den Erkenntnissen von Wissenschaft und Forschung in Einklang steht. 2010 legte das Britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) eine Richtlinie zur Prävention von Alkoholmissbrauch vor. Darin wurde unter anderem die Festlegung von Mindestpreisen für alkoholische Getränke als Schlüsselmechanismus empfohlen, um das Kaufverhalten zu beeinflussen. Es gibt starke Evidenz dafür, dass dies eine wirksame Maßnahme zur Verhinde-

rung von übermäßigem Alkoholkonsum ist. Dennoch wies die britische Regierung die Empfehlung mit der Begründung zurück, sie würde in die Wahlfreiheit der Verbraucher*innen eingreifen. Ungeachtet fundierter Daten sieht die politische Realität so aus, dass Erkenntnisse nicht unbedingt zu bestimmten politischen Ansichten oder wirtschaftlichen Interessen passen. Das war schon immer so. Als Reformen*innen im neunzehnten Jahrhundert Anstrengungen unternahmen, Abwasserkanäle zu bauen und Trinkwasserleitungen zu legen, gab es heftigen Widerstand von Grundbesitzer*innen und wirtschaftlichen Interessengruppen. Es dauerte Jahrzehnte, bis dieser Widerstand überwunden war. Heute mag es offensichtlich erscheinen, dass sauberes Wasser und zuverlässige Abwasserentsorgung der Gesundheit dienen, doch historisch gesehen musste erst eine Menge Überzeugungsarbeit geleistet werden. Ein anderes Beispiel aus dem 20. Jahrhundert: Die ersten Veröffentlichungen, in denen ein Zusammenhang zwischen dem Rauchen und Lungenkrebs hergestellt wurde, erschienen im Jahr 1950. Gesicherte klinische Erkenntnisse über den ursächlichen Zusammenhang lagen 1962 vor. Erst 2007 trat dann in Großbritannien ein Rauchverbot an öffentlichen Plätzen in Kraft.

2. Eine Vielzahl von Akteur*innen und der »Handel mit Ideen«

Der zweite Grund ist die Politikgestaltung. Man stellt sich das oft als einen linearen Prozess vor, in dem Erkenntnisse vorgelegt und von politischen Entscheidungsträger*innen durchdacht werden, die daraufhin Strategien oder Mechanismen zu

ihrer Umsetzung entwickeln. Tatsächlich finden nur wenige Erkenntnisse so ihren Weg in die Politik. Die Beziehung zwischen Erkenntnis und Politik ist ein »Handel mit Ideen«. Beteiligt sind verschiedenste Akteur*innen – die Forscher*innen, die die Erkenntnisse vorlegen, die Ämter, deren Aufgabe es ist, Maßnahmen für Regierungen zu entwickeln, Interessens- und Lobbygruppen, Journalist*innen, soziale Medien, Unternehmer*innen und Politiker*innen. Zwischen diesen Akteur*innen werden Ideen hin und her gespielt. Wenn man Gesundheit in allen Politikbereichen verankern möchte, darf man diese Akteur*innen nicht nur als potenzielle »Empfänger*innen« von Gesundheitsbotschaften betrachten, sondern als Gruppen, mit denen gearbeitet werden muss. Das ist ein mühsamer und langwieriger Prozess, man muss an Türen klopfen, mit vielen Menschen reden, Vertrauen und Respekt gewinnen. Anderen zu sagen, dass sie sich irren, ist ein vollkommen wirkungsloser Weg, sie zur Änderung ihrer Meinung oder ihres Verhalten zu bewegen. Stattdessen müssen wir ihre Position verstehen. Manchmal muss man auch den richtigen Moment abpassen. Ein »Window of Opportunity«, eine gute Gelegenheit sozusagen, eröffnet sich, wenn ein aktuelles Interesse an einem bestimmten Thema oder Problem besteht. Wenn dies eintritt, ist es wichtig, zuverlässige Informationen und vielleicht auch bereits eine geeignete Strategie zur Hand zu haben.

3. »Schnelles Denken« und vermeintlich einfache Lösungen

Der dritte Grund ist voreingenommenes Denken. Der Psychologe und Nobelpreisträger Daniel Kahneman macht uns auf die Gefahr des »schnellen Denkens« aufmerksam. Dazu kommt es, wenn wir aufgrund einer Reihe vorgefasster Meinungen und früherer Erfahrungen vorschnell urteilen. Wir greifen nach Heuristiken – Abkürzungen, um schnelle Antworten zu bekommen. Oft hilft uns das. Kahneman weist jedoch darauf hin, dass schnelles Denken eine Hauptquelle von Vorurteilen und Fehlern ist. Einige Probleme erfordern es, dass wir sie langsam, systematisch und gründlich durchdenken. Ein solches »langsame Denken« muss bei komplexen Problemen angewendet werden. Fast alle Probleme der öffentlichen Gesundheit sind sehr komplex und mit einfachen Lösungen nicht zu bewältigen. Zu den häufigsten Fehlern in der öffentlichen Gesundheitspolitik gehört es, auf »schnelles Denken« zurückzugreifen. Der klassische Fall ist der Versuch, Menschen durch Informationen zu Verhaltensänderungen zu bewegen. Wir informieren über die Gefahren des Rauchens, übermäßigen Essens und Trinkens oder von zu wenig Bewegung und verknüpfen damit die Erwartung, dass die Menschen zuhören, verstehen und dementsprechend handeln. Viele Kampagnen zur Aufklärung der Öffentlichkeit über Gesundheitsthemen basieren auf genau dieser scheinbar einfachen Lösung. Einige Menschen ändern tatsächlich ihr Verhalten. Aber der Erfolg dieser Art informationsgetriebener Verhaltensänderung ist nachgewiesenermaßen suboptimal. Trotzdem ist es sehr schwierig, die Politik von solch scheinbar einfachen Lösungen wegzubringen. Das liegt daran, dass Menschen – und damit auch Politiker*innen und andere Entscheidungsträger*innen – nur widerwillig das schwierigere, »langsame Denken« anwenden,

um komplexe Probleme zu lösen. Wir müssen uns also bewusst sein, dass Vorurteile und Fehler zu der Art und Weise, wie Menschen denken, dazu gehören.

Kleine Schritte sind auch Fortschritte

Die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit ist ein langer und langsamer Prozess. Er benötigt Zeit – manchmal Jahrzehnte. Dennoch haben auch kleine Veränderungen einen gesundheitlichen Nutzen in der Gesamtbevölkerung, etwa wenn sich eine Vielzahl von Menschen auch nur ein bisschen mehr bewegt oder viele ihren Alkoholkonsum zumindest etwas reduzieren. Im Laufe der Jahre waren jene Programme wirklich erfolgreich, die einen mehrgleisigen Ansatz auf mehreren Ebenen verfolgten und sich über längere Zeiträume erstreckten. Die Tabakentwöhnung ist vielleicht der größte Erfolg im Vereinigten Königreich. Sie führte über Maßnahmen in den Bereichen Aufklärung, Besteuerung, Regulierung der Verfügbarkeit, Beschränkung der Werbung, Unterstützung in Form von Nikotinersatztherapie und anderen psychologischen Interventionen zur Überwindung der Nikotinabhängigkeit bei vielen Menschen und mündete schließlich in ein Rauchverbot an öffentlichen Plätzen. Für sich genommen hätte keine dieser Maßnahmen denselben Effekt erbracht wie es die Kombination aller vermochte. Dies ist ein sehr gutes Beispiel für eine HiAP-Strategie, in die viele verschiedene Regierungsinstanzen und Sektoren eingebunden waren.

Wie geht es weiter?

Es hilft, sich daran zu erinnern, dass in der Welt der Politikgestaltung erfolgreiche Akteur*innen nur selten alles sofort erreichen. Erfolg ist das, was zu einem bestimmten Zeitpunkt pragmatisch möglich ist. Wenngleich wissenschaftlich erwiesen ist, dass eine erfolgreiche Strategie zur Bekämpfung von Fettleibigkeit die Industrie, die Werbung, die Besteuerung, Einzelhandelskontrollen und die Förderung körperlicher Bewegung beinhalten sollte, so ist es doch – zumindest in pluralistischen demokratischen Gesellschaften – höchst unwahrscheinlich, dass all dies zum gleichen Zeitpunkt passieren wird. Deshalb müssen wir uns darüber im Klaren sein, was hier und heute möglich ist. Nicht alles auf einmal zu erreichen, ist kein Scheitern. Wir müssen die Vielfalt der »Kräfte« verstehen, die gegen die Gesundheit arbeiten und herausfinden, wie mit ihnen umzugehen ist, sodass am Ende der von uns angestrebte Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung erreicht wird. Erkenntnisse allein werden nicht ausreichen – wir müssen politisch und psychologisch klug agieren.

Literatur beim Verfasser

PROF. MICHAEL P. KELLY, University of Cambridge, leitete von 2005 bis 2014 das Centre for Public Health am British National Institute for Health and Care Excellence (NICE), E-Mail: mk744@medschl.cam.ac.uk

» Dieser Artikel wurde ins Deutsche übersetzt. Die Originalfassung ist in der zweisprachigen Ausgabe unter www.gesundheit-nds.de/impulse abrufbar.



UTE SONNTAG, SABINE KÖNIG

Studentisches Gesundheitsmanagement strukturiert umsetzen

Eine Handlungsempfehlung gibt Orientierung und Hilfestellung

Ein Gesundheitsmanagement für und mit Studierende(n) aufbauen – systematisch, umfassend, partizipativ: Wie das gehen kann, beschreibt eine kürzlich erschienene Handlungsempfehlung zum Studentischen Gesundheitsmanagement (SGM). Entwickelt wurde das Wissen im Laufe eines vierjährigen Projektes der Techniker Krankenkasse (TK) und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) unter Beteiligung vieler Hochschulen in ganz Deutschland. Auf der Grundlage der Erfahrungen mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement in Hochschulen wurden spezifische Herangehensweisen für die Zielgruppe der Studierenden neu erarbeitet.

Was ist das Besondere am SGM?

Die Verweildauer an der Hochschule unterscheidet sich zwischen Beschäftigten und Studierenden erheblich. Studierende sind nur einige Jahre da. Jedes Jahr schließen Studierende ihr Studium ab und es kommen neue Erstsemester dazu. Sich auf diesen Rhythmus einzustellen, ist die erste große Herausforderung für ein SGM. Studierende und deren alltägliche Lebenswelten sind sehr unterschiedlich. Einige sind privilegiert, andere mehrfach belastet. Formal-organisatorische Gegebenheiten wie Prüfungsordnungen, Verpflegungssituation oder bauliche Aspekte an Hochschulen sind jedoch ähnlich und können erste Referenzpunkte für das SGM bilden. Gesundes Lehren, gesundes Lernen, soziale Kontakte knüpfen, eine Willkommenskultur entwickeln – all dies können Themen für ein SGM sein, das sich auf die Studierenden und ihre unterschiedlichen Lebenssituationen einlässt. Was aber die Studierenden

einer konkreten Hochschule zum Zeitpunkt x selbst als wichtig erachten und umsetzen wollen, sollte ernst genommen und ermöglicht werden. Die Partizipation der Studierenden ist ein wichtiger Erfolgsfaktor, um diese mit SGM zu erreichen.

Was steht drin?

Das Thema SGM wird in die politischen und soziologischen Diskussionszusammenhänge eingeordnet. Zwei ausführliche Kapitel widmen sich den Fragestellungen: »Was ist zu Beginn zu bedenken?« und »Was ist bei der Umsetzung zu bedenken?«. Zentral ist, dass die Hochschulleitung das Vorhaben unterstützt und sich wichtige Akteur*innen motivieren beziehungsweise überzeugen lassen, hier mitzuwirken. Daher sind diese Personen zu sensibilisieren und bestenfalls zu gewinnen. Hinweise, wie das funktionieren kann, und gesammelte Argumente finden sich in der Handlungsempfehlung. Für das Bekanntwerden des Projektes innerhalb der Hochschule, bei den Studierenden und Verantwortlichen in den Hochschulstrukturen ist die hochschulinterne Kommunikation bedeutsam. Mehrere praktische Beispiele illustrieren, wie gelingende Kommunikation zu SGM aussehen kann. Im letzten Teil geht es um grundsätzliche Aspekte der Umsetzung, zum Beispiel: Was sind Erfolgskriterien für ein SGM und wie können finanzielle und personelle Ressourcen, Schnittstellen und Handlungsfelder gestaltet werden? Die Umsetzung von SGM folgt dem Public Health Action Cycle, dessen Schritte Bedarfsanalyse, Interventionsplanung, Maßnahmendurchführung und Evaluation in weiteren Kapiteln beschrieben werden. Praxishilfen zu einzelnen Aspekten runden die Handlungsempfehlung ab.

Wie ist die Handlungsempfehlung entstanden?

Da es bis vor vier Jahren noch kaum Erfahrungen mit SGM gab, wurde ein Entwicklungsprojekt initiiert. Das Thema stieß bei Hochschulen auf große Resonanz und viel Interesse. Fokusgruppen mit Studierenden an 14 Hochschulen sammelten erste Ideen zum Thema. In drei Forschungsworkshops wurde die aktuelle Forschungslandschaft in Bezug auf Anwendungsmöglichkeiten sowie relevante Wissensbestände für das SGM-Projekt überprüft. Ein begleitendes Gremium aus Hochschulakteur*innen, Expert*innen hochschulnaher Organisationen, der TK und der LVG & AFS beriet und unterstützte das Projekt kontinuierlich. Aus diesem Kreis kommt die Mehrzahl der 19 Autor*innen der Handlungsempfehlung.

Worauf zielt die Handlungsempfehlung?

Die Handlungsempfehlung ist die erste zusammenfassende Darstellung der wichtigsten konzeptionellen Schritte und spezifischen Fragestellungen zum SGM in Deutschland. Wer ein SGM aufbauen möchte, findet hier Orientierung und Hilfestellung. Ein Glossar, Literaturempfehlungen und Internethinweise komplettieren das Angebot. Besonders Koordinator*innen für ein SGM profitieren von dieser Handlungsempfehlung. Die Handlungsempfehlung und ein kurzes Video zum Thema finden Sie unter www.tk.de/techniker/2066638 zum Download. Sie ist kostenlos über die LVG & AFS und die TK zu beziehen.

Literatur bei den Verfasser*innen

SABINE KÖNIG, Techniker Krankenkasse, Gesundheitsmanagement, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, E-Mail: gesundheitsmanagement@tk.de;
DR. UTE SONNTAG, siehe Impressum

SONJA MÜLLER, CAROLIN RÜCKRIEM

Luxus für die Frau Das Must-have des Monats

Was haben Maultiere, Gummibärchen und Bücher gemeinsam? Diese obskure Aufzählung eint nach deutschem Recht der ermäßigte Mehrwertsteuersatz von sieben Prozent, der beim Kauf anfällt. In Deutschland wird die Besteuerung mit dem Paragraf 12 des Umsatzsteuergesetzes sowie zwei Tabellenanhängen mit 54 Kategorien geregelt. Das Gesetz unterscheidet zwischen Gütern des Grundbedarfs und anderen Konsumgütern. Der ermäßigte Steuersatz von sieben Prozent gilt beispielsweise für Dinge des täglichen Lebens wie Brot, frisches Gemüse und Wasser, aber auch für sportliche und kulturelle Unternehmungen. Demgegenüber kommt bei Produkten wie Kleidung oder Elektro-Geräten der generelle Steuersatz von 19 Prozent zum Tragen. Wie zwischen beiden Steuersätzen unterschieden wird, ist nicht immer nachvollziehbar: Beispielsweise zahlt der*die Konsument*in für Milch sieben Prozent, während bei Sojamilch 19 Prozent Mehrwertsteuer anfallen. Für Wachteleier und Froschschenkel, die viele vermutlich als Luxus einordnen würden, gilt der ermäßigte Steuersatz. Hingegen werden in Deutschland für Hygieneartikel wie Tampons, Binden und Menstruationstassen die 19 Prozent Mehrwertsteuer fällig. Folglich zählen diese Menstruationsartikel nach deutschem Recht nicht zum alltäglichen Bedarf, sondern zu den »Luxusgütern«.

Nationale Petitionen

Diese Gedanken veranlassten Nanna-Josephine Roloff und Yasemin Kotra, beide Studentinnen aus Hamburg, 2018 dazu, eine Petition unter dem Motto: »Die Periode ist kein Luxus« ins Leben zu rufen. Mit Erfolg: Bis heute unterstützen mehr als 170.000 Menschen die Kampagne. Adressiert an den Vizekanzler und Finanzminister Olaf Scholz (SPD) und die Familienministerin Franziska Giffey (SPD), fordern sie, die hohe Besteuerung auf Hygieneprodukte zu senken. Auch das Unternehmen »Einhorn« initiierte eine Petition in Kooperation mit dem Magazin »Neon«. Insgesamt kamen hier die für die Verhandlung der Petition geforderten 50.000 Unterschriften zusammen, darunter auch von zahlreichen Prominenten wie Jan Böhmermann und Carolin Kebekus. Das Ende der »fiskalische[n] Diskriminierung von Frauen aufgrund ihres Geschlechts« – wie Nanna-Josephine Roloff und Yasemin Kotra es fassen – wäre ein entscheidender Schritt in Richtung Gleichberechtigung von Männern und Frauen. Die über die Lebensspanne entstehenden Kosten für Menstruationsartikel summieren sich auf schätzungsweise rund 1.500 Euro bis 5.000 Euro. Dabei ist die Periode einer Frau unvermeidbar. Frauen menstruieren circa 40 Jahre lang, in etwa einmal im Monat für durchschnittlich drei bis fünf Tage. Der Gebrauch von Hygieneartikeln ist also kein »Luxus«, sondern für die meisten Frauen allmonatliche Notwendigkeit.

Internationale Vorbilder

Dass es anders geht, zeigt die internationale Perspektive: Der weltweite Vorreiter Kenia schaffte bereits 2011 die Steuern auf solche Artikel ab. Länder wie Kanada, Indien, Uganda, Australien und Südafrika folgten. Innerhalb der EU können die Mitgliedsstaaten seit 2016 frei über die Besteuerung ihrer Hy-

gieneprodukte entscheiden. Frankreich, Spanien und die Niederlande senkten, unter Druck einer breiten Öffentlichkeit, bereits den Steuersatz. Noch einen entscheidenden Schritt weiter ging Schottland: Die schottische Regierung verabschiedete einen 5,2 Millionen Pfund Plan, der Schüler*innen und Student*innen einen kostenfreien Zugang zu Hygieneartikeln gewährleistet. Eine Studie des »Independent Panel of Experts for the review of zero rating in South Africa« bestätigt, wie wichtig kostenlose Hygieneartikel gerade für Frauen mit geringem Einkommen sind. Eine Senkung der Mehrwertsteuer genügt laut des Expert*innenkomitees nicht. Zur Verdeutlichung: In Deutschland steht einem*einer Hartz-IV-Empfänger*in ein Regelsatz für Gesundheitspflege von 16,11 Euro zu, wobei Frauen von dieser Summe auch Menstruationsprodukte erwerben müssen. Mittlerweile hat es das Thema durch die mediale Aufmerksamkeit und das Erreichen der benötigten Stimmzahl zur Verhandlung der Petition in den Bundestag geschafft. Doch bis zur Senkung der Steuer ist es noch ein langer Weg, denn einer Abänderung des Umsatzsteuersatzes müssten sowohl der Bundestag als auch der Bundesrat zustimmen. Dass die derzeitige Situation erfinderisch macht, beweist das Unternehmen »The Female Company« aus Stuttgart: Gemeinsam mit einer Werbeagentur werden fair gehandelte Bio-Tampons verkauft, die in einem vierzigseitigen Buch »versteckt« sind (The Tampon Book). Daher findet der ermäßigte Steuersatz von sieben Prozent Anwendung.

Literatur bei den Verfasser*innen, Anschrift siehe Impressum

ELENA LINK

Vertrauen und die Suche nach Gesundheitsinformationen

Die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen verändert sich. So geben Patient*innen an, zunehmend skeptischer gegenüber ärztlichem Fachpersonal eingestellt zu sein. Auch Ärzt*innen nehmen wahr, dass das in sie gesetzte Vertrauen sinkt. Solche Veränderungen stehen ebenfalls im Zusammenhang mit der wachsenden Vielfalt ständig verfügbarer Informationen im Internet und einer gestiegenen Bereitschaft betroffener Personen, selbst nach Informationen zu suchen. Dadurch sinkt zumindest die empfundene Abhängigkeit und Relevanz der Informationen von Ärzt*innen. Dennoch scheint Vertrauen im Gesundheitskontext unerlässlich zu sein. Patient*innen sind nach der Diagnose einer Erkrankung häufig mit Wissensdefiziten, subjektiven Unsicherheiten, emotionaler Belastung und der eigenen Verletzlichkeit konfrontiert. Zur Bewältigung dieser Situation kann Vertrauen maßgeblich beitragen. Es ist als konstituierendes Merkmal von (Kommunikations-)Beziehungen zu verstehen und stellt die Bereitschaft dar, Verantwortung an Dritte abzugeben sowie eine bedeutungsvolle Interaktion einzugehen. Vor diesem Hintergrund ist es relevant, zu untersuchen, wem Vertrauen geschenkt wird, und zu verstehen, wie Vertrauen entsteht. Ebenso ist zu fragen, welche Rolle Vertrauen für das Informationshandeln von Patient*innen spielt – dies umfasst die Entstehung von Informationsbedürfnissen, die Auswahl und Zuwendung zu verschiedenen Quellen wie Ärzt*innen oder dem Internet und den Umgang mit den gefundenen Informationen.

Ergebnisse zur Rolle des Vertrauens

Der vorliegende Artikel fasst erste Erkenntnisse zur Beantwortung der genannten Fragestellungen basierend auf qualitativen Leitfadengesprächen mit Arthrose-Patient*innen (N = 34) aus dem Jahr 2015 und einer im Jahr 2016 durchgeführten, repräsentativen Befragung deutscher Internetnutzer*innen (N = 822) zusammen und fokussiert im Folgenden die Rolle des Vertrauens für das Informationshandeln. Die qualitative Studie zeigt, dass im Krankheitsverlauf neben Ärzt*innen auch der Austausch mit Angehörigen und die Suche nach Gesundheitsinformationen mittels des Internets von Bedeutung sind. Statt sich auf eine Quelle zu verlassen, spielt gerade deren Kombination eine bedeutende Rolle für die Bewältigung der Krankheitserfahrung und die medizinische Entscheidungsfindung. Mit Blick auf das Thema Vertrauen wird deutlich, dass es in allen Phasen der Informationssuche eine Rolle spielt. Es kann die Zuwendung zu sowie die Deutung von Informationen aus unterschiedlichen Quellen beeinflussen. Ebenso spielt es eine wesentliche Rolle für die Bewältigung empfundener Unsicherheiten. So zeigt sich, dass mit höherem Vertrauen in behandelnde Ärzt*innen geringere Unsicherheiten verbunden sind. Im Zuge der quantitativen Prüfung dieser Erkenntnisse wurde die Intention zur Informationssuche im Internet fokussiert und mittels des Vertrauens in Online-Informationen und medizinisches Fachpersonal zu erklären versucht. Die Erkenntnisse zeigen, dass hohes Vertrauen in Gesundheitsinformationen aus dem Internet damit einhergeht, dass die aufgefundenen Informationen als wertvoller und hilfreicher bewertet werden. Im Gegensatz dazu zählt geringes Vertrauen in Ärzt*innen zu den Auslösern der Informationssuche im Internet. Zusammenfassend wird deutlich, dass Vertrauen das Informationshandeln der Patient*innen maßgeblich lenkt, da es beeinflusst, wo wir Hilfe suchen und welche Informationen wir für unsere Entscheidungen heranziehen. Mit dieser weitreichenden Bedeutung von Vertrauen geht einher, dass der Erhalt des Vertrauens von Patient*innen als wichtige Zielsetzung des Gesundheitssystems zu verstehen ist. Ebenso wird deutlich, dass adäquate Vertrauensurteile sowie dafür erforderliche Informationskompetenzen bedeutend sind für ein funktionales und bedürfnisgerechtes Informationshandeln von Patient*innen.

Hinweis:

Bei dem Artikel handelt es sich um eine Zusammenfassung der Dissertation »Vertrauen und die Suche nach Gesundheitsinformationen: Eine empirische Untersuchung des Informationshandelns von Gesunden und Erkrankten«, erschienen 2019 im Springer VS.

Literatur bei der Verfasserin

DR. ELENA LINK, Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung, Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover, Expo Plaza 12, 30539 Hannover, Tel.: (05 11) 310 04 74, E-Mail: elena.link@jfk.hmtm-hannover.de



SABINA ULBRICHT

Aggressives Verhalten in der Zusammenarbeit von Menschen mit und ohne Behinderung Eine Frage von Qualifikation und Arbeitsorganisation?

Eine Befragung von Fachkräften aus Werkstätten und Serviceeinrichtungen, in denen Menschen mit und ohne Behinderung zusammenarbeiten, befasste sich mit der Wahrnehmung aggressiver Verhaltensweisen und dem Umgang damit. Die Ergebnisse dieser anonymen Befragung bilden, gemeinsam mit den Erkenntnissen aus Interviews, die Basis für die Entwicklung eines Gewaltpräventionskonzepts im Geschäftsbereich »Arbeiten« des Pommerschen Diakonievereins (Mecklenburg-Vorpommern). Die Datensammlung diente dazu, individuell und arbeitsorganisatorisch relevante Rahmenbedingungen herauszuarbeiten, um verbaler und körperlicher Gewalt im Arbeitsalltag möglichst vorzubeugen und für den Fall der Fälle sicherzustellen, dass entsprechende Vorkommnisse dokumentiert und kommuniziert werden. Die Befragungsergebnisse zum Aspekt der »Sozialpädagogischen Zusatzqualifikation«, als eine Rahmenbedingung auf individueller Ebene, und zum Aspekt der »Über- und Unterforderung am Arbeitsplatz«, werden als eine weitere Bedingung auf der arbeitsorganisatorischen Ebene dargestellt. Befragt wurden 106 Fachkräfte, darunter 62 Frauen. Über eine sonderpädagogische Zusatzqualifikation verfügten 61 der 106 Befragten.

Wahrnehmung von und Sicherheit im Umgang mit aggressivem Verhalten von Mitarbeiter*innen mit Behinderung

Fachkräfte mit sonderpädagogischer Zusatzqualifikation, insbesondere die Frauen unter ihnen, hatten in den zurückliegenden drei Monaten häufiger verbale und/oder körperliche Gewalt in ihrem Arbeitsbereich wahrgenommen, verglichen mit jenen ohne diese Qualifikation (72 Prozent versus 51,8 Prozent). Auch war der Anteil jener, die eine regelmäßige Dokumentation (65,3 Prozent versus 26,7 Prozent) und Kommunikation solcher Vorkommnisse im Team (78,3 Prozent versus 55,2 Prozent) angegeben hatten, höher. Frauen waren hin-

sichtlich dieser zwei Aspekte deutlich aktiver. Von den Fachkräften, die verbale und/oder körperliche Gewalt berichtet hatten, fühlten sich solche mit sonderpädagogischer Zusatzqualifikation im Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen sicherer, verglichen mit Befragten ohne diese Qualifikation (80,1 Prozent versus 53,3 Prozent). Bezüglich dieser Einschätzung unterscheiden sich Frauen nicht von Männern.

Die Häufigkeit aggressiven Verhaltens gegenüber Mitarbeiter*innen mit Behinderung

Die Frage, ob sie in der Vergangenheit selbst verbale (etwa Drohen, Schreien) oder andere aggressive Verhaltensweisen (zum Beispiel Anwendung nicht abgesprochener Sanktionen) in belastenden Arbeitssituationen gezeigt hatten, bejahten 16 der 106 Fachkräfte, darunter 14 mit sonderpädagogischer Zusatzqualifikation.

Einschätzung der Über- und Unterforderung am Arbeitsplatz

Dass behinderte Mitarbeiter*innen im Arbeitsalltag häufig überfordert sind, stellten insgesamt 29,5 Prozent der befragten Fachkräfte fest. Befragte mit sonderpädagogischer Zusatzqualifikation sahen etwas häufiger eine Überforderung als jene ohne diese Qualifikation (31,2 Prozent versus 27,3 Prozent). Eine Unterforderung wurde hingegen insgesamt deutlich seltener gesehen (8,6 Prozent).

Fazit

Verbal und körperlich aggressive Verhaltensweisen in der Zusammenarbeit behinderter und nicht-behinderter Menschen werden von mehr als der Hälfte der Befragten wahrgenommen, besonders häufig jedoch von weiblichen sonderpädagogisch qualifizierten Fachkräften. Ob diese arbeitsorganisatorisch öfter mit aggressiven Verhaltensweisen konfrontiert werden oder sie aufgrund ihrer Qualifikation sensibler in der Wahrnehmung sind, lässt sich aus den Daten nicht ableiten. Für die Hypothese der häufigeren Konfrontation spricht, dass sie selbst in belastenden Arbeitssituationen häufiger mit verbaler Gewalt reagieren. Jedoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass die vermutete höhere Sensibilität der Wahrnehmung aggressiven Verhaltens bei anderen mit einer stärkeren Reflektion des eigenen Verhaltens einhergeht. Möglicherweise stellt auch das Ergebnis, wonach fast ein Drittel der Fachkräfte einschätzt, dass Mitarbeiter*innen mit Behinderung im Arbeitsprozess häufig überfordert sind, einen Ansatzpunkt für Veränderungen dar, um daraus erwachsenem Konfliktpotenzial den Nährboden zu entziehen. Der Bedarf an unterstützenden Angeboten für den Fall aggressiver Verhaltensweisen in Form von externer oder interner Konfliktberatung, Kommunikationstraining oder Supervision wird von 76 Prozent der befragten Fachkräfte signalisiert, und zwar unabhängig von einer sonderpädagogischen Zusatzqualifikation. Es ist davon auszugehen, dass weitere individuell und arbeitsorganisatorisch relevante Rahmenbedingungen die Entstehung aggressiver Verhaltensweisen begünstigen. Diese möglichst gendersensibel weiter herauszuarbeiten, ist Teil der Entwicklung des Gewaltpräventionskonzepts.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. SABINA ULBRICHT, Universitätsmedizin Greifswald,
Walther-Rathenau-Straße 48, 17475 Greifswald,
E-Mail: sabina.ulbricht@med.uni-greifswald.de



Erster Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz veröffentlicht

Im Juni 2019 hat die Nationale Präventionskonferenz (NPK) ihren ersten nationalen Präventionsbericht an das Bundesministerium für Gesundheit übergeben. Die Nationale Präventionskonferenz wurde mit dem 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz begründet und wird von den Spitzenorganisationen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung getragen. Zu den Mitgliedern gehören zudem die private Kranken- und Pflegeversicherung, staatliche Akteur*innen, Sozialpartner*innen und Akteur*innen aus der Zivilgesellschaft. Aufgabe der Präventionskonferenz ist es, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und kontinuierlich fortzuschreiben. Der nationale Präventionsbericht ist eine erste Bestandsaufnahme der Umsetzung des Präventionsgesetzes vier Jahre nach seiner Verabschiedung und enthält unter anderem folgende inhaltliche Schwerpunkte:

- » Überblick über die bundesweiten Akteur*innen und Kooperationsstrukturen in der Gesundheitsförderung und Prävention,
- » bundesweite und länderbezogene Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung,
- » Stand der Umsetzung der Bundesrahmempfehlungen sowie des Präventionsgesetzes,
- » Ausgaben der in der NPK vertretenen Akteur*innen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland,
- » Empfehlungen für die Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie.

Der erste nationale Präventionsbericht ist auf der Seite der Nationalen Präventionskonferenz abrufbar
» www.npk-info.de.

Künftig soll der Bericht alle vier Jahre erscheinen.



DIRK GANSEFORT

Health in School policies Gesundheit als Teil schulischer Bildung

Das zum Schuljahr 2018 gestartete Modellprojekt »Gesundheitsfachkräfte an Bremer Grundschulen (GefaS)« kann auf das erste Jahr zurückblicken – mit guten Erfahrungen und positiven Rückmeldungen aus den beteiligten Schulen und Kommunen. Gesundheit als Teil schulischer Bildung etabliert sich als Policy-Ansatz in Bremen und anderen Bundesländern.

Struktur und Ziele des Projekts

An den 12 Grundschulen in Bremen und Bremerhaven, die in Stadtteilen mit besonderen sozialen Herausforderungen liegen, ist das Ziel der Arbeit der sieben Gesundheitsfachkräfte, das Thema Gesundheit systematisch in den Blick zu nehmen. Dabei sollen die Gesundheitsressourcen von Schüler*innen, Lehrkräften und Eltern gestärkt werden. Die Fachkräfte wirken zudem an der Schaffung einer gesundheitsfördernden Schulumgebung mit und fördern eine Öffnung der Schule zu gesundheitsbezogenen Angeboten im Stadtteil. Die Fachkräfte, die über eine abgeschlossene Ausbildung zur Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger*in sowie über einen Studienabschluss im Bereich Public Health oder Vergleichbarem verfügen, sind am Gesundheitsamt Bremen angestellt. Eine vierwöchige Qualifizierungsphase zu Beginn, regelmäßige einwöchige Qualifizierungen in den Schulferien sowie monatliche Austauschtreffen und Supervision bereiten die Fachkräfte auf die Arbeit an den Grundschulen vor. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes durch das Land Bremen (Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz) und die gesetzlichen Krankenkassen im Land Bremen. Wie in der Ausgabe der Impulse 101 beschrieben, sind die Schwerpunkte der Fachkräfte in Bremen in den Themenbereichen Ernährung, Bewegung, Hygiene, psychosoziale Gesundheit und Medienkompetenz zu finden, wobei das Aufgaben-

profil bedarfsorientiert umgesetzt wird. Ausdrücklich ausgeschlossen ist im Bremer Ansatz unter anderem die medizinische Versorgung zum Beispiel von Wunden, Behandlung von akuten Krankheiten, Hausbesuche und Begleitung bei Arzt*innenbesuchen oder eine eigenständig unterrichtende Tätigkeit.

Schulgesundheitspflege und das Bremer Modellprojekt

International ist die Ausbildung und der Einsatz von Gesundheitsfachkräften an Schulen (School Nurses) schon seit längerem übliche Praxis. So werden beispielsweise in Dänemark und Schweden School Nurses an Grund- und Oberschulen eingesetzt. Andere Bezeichnungen, wie zum Beispiel Public Health Nurse oder School Health Nurse stellen eine international etablierte pflegerische Spezialisierung unter anderem in Großbritannien, Finnland, den USA, Australien oder Südkorea dar. In Deutschland ist an internationalen Schulen der Einsatz von Schulpflegerkräften zu beobachten, zum Beispiel in Schleswig-Holstein an Schulen der dänischen Minderheit. Seit dem Jahr 2016 beziehungsweise 2018 werden in den Bundesländern Brandenburg und Hessen ebenfalls sogenannte Schulgesundheitsfachkräfte eingesetzt. Im Gegensatz zum Bremer Modellprojekt liegen hier die Schwerpunkte auf der Akutversorgung im Notfall, Hilfe bei Erkrankungen und Betreuung bis Schulschluss, pflegerischer Unterstützung von chronisch kranken oder behinderten Kindern sowie regelmäßige Untersuchung zur Feststellung des gesundheitlichen Zustands der Kinder. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e. V. spricht auf seiner Website von Schulgesundheitspflege. Im Gegensatz dazu legt das Bremer Modellprojekt einen stärkeren Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention, um dem bekannten Zusammenhang zwischen Bildung, sozialer Lage der Familien und Gesundheitsverhalten und -kompetenz in den Fokus zu nehmen, und zwar sowohl bei Kindern als auch Eltern.

Erste Ergebnisse und kommende Herausforderungen

Evaluier wird das Projekt vom Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav) in Berlin, unter anderem durch Fokusgruppen mit den Fachkräften, Befragungen von Schulleitungen, Lehrkräften und der Schulsozialarbeit. Zudem sollen teilnehmende Beobachtungen in Schulklassen sowie eine Befragung der Eltern Ergebnisse liefern. In Bremen stößt das Projekt auf große Zustimmung in den beteiligten Schulen und Stadtteilen. Positive Rückmeldungen von Schulleitungen und auch aus den Ortsämtern bestätigen dies – ein Beschluss der Fortführung des Projekts liegt schon aus einem Ortsamt vor und eine Verlängerung des Projekts beziehungsweise eine Übernahme in den Regelbetrieb der Grundschulen wäre ein großer Erfolg. Laut Koalitionsvertrag der neuen rot-grün-roten Bremer Landesregierung wird im Abschnitt Prävention formuliert: »Das Präventionsfachkräfteprojekt an Grundschulen soll verstetigt und ausgeweitet werden.« Auch verdichten sich die Anzeichen, dass auf Bundesebene ein Bestreben zur Einführung von Gesundheitsfachkräften besteht. Ob dabei der Fokus in den Grundschulen auf medizinische Versorgung oder Gesundheitsförderung und Prävention gelegt wird, ist sehr sorgsam zu diskutieren. Der Bremer Ansatz, der das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz von Schüler*innen und Eltern als Kern der Arbeit sieht, bietet aus Sicht der Projektverantwortlichen viele Vorteile.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum

SOPHIA GOTTSCHALL, EVA THALMEIER

Gesundheit im Quartier Wie eine Veranstaltung in einem Stadtteil partizipativ geplant werden kann

Gesundheitsförderung kann nur vor Ort gelingen – das ist kein Novum mehr. Vor allem in sozial benachteiligten Stadtteilen sind die Bewohner*innen Gesundheitsbelastungen verstärkt ausgesetzt, sodass eine sozialraumorientierte Gesundheitsförderung hier von besonderer Bedeutung ist. Doch welche gesundheitsförderlichen Angebote gibt es bereits im Quartier? Und wie kann eine integrierte Quartiersentwicklung Gesundheit befördern? Diesen Fragen wollte die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft Soziale Brennpunkte (LAG) Niedersachsen e. V. in Form einer Fachtagung nachgehen. Gemeinsames Ziel war es, direkt vor Ort im Quartier Sahlkamp der Stadt Hannover Entscheidungsträger*innen aus den Bereichen Gesundheit und Gemeinwesenarbeit sowie Akteur*innen und Bewohner*innen miteinander ins Gespräch zu bringen, um das Verständnis beider Seiten für die Chancen und Möglichkeiten einer »gemeinsamen Sprache« zu wecken. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn Multiplikator*innen und Bewohner*innen dieser Lebenswelt direkt miteinbezogen werden. Daher wurde von Anfang an ein partizipatives Vorgehen bei der Gestaltung der Fachtagung gewählt.

Partizipation erfordert Vernetzung

Als Interessenvertretung von gemeinwesenorientierten Projekten aus benachteiligten Wohngebieten in Niedersachsen steht die LAG im engen Austausch mit Bewohner*innen und Akteur*innen vor Ort. Somit bestand ein direkter Zugang zum Stadtteil Sahlkamp im Nordosten von Hannover. Seit Aufnahme in das Bund-Länder-Programm »Soziale Stadt« ist unter aktiver Beteiligung der Einwohner*innen im Sahlkamp viel passiert, um die bauliche, infrastrukturelle und soziokulturelle Situation im zu fördern und zu verbessern. Im Sahlkamp existieren bereits viele beeindruckende Beispiele, wie Gesundheitsförderung im Quartier gelingen kann, ohne explizit Gesundheitsförderung als Ziel zu benennen.

Neben der LAG ist das Quartiersmanagement im Sahlkamp seit über zehn Jahren eine gut vernetzte Institution, die alle Initiativen und Projekte im Quartier kennt, unterstützt und zusammenbringt. Aufgrund des engagierten Auftretens des Quartiermanagers war es möglich, dass über 20 unterschiedliche Projektvertreter*innen im Quartier seiner Einladung zu einem gemeinsamen Workshop folgten. In vier Workshops konnte mit den Quartiersakteur*innen ein Konzept erarbeitet werden, um den direkten Zusammenhang von Quartiersarbeit und Gesundheit für die Tagungsteilnehmer*innen erfahrbar zu machen. Im Prozess wurde deutlich, dass eine gute Fachtagung im Stadtteil nicht »top-down« geplant werden kann und eine gelebte Partizipation allen Beteiligten gegenseitiges Verständnis abverlangt. Ein zentraler Aspekt für das Gelingen war stets, den Nutzen für alle herauszustellen und immer wieder eine gemeinsame Vision auf Augenhöhe anzuregen. Das hohe Engagement und Interesse der Akteur*innen vor Ort waren beeindruckend, erforderten aber auch das »Aushalten-Können« eines offenen Planungsprozesses.

Synergien gelebter Partizipation

So gelang es, dass am 18. Juni 2019 rund 140 Besucher*innen sowie 50 Stadtteilakteur*innen zusammenkamen, um Gesundheitsförderung im Quartier zu erleben. Neben einem inhaltlichen Input am Vormittag sowie einer Fishbowl-Diskussion am Ende, führten engagierte Bewohner*innen die Teilnehmer*innen am Nachmittag in 22 Kleingruppen durch den Stadtteil und besuchten beispielsweise den »Stadtteilbauernhof« oder die »Internationalen StadtteilGärten«. So wurde direkt erlebt, wo überall Gesundheitsförderung »drin steckt«. Denn nicht nur die Walkinggruppe, sondern ebenso das aus der Einsamkeit holende Kaffeetrinken im »NachbarschaftsDienstLaden« trägt zum Wohlbefinden bei. Die Teilnehmer*innen der Tagung berichteten von einem »inspirierenden Nachmittag« und »dem beeindruckenden Engagement vor Ort«. Auch die Akteur*innen aus dem Sahlkamp bestärkten die »Wertschätzung«, »das aufrichtige Interesse« sowie die »zusprechenden Worte« der Gäste. Die Fachtagung hat gezeigt, dass Gemeinwesenarbeit und Gesundheitsförderung in enger Kooperation und fachbereichsübergreifend zu denken sind, um von- und miteinander lernen zu können. Es ist daher wichtig, Entscheidungsträger*innen auf die Quartiersebene und in den Austausch mit Bewohner*innen zu bringen.

Die Dokumentation und den Film zur Fachtagung finden Sie unter: www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/dokumentationen/1189-gesundheit-im-quartier

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum

MAXI FLOHE, ILKA-MARINA MEYER, CAROLIN RÜCKRIEM

»Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt« Ein Rückblick

Eine gesundheitsbewusste Lebensweise kann in schwierigen Lebenslagen wie andauernder prekärer Beschäftigung oder Erwerbslosigkeit zu einer schwer bewältigbaren Herausforderung werden. Vor allem Langzeiterwerbslose sehen sich in unserer Leistungsgesellschaft mit physischen und psychischen Belastungen sowie verminderten sozialen Teilhabechancen konfrontiert. Dies kann zu einem ungünstigeren Gesundheitsverhalten führen. Um die individuelle Gesundheit des Einzelnen zu fördern und aufrechtzuerhalten, bieten die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) Präventionsmaßnahmen nach Paragraph 20 SGB V an. Für die Dialoggruppe der Langzeiterwerbslosen waren diese jedoch lange an ihren Bedarfen vorbeigeplant.

Um gesundheitsfördernde Versorgungsstrukturen nachhaltig auszubauen und vulnerable Gruppen wie Langzeiterwerbslose besser zu erreichen, wurde die bundesweite Projektinitiative »Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt« auf den Weg gebracht. Die gesetzlichen Krankenkassen arbeiten gemeinsam mit den Projektpartner*innen der Bundesagentur für Arbeit, dem Deutschen Landkreistag und dem Deutschen Städtetag zusammen, um Arbeits- und Gesundheitsförderung miteinander zu verknüpfen. Gefördert wird die Initiative durch die Bundeszentrale



für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus den Mitteln der GKV. Seit dem Projektstart 2017 wurde das Projekt an 15 Standorten in Niedersachsen umgesetzt. Ab Sommer 2019 bis Anfang 2020 kommen insgesamt 17 weitere Standorte dazu. Zudem wurde die LVG & AFS beauftragt, auch im Bundesland Bremen das Projekt durchzuführen.

Umsetzung in Niedersachsen von 2017 bis 2019

In der Förderperiode von 2017 bis 2019 wurden an den verschiedenen Standorten bereits Steuerungsgruppen, bestehend aus Vertreter*innen des Jobcenters, Mitarbeitenden der Krankenkassen sowie weiteren kommunalen Akteur*innen, wie beispielsweise das örtliche Gesundheitsamt oder Wohlfahrtsverbände, aufgebaut. Die Bedarfe von Langzeiterwerbslosen in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtprävention wurden anhand partizipativer Erhebungen mit Mitarbeiter*innen der Jobcenter bzw. Agenturen für Arbeit und SGB-II-Empfänger*innen festgehalten und analysiert. Auf Grundlage jener Ergebnisse entwickelten die Steuerungsgruppen konkrete Angebote, die stetig evaluiert und entsprechend modifiziert werden. Dazu zählt ein weitreichendes, auf die Dialoggruppe angepasstes Kursangebot in den Bereichen gesunde Ernährung, Stressbewältigung, Bewegung und/oder Suchtprävention. Kriterien für die Umsetzung der Angebote sind eine möglichst wohnortnahe Ansiedlung sowie Unverbindlichkeit, Freiwilligkeit und kostenlose Nutzung. Dadurch stehen zum einen einfache und niederschwellige Zugangswege für die Kurse und Vortragsreihen im Fokus und zum anderen erfolgt durch den Wegfall des Zwangskontextes eine Förderung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arbeitsvermittler*innen und SGB-II-Empfänger*innen.

Zahlreiche kommunale Akteur*innen, Dozierende und Kursleitende ließen sich für die Durchführung der Angebote gewinnen, sodass eine weitreichende lokale Vernetzung stattfand. Insbesondere die Organisation von Gesundheitstagen förderte die Entstehung einer lokalen Vernetzungsstruktur und gibt Hinweise zur Klärung regionaler Bedarfe. Beispiele entstandener Kooperationen für diverse Standorte sind unter anderem die Arbeit mit dem Mehrgenerationenhaus in Lüneburg, dem Kulturbahnhof (Kulturzentrum) in Gifhorn, der Evangelischen Familienbildungsstätte und der Volkshochschule Emden sowie in Jugendzentren in Lüchow-Dannenberg. Neben den Veranstaltungen wie Gesundheitstagen oder Gruppenangeboten etablierte sich ebenso die Struktur der Gesundheitscoaches bezie-

ungsweise -lotsen an zahlreichen Standorten. In individuellen und bedarfsgerechten gesundheitsmotivierenden Gesprächen mit Langzeiterwerbslosen sollen nicht nur gesundheitsförderliche Ressourcen aufgebaut und die Gesundheitskompetenz gesteigert, sondern auch in passgenaue, bereits bestehende Kurs- und Hilfeangebote vermittelt werden. Hierfür bauten die Mitglieder der Steuerungsgruppen Kooperationen mit örtlichen Anbieter*innen auf, darunter Sportvereine, Volkshochschulen, Beratungsstellen und private Anbieter*innen gesundheitsförderlicher Leistungen wie Stressbewältigungstrainer*innen. Dieser Ansatz ermöglicht es, neben der Gesundheit, auch die soziale Teilhabe für Langzeiterwerbslose zu fördern.

Literatur bei den Verfasser*innen, siehe Impressum

SONJA MÜLLER

Altern in Vielfalt Gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte fördern

Dem allgemeinen Trend des demografischen Wandels folgend, wird auch bei den Menschen mit Zuwanderungsgeschichte der Anteil der Senioren*innen in den kommenden Jahren zunehmen. So verbleibt ein Großteil der älteren Menschen mit Migrationshintergrund, beispielsweise die medial häufig erwähnten Gastarbeiter*innen aus Ländern wie Italien, Spanien oder der Türkei, oftmals entgegen ihrer ursprünglichen Intention nach dem Berufsleben in Deutschland. Folglich ist diese Gruppe hierzulande alt geworden. Laut dem Mikrozensus 2017 leben 2.813.000 Menschen mit Migrationshintergrund, die bereits über 60 Jahre alt sind, in Deutschland. So wie alle »jungen Alten« haben sie unterschiedlichste Ressourcen, die sie in die Gestaltung des gesellschaftlichen Miteinanders einbringen könnten. Jedoch zeigt sich, dass Menschen mit Zuwanderungsgeschichte bisher in zivilgesellschaftlichen Gremien und Initiativen unterrepräsentiert und damit die Interessen dieser Gruppe nicht entsprechend vertreten sind. Gleichzeitig steigen auch bei ihnen mit zunehmendem Alter die Unterstützungsbedarfe. Dennoch nutzen ältere Menschen mit Migrationshintergrund Angebote der Senioren- und Altenhilfe sowie der ambulanten und stationären Pflege bislang deutlich weniger als Menschen ohne Zuwanderungsgeschichte. Senior*innengymnastik, Wohnberatung, Gedächtnistraining, Ausflüge, ehrenamtliches Engagement – die Angebote von und für Senior*innen sind vielfältig. Doch orientieren sich die Angebote und Beratungsstellen noch zu wenig an den Lebenslagen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund. An dieser Stelle möchte das vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung finanzierte zweijährige Projekt »Altern in Vielfalt« ansetzen.

Projektziele

Das Projekt »Altern in Vielfalt« basiert auf einer gleichnamigen Veranstaltungsreihe aus dem Jahr 2016 und 2017. In dieser wurde der Wunsch nach interkultureller Öffnung und Vernetzung von Angeboten der Seniorenhilfe auf kommunaler Ebene laut. Das nun initiierte zweijährige Folgeprojekt wird in vier Modellkommunen realisiert. Elementar zur Erreichung einer Öffnung ist das persönliche Kennenlernen und der Austausch

der jeweiligen Akteur*innen. Dadurch lassen sich Hemmschwellen abbauen und Bedarfslücken (zum Beispiel kommunale Strukturen, Beratungsstellen oder Angebote von Altenhilfeeinrichtungen, die nicht optimal auf ältere Migrant*innen eingestellt sind) identifizieren. Basierend auf diesen Erkenntnissen entwickeln die ausführenden Akteur*innen gemeinsam Ideen für Verbesserungen, die aus der Kommune heraus entstehen. Aus diesem Grund dient das Projekt der interkulturellen Öffnung und Vernetzung von den vor Ort bestehenden Strukturen und Akteur*innen. Dies kann Einrichtungen und Dienste aus der Senioren- und Altenhilfe, Gremien wie beispielsweise Senior*innenbeiräte und Migrant*innenorganisationen umfassen. Zum einen soll eine Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe von älteren Menschen mit Migrationshintergrund erfolgen. Zum anderen können Barrieren, die die Nutzung von Beratungs- und Betreuungsangeboten für ältere Migrant*innen und ihren Angehörigen verhindern, abgebaut werden.

Projekttablauf

Das Projekt wird auf kommunaler Ebene und möglichst partizipativ umgesetzt. Zu Beginn ist die Vernetzung von ortsansässigen Einrichtungen sowie Akteur*innen in einer lokalen Steuerungsgruppe geplant. In dieser wird ein Überblick über bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote erarbeitet und im Optimalfall erfolgt zusätzlich im Dialog mit älteren Migrant*innen die Identifizierung weiterer Unterstützungsbedarfe. Basierend auf diesen Erkenntnissen sollen Angebote vernetzt, entsprechend weiterentwickelt und/oder neue Angebote angestoßen werden. Relevant sind folglich Vernetzungsmaßnahmen vor Ort, um eventuelle Barrieren abzubauen sowie einen langfristigen Austausch zu gewährleisten. Darüber hinaus ist zum Projektabschluss eine landesweite Veranstaltung in Hannover geplant.

Literatur bei den Verfasserin, siehe Impressum

HERESA VANHEIDEN, BIRGIT WOLFF, SILKE WENDLAND

Gesundheitsförderung für Bewohner*innen in stationären Pflegeeinrichtungen Erste Erfahrungen aus der Praxis

Die Lebenswelt »Pfleheim« ist mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 in den Mittelpunkt gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen gerückt: Seitdem sind die gesetzlichen Pflegekassen verpflichtet, Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung für Bewohner*innen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen umzusetzen. Daran sind sowohl die Bewohner*innen als auch die Pflegeeinrichtung zu beteiligen. Rahmgebend ist der Leitfaden »Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI« des GKV-Spitzenverbandes, in dem Ein- und Ausschlusskriterien für Maßnahmen, die über das Präventionsgesetz finanziert werden können, definiert sind.

In der im Juni 2019 erschienenen Broschüre »Gesundheitsförderung für Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen« erfahren Pflegeeinrichtungen, wie sie sich gemeinsam mit den Bewohner*innen auf den Weg machen können, gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Bewohnerschaft zu ent-

wickeln und umzusetzen. Diese ist das Ergebnis des Projektes »Gesundheitsförderung für Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen«, in dem die LVG & AFS und der pro familia Landesverband Niedersachsen unter Gesamtförderung der BARMER fünf stationäre Pflegeeinrichtungen über knapp zwei Jahre begleitet haben. Herzstück des Projektes war die konsequente Beteiligung der Bewohner*innen, Angehörigen und Mitarbeitenden von der Bedarfs- und Ressourcenanalyse, über die Maßnahmenplanung und -umsetzung, bis hin zur Evaluation. Im Rahmen von Fokusgruppen kamen insgesamt 35 Mitarbeitende und 52 Bewohner*innen und Angehörige zu Wort und haben jeweils in ihrer Einrichtung erarbeitet, was der Gesundheit der Bewohner*innen guttut, was es in den Einrichtungen schon gibt und was noch fehlt. Die konkrete Erarbeitung eines Konzeptes wurde in kleinen Projektgruppen umgesetzt. Die Projektgruppe bestand mindestens zur Hälfte aus Bewohner*innen und Angehörigen. Die Ideen zur Umsetzung reichten von Gartenangeboten, Angeboten zum Tanztee, Bewegungseinheiten und Einkaufsnachmittagen, einem Beauty-Tag, bis hin zu Patenschaftskonzepten für neue Bewohner*innen. Die abschließende Reflexion zeigte, dass Bewohner*innen viele kreative Ideen eingebracht haben. Allerdings benötigt ein solches Projekt Ressourcen und zugleich einen »langen Atem«. Anhand der Projektbegleitung ist man an dem Thema drangeblieben, man hat Unterstützung bei der Antragsstellung erhalten und sich »nicht allein gefühlt«.

Durch das Projekt hat sich die Kommunikation im Haus, zwischen Mitarbeitenden unterschiedlicher Bereiche, aber auch zwischen Mitarbeitenden, Bewohner*innen und Angehörigen verbessert, sodass ein »WIR-Gefühl« entstand. Den Bewohner*innen war es besonders wichtig, dass sie sich einbringen konnten, und auch die Mitarbeitenden fanden die Beteiligung der Bewohner*innen für das Projekt entscheidend – »über Köpfe der Bewohner*innen entscheiden ist nicht gut«. Auch waren die Mitarbeitenden überrascht, dass sich Bewohner*innen beteiligt haben, die sonst eher zurückgezogen sind – »einer macht den Anfang und andere kommen hinterher«. Die Einrichtungen empfehlen anderen Häusern, die Bewohner*innen, Angehörigen und Mitarbeitenden zu beteiligen, die Projektschritte im Haus zu kommunizieren und »mutig [zu] sein, es lohnt sich auf jeden Fall«. Zugleich sagen die Einrichtungen, dass ein solches Projekt mehr Zeit erfordert und es mehr Klarheit über förderbare Maßnahmen bedarf. Die Einrichtungen möchten die Projektgruppen über das Projektende hinaus aufrechterhalten und das Thema Gesundheit und Wohlbefinden weiterverfolgen. Abschließend sei angemerkt, dass erste Erfahrungen im Projekt Hinweise darauf geben, dass für sehr sensible und tabuisierte Themenbereiche, wie zum Beispiel Gewaltprävention und Sexualität, ein anderes Vorgehen geeigneter scheint.

Die Projekt-Broschüre fasst alle Prozess-Schritte, beispielhafte Konzepte und erste Erfahrungen zusammen: www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/as/Barmer_Broschuere_web.pdf
Ergänzend dazu informiert Sie unser Erklärfilm kurz und knapp, wie Sie sich Schritt für Schritt auf den Weg machen können: https://youtu.be/evtSMCJ_e0

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum und SILKE WENDLAND, pro familia Landesverband Niedersachsen e. V., Dieterichsstraße 25 A, 30159 Hannover, E-Mail: silke.wendland@profamilia.de



Kommunale Finanzwirtschaft Niedersachsen

Welchen Rahmenbedingungen unterliegt die kommunale Finanzwirtschaft in Niedersachsen? Dieses Praxishandbuch bietet umfassende Informationen rund um die Änderungen des niedersächsischen Kommunalverfassungsgesetzes aus dem Herbst 2016 sowie der Kommunalhaushaltsverordnung des Jahres 2017. Inhaltlich werden unter anderem die Themen rund um die Drei-Komponenten-Rechnung, allgemeine Haushaltsgrundsätze, Haushaltssatzung und -plan sowie Grundlagen der Finanzmittelbeschaffung, Planungsgrundsätze und Deckungsregelungen erläutert. Zudem werden besondere Vorschriften, Ausführung des Haushalts, Zahlungsanweisung und -abwicklung, Jahresabschluss, konsolidierter Gesamtabschluss, Kosten- und Leistungsrechnung, Vermögen, wirtschaftliche Betätigung sowie kommunale Abgaben näher beleuchtet. Das Buch wendet sich an Anwender*innen in der kommunalen Praxis und eignet sich für Fort- und Weiterbildung. Hervorzuheben sind Schaubilder, Tabellen sowie praktische Beispiele, die den Stand zum Zeitpunkt der Veröffentlichung verdeutlichen. (alm)

JOACHIM ROSE: Kommunale Finanzwirtschaft Niedersachsen. Kohlhammer, Stuttgart, 2017, 690 Seiten, ISBN 978-3-555-01797-6, 36,00 Euro

Praxishandbuch Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung

Das Werk soll Akteur*innen der Gesundheitsförderung mit zentralen Konzepten der Qualitätsentwicklung vertraut machen und praxisnahe Möglichkeiten zur Anwendung einfacher Instrumente präsentieren. Der Schwerpunkt liegt auf handlichen, im Alltag zu erprobenden und einzusetzenden Verfahren sowie auf einer vielfältigen Auswahl gut handhabbarer Instrumente. Berücksichtigt wird, dass Ressourcen für Evaluation und Qualitätsentwicklung oft begrenzt sind. Vorgestellt werden einfache Möglichkeiten, wie sich beispielsweise Planungsqualität über Analysen von Bedarf und Bedürfnissen verbessern und die Umsetzung der Maßnahmen gemäß Planung garantieren lässt. Der Aufbau orientiert sich an den vier Qualitätsdimensionen der Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die einzelnen, in sich abgeschlossenen Kapitel ermöglichen ein gezieltes Lesen. Infokästen enthalten Hintergrundinformationen und Tipps verweisen auf wichtige Materialien. Ein Kapitel ist drei komplexen Beispielen der Evaluation und Qualitätsentwicklung sowie Erfahrungen von Praktiker*innen gewidmet. (ark)

PETRA KOLIP: Praxishandbuch Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Beltz Juventa, Weinheim, 2019, 228 Seiten, ISBN 978-3-7799-6040-9, 29,95 Euro

Arbeit und Psyche

Die Zahl der Fälle von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen ist im 21. Jahrhundert merklich gestiegen. Dies ist einer der Gründe, weshalb sich dieses Handbuch den Zusammenhängen von Arbeit und Psyche widmet. Es umfasst grundlegendes sowie vertiefendes Wissen rund um die Wechselwirkungen von Arbeit und Psyche sowohl aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven als auch aus differenzierten Blickwinkeln der Arbeitswelt. Ein Kapitel widmet sich zwei Autor*innen, die selbst psychisch erkrankt waren und ihre Erfahrungen von Beginn der Erkrankung bis zur beruflichen Reintegration authentisch beleuchten. Aufgrund der interdisziplinären Ausrichtung richtet sich das Buch sowohl an Fachkräfte und Wissenschaftler*innen, die an theoretischen Hintergründen interessiert sind, als auch an Praktiker*innen in Unternehmen und Institutionen. (cas)

WOLFRAM KAWOHL, WULF RÖSSLER (HRSG.): Arbeit und Psyche. Grundlagen, Therapie, Rehabilitation, Prävention. Ein Handbuch. Kohlhammer, Stuttgart, 2018, 336 Seiten, ISBN 978-3-17-025762-7, 69,00 Euro

Professionalisierung und Internationalisierung von Sozialplanung

Um im Rahmen sozialer Daseinsfürsorge knappe finanzielle Ressourcen bedarfsgerecht und zielgerichtet einzusetzen, spielt eine fundierte Bedarfsplanung eine wichtige Rolle. Der Sammelband widmet sich diesem Instrument und beschreibt mögliche Professionalisierungsstrategien in den Bereichen Ausbildung, Praxis und Lehre. Im Fokus stehen dabei planerische Aktivitäten in den Handlungsfeldern Jugendhilfe, Behindertenhilfe und Sozialraumentwicklung. Überdies werden durch einen länderübergreifenden Blick auf Deutschland, Österreich und die Schweiz internationale Unterschiede im Umgang mit Sozialplanung und sozialplanerischen Praktiken thematisiert. (ssc)

ANDREAS STRUNK, WALTER WERNER: Professionalisierung und Internationalisierung von Sozialplanung. Nomos, Baden-Baden, 2019, 204 Seiten, ISBN 978-3-8487-4142-7, 43,00 Euro

Was Pflegekräfte über Sexualität im Alter wissen sollten

Sexualität im Alter stellt nach wie vor ein Tabuthema dar – auch in der Pflege. Dabei hat jeder Mensch ein Recht auf seine Sexualität. In dem Buch ermutigt die Autorin vor allem Pflegekräfte dazu, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Das neue Pflegestärkungsgesetz legt einen Fokus auf ein selbstbestimmtes Leben. Dieses sollte gerade auch in der Pflege gelebt werden. Die insgesamt acht Kapitel behandeln das Thema Sexualität aus verschiedenen Perspektiven. Durch viele Praxisbeispiele mit Lösungsansätzen und Definitionen erhalten die Leser*innen einen Einblick in die Pflegepraxis. Gut illustrierte Bilder sowie Tipps im professionellen Umgang mit Sexualität in der Pflege veranschaulichen die Thematik. Insbesondere Pflegekräften erhalten Anregungen, mit dem sensiblen Thema professionell umzugehen. (isf)

GABRIELE PAULSEN: Was Pflegekräfte über Sexualität im Alter wissen sollten. Bedürfnisse – Grenzen – Strategien. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2018, 143 Seiten, ISBN 978-3-497-02744-6, 22,90 Euro

Tagespflege betreiben Neuaufrichtung nach PSG II

Pflege ist in Deutschland ein stark diskutiertes gesundheitspolitisches Feld, in dem immer wieder dringende Reformbedarfe erörtert werden. Einen Ausdruck dieser Kontroverse stellen die seit 2015 in Kraft getretenen Pflegestärkungsgesetze (PSG) dar. Der Autor beschreibt konkret die Entwicklung sowie Perspektiven der Tagespflege und stellt Bezüge zum zweiten Pflegestärkungsgesetz her. Er thematisiert rechtliche sowie wirtschaftliche Grundlagen der Arbeit von Tagespflegeeinrichtungen, widmet sich Aspekten wie Personalschlüssel, konzeptionelle Ausrichtung oder Entwicklungsperspektiven und setzt sich mit der allgemeinen Außendarstellung auseinander. Das Buch bietet einen umfassenden Überblick zum aktuellen Handlungsrahmen in der Tagespflege und richtet sich primär an Fach- und Führungskräfte im Pflegesektor. (ssc)

UDO WINTER: Tagespflege betreiben: Neuaufrichtung nach PSG II. Vincentz Verlag, Hannover, 2017, 164 Seiten, ISBN 978-3-86630-121-4, 44,00 Euro

Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrungen

Die Zahl der Menschen, die vor Krieg, Konflikten und Verfolgung fliehen, war noch nie so hoch wie heutzutage. Ein Drittel der Asylantragstellenden sind Kinder, ein weiteres Viertel junge Erwachsene. Dadurch nehmen Pädagog*innen in Kindertagesstätten, Schulen sowie in der Kinder- und Jugendhilfe wichtige Funktionen bei der Integration dieser Personengruppe ein. Diesem Umstand entsprechend diskutieren die Autor*innen zentrale pädagogische Fragestellungen in Bezug zu Kindern und Familien mit Fluchterfahrung. Ergänzend vermittelt das Buch praktische Informationen zu den Themen Aufenthaltsrecht, Traumatisierung sowie Spracherwerb. Es ist aufgeteilt in theoretische Schwerpunktbeiträge und in Praxisporträts und richtet sich an Pädagog*innen, die mit dieser Personengruppe arbeiten. (las)

JENNIFER HENKEL, NORBERT NEUSS (HRSG.): Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrungen. Pädagogische Perspektiven für die Schule und Jugendhilfe. Kohlhammer, Stuttgart, 2018, 288 Seiten, ISBN 978-3-17-032723-8, 36,00 Euro

Geschlecht als widersprüchliche Institution

In der Gesellschaft und primär in der Arbeitswelt spielen die (Re-)Produktion von Geschlechterungleichheiten und -hierarchien sowie die Debatte über nicht-binäre Geschlechteridentitäten und Lebensweisen eine tragende Rolle. Dieses fachlich ausgerichtete Werk legt hierzu Befunde aus aktuellen Forschungen dar und reflektiert unter Einbezug neo-institutionalisierter Ansätze den »Gender Cage« sowie die Gleichstellungserwartungen in Profit- und Non-Profit-Organisationen. Interessant ist es somit für Expert*innen aus den Arbeitsbereichen Wirtschaft, Gesellschaft sowie Gender und Diversity. (ir)

NATHALIE AMSTUTZ, HELGA EBERHERR, MARIA FUNDER, ROSWITHA HOFMANN (HRSG.): Geschlecht als widersprüchliche Institution. Neo-institutionalisierte Implikation zum Gender Cage in Organisationen. Nomos, Baden-Baden, 2018, 353 Seiten, ISBN 978-3-8487-3494-8, 64,00 Euro

Crowds, Movements & Communities?!

Welche Netzwerkformen gibt es? Wie agiert man in analogen und digitalen Netzwerken? Wichtige Fragen für Leitungspersonal in Verwaltung, Politik und Nichtregierungsorganisationen – insbesondere bezüglich der vielfältigen Auswirkungen auf Kommunikations- und Kooperationsverhalten im Miteinander. Als erster Band der Reihe »Zukunftsfragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft«, basiert dieser Tagungsband auf Vorträgen der Fachtagung »Social Talk 2016«. In 15 Beiträge werden aus Sicht von Akteur*innen aus Hochschule und Praxis überwiegend aktuelle Forschungsprojekte und -ergebnisse – unter anderem zu Gestaltungsspielräumen, Potenzialen, Innovationen und Strategien im digitalen Netzwerkmanagement – dargestellt und mit weiterführender Literatur gut ergänzt. (dig)

MICHAL VILAIN, SEBASTIAN WEGENER (HRSG.): Crowds, Movements & Communities?! Potenziale und Herausforderungen des Managements in Netzwerken. Nomos, Baden-Baden, 2018, 224 Seiten, ISBN 978-3-8487-4023-9, 44,00 Euro

Suchtkranke Eltern stärken

Suchterkrankungen in der Familie stellen ein komplexes Problemfeld dar. Sie sind nicht nur für die Betroffenen selbst eine Belastung, sondern wirken sich vor allem auch auf ihre Kinder aus. Vernachlässigung, Gewalterfahrungen oder Persönlichkeitsstörungen sind nur einige von vielen möglichen Folgen. Deshalb sollte frühzeitig von Betroffenen Hilfe in Anspruch genommen werden, um ein harmonisches Zusammenleben in der Familie zu sichern. Die Autor*innen richten sich an Suchthilfeeinrichtungen und geben Empfehlungen sowie neue Impulse zur Umsetzung von Therapiekonzepten, welche Erziehungsthemen integrieren. Das Handbuch ist mit vielen Beispielen und beigefügten Materialien praxisnah gestaltet und bietet daher einen guten Anhaltspunkt für therapeutische Interventionen. (cas)

RENATE WALTER-HAMANN (HRSG.): Suchtkranke Eltern stärken. Ein Handbuch. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 2018, 99 Seiten, ISBN 978-3-7841-2858-0, 25,00 Euro

Der Körper in der Individualpsychologie

Im vorliegenden Tagungsband des Wiener Symposiums »Psychoanalyse und Körper« von 2015 thematisieren die Autor*innen das Verhältnis zwischen Alfred Adlers Individualpsychologie und analytischer Körperpsychotherapie erstmals explizit und breit gefächert. Das Buch ist als eine Aufforderung anzusehen, in individualpsychologischen Therapien körpertherapeutische Elemente einzubeziehen. Die Beiträge zur Theorie bestehen aus philosophischen Reflexionen, thematisieren aber auch den Körper, etwa in der Kinderpsychotherapie, sowie den Umgang mit fehlenden oder verzerrten Körperempfindungen von Patient*innen mit Frühstörungen. Auch zur Leib-Körper-Diskussion finden sich Beiträge. Fallbeispiele verdeutlichen das Anliegen des Buches ganz konkret. (us)

PETER GEISLER, BERND RIEKEN (HRSG.): Der Körper in der Individualpsychologie. Theorie und Praxis. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2017, 290 Seiten, ISBN 978-3-8379-2651-4, 32,90 Euro

Lokale generische Strukturen der Sozialraumbildung

Kommunale Daseinsvorsorge erfordert partnerschaftliches Verständnis. Der Autor nimmt in 13 Kapiteln die sozialkapitaltheoretische Problematik der Sozialraumbildung in den Blick. Dabei fokussiert er den Ort der sozialen Daseinsfürsorge, geht auf Rollenkontexte und Wirkungsweisen der Selbsthilfe ein und beschreibt die Rolle der Patient*innenbeteiligung auf Bundesebene. Weitere Themen sind unter anderem Finanzierungsaspekte sowie die Rolle der Selbsthilfe in der Versorgungssicherstellung. Eine abschließende Zusammenfassung resümiert, wo Steuerungsmöglichkeiten durch Krankenkassen und Kommunalverwaltungen für die Selbsthilfe gesehen werden. Dieser Band aus der Reihe »Studien zum sozialen Dasein der Person« zeichnet sich durch einen hohen wissenschaftlichen Sprachduktus aus. (sg)

FRANK SCHULZ-NIESWANDT: Lokale generische Strukturen der Sozialraumbildung: § 20h SGB V und § 45d SGB XI im Kontext kommunaler Daseinsvorsorge. Nomos, Baden-Baden, 2018, 87 Seiten, ISBN 978-3-8487-5229-4, 24,00 Euro

Emotionen in Coaching und Organisationsberatung

Im vorliegenden Buch widmet sich der Autor dem Thema Emotionen in Bezug auf Beratung und Coaching in den zwei großen Kapiteln »Theoretische Überlegungen« und »Praxis«. In theoretischer Hinsicht erfolgen zunächst Hinweise zu Emotionen: wie diese verstanden, akzeptiert und zu Veränderungen führen können. Im praktischen Teil werden die Kontexte zu Coaching und Organisationsberatung näher erläutert. Dabei werden sowohl Anlässe als auch die Arbeit mit Emotionen im Coaching eingehender betrachtet. Dieses Buch enthält durchgängig praktische Hinweise und ist sowohl für Coaches und Berater*innen geeignet als auch für Interessierte, die ihre persönliche Lebenssituation in Beruf und Alltag reflektieren möchten. (isf)

TORSTEN NICOLAISEN: Emotionen in Coaching und Organisationsberatung. 45 Praxis-Tipps für den Umgang mit bewegten Gemütern. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2019, 208 Seiten, ISBN 978-3-8497-0273-1, 29,95 Euro

Digitalisierung und Teilhabe

Initiiert von Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, beleuchten in diesem Sonderband Autor*innen unter anderem aus den Bereichen Wohlfahrtspflege, Kommunikation, Forschung, IT, Pflege und Demografie in insgesamt 21 Beiträgen politische, technische und ethische Fragen digitaler Teilhabe. Der erste Teil fokussiert sich auf die Grundstrukturen der Wohlfahrtspflege und deren Wandel durch Digitalisierung. Der zweite Teil widmet sich der Digitalisierung und Partizipation spezifischer Zielgruppen, wie beispielsweise Jugendliche, Menschen mit Behinderung, Zugewanderte sowie ältere und pflegebedürftige Menschen. Facettenreiche Einblicke in die Rolle der Wohlfahrtspflege vor dem Hintergrund der Partizipation als zentraler Aspekt des digitalen Wandels werden ermöglicht. Passend zum Untertitel »Mitmachen, mitdenken, mitgestalten!« laden die Beiträge zum – auch digitalen – Diskutieren ein. (sg)

SABINE SKUTTA, JOSS STEINKE ET AL. (HRSG.): Digitalisierung und Teilhabe. Mitmachen, mitdenken, mitgestalten! Nomos, Baden-Baden, 2019, 313 Seiten, ISBN 978-3-8487-5250-8, 59,00 Euro

Gender, Migration, Transnationalisierung

Die Autorinnen nähern sich den Themen Geschlecht und Migration aus einer intersektionellen Perspektive, wobei der Schwerpunkt auf der Zusammenführung von Geschlechterverhältnissen und Migrationsprozessen liegt. Es werden gendersoziologische, intersektionelle sowie transnationale Theorien vorgestellt und diese anhand diverser Beispiele aus verschiedenen Forschungsfeldern veranschaulicht. Zur Visualisierung werden in jedem Kapitel Spiel- und Dokumentarfilme vorgestellt. Das Buch ist in überwiegend didaktischer Form geschrieben und richtet sich sowohl an Studierende als auch an Lehrkräfte. (mab)

HELMA LUTZ, ANNA AMELINA: Gender, Migration, Transnationalisierung. Eine intersektionelle Einführung. transcript Verlag, Bielefeld, 2017, 211 Seiten, ISBN 978-3-8376-3796-0, 16,99 Euro

Verkörperungen von Weiblichkeit

Geschlechterkritische Perspektiven finden in der Körperpsychotherapie bis heute kaum Berücksichtigung. Der vorliegende Sammelband liefert zu diesem Thema eine Fülle von Erkenntnissen, Therapieerfahrungen und Forschungsergebnissen. Mit feministisch motiviertem Blick werden körperorientierte psychotherapeutische Behandlungs- und Erkenntnisprozesse analysiert. Der Zusammenhang von Frauenkörper, Sprache und Körperwissen wird im ersten Teil diskutiert, während der zweite das konfliktreiche Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Körperrichtungen, subjektiven Ambivalenzen und eigenständiger Selbstbestimmung in Bezug auf Schönheit, Sexualität und Mutterschaft aufgreift. Der dritte Teil befasst sich spezifisch mit Phänomenen weiblicher Verkörperung in pathologischen und konfliktbehafteten Formen. Dabei geht es etwa um Burn-out bei Frauen sowie um weibliche Aggression. (us)

HELGA KRÜGER-KIRN, BETTINA SCHRÖTER (HRSG.): Verkörperungen von Weiblichkeit. Gendersensible Betrachtungen körperpsychotherapeutischer Prozesse. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2017, 324 Seiten, ISBN 978-3-8379-2729-0, 34,90 Euro

Sucht, Trauma und Bindung bei Kindern und Jugendlichen

Suchtverhalten – ist sowohl für Betroffene als auch für Angehörige und vor allem für Therapeut*innen eine große Herausforderung. In diesem Buch stellen die Autor*innen einen integrativen Therapieansatz für schwer abhängige Kinder und Jugendliche vor, der neben dem Suchtverhalten, traumatische Erlebnisse und Bindungsstörungen einschließt. Die vielschichtige Verknüpfung dieser drei Komponenten soll einen neuen Ansatzpunkt für die Praxis aufzeigen und nicht nur den häufig stagnierten Entwicklungsstand auflösen, sondern auch dem Risiko eines Dauerkonsums langfristig begegnen. Neben wissenschaftlichen Ausarbeitungen werden Anhaltspunkte für die Praxis dargelegt, sodass sich das Buch insbesondere an Fachleute und Praktiker*innen richtet. (cas)

FRANK M. FISCHER, CHRISTOPH MÖLLER: Sucht, Trauma und Bindung bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer, Stuttgart, 2018, 216 Seiten, ISBN 978-3-17-032003-1, 32,00 Euro

Demenz und Beziehungsgestaltung

Der erste nationale Expertenstandard »Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz« stellt dementiell erkrankte Menschen in den Mittelpunkt und gibt Handlungsempfehlungen zur person-zentrierten Pflege in der Praxis. Dieser Ratgeber greift alle Facetten des person-zentrierten Ansatzes auf und ermöglicht es, unter Berücksichtigung der fünf Prozessebenen, die verschiedenen Themenschwerpunkte besser nachzuvollziehen. Pflegenden und Angehörigen werden durch anschauliche Informationen, Praxisübungen und Tipps Möglichkeiten geboten, die Richtlinien des Expertenstandards besser zu verstehen sowie angemessen in der Praxis umzusetzen. (isf)

STEPHAN KOSTRZEWA, ALICE KOCKS-KOSTRZEWA: Demenz und Beziehungsgestaltung. Der Praxisratgeber zum Expertenstandard »Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz«. Mensch und Medien, Vilgertshofen, 2018, 168 Seiten, ISBN 978-3-86283-031-2, 99,00 Euro

»Irgendwann brauch' ich dann auch Hilfe...!«

In den Beiträgen zur Sozialraumforschung werden die Ergebnisse des Praxisforschungsprojektes »BUSLAR« zusammengefasst. Diese stellen heraus, welche Unterstützung durch die Politik gegeben werden müsste, damit ehrenamtlich organisierte Hilfen in ländlichen Räumen für ältere Menschen nachhaltig aufgestellt werden und bestehen können. Hierfür untersucht das Projekt die Strukturen von Bürgerhilfevereinen anhand von drei konkreten Beispielen und identifiziert die tatsächlichen Bedarfslagen sowie Umstrukturierungsmöglichkeiten. Die Lektüre richtet sich vordergründig an Personen aus Wissenschaft und Forschung sowie an Regionalplaner*innen und politische Entscheidungsträger*innen. (som)

MONIKA ALISCH, MARTINA RITTER, ANNEGRET BOOS-KRÜGER, CHRISTINE SCHÖNBERGER, ROGER GLASER, YVONNE RUBIN, BARBARA SOLF-LEIPOLD: »Irgendwann brauch' ich dann auch Hilfe...!«. Selbstorganisation, Engagement und Mitverantwortung älterer Menschen in ländlichen Räumen. Verlag Barbara Budrich, Berlin, 2018, 155 Seiten, ISBN 978-3-8474-2153-5, 23,00 Euro

DHS Jahrbuch Sucht 2019

Das jährlich herausgegebene Jahrbuch Sucht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. liefert auch 2019 wieder aktuelle Daten, Zahlen, Fakten sowie einen Einblick in unterschiedliche Suchtformen wie Alkohol, Tabak, Medikamente, Glücksspiel, Rauschgiftlage sowie Delikte unter Alkoholeinfluss. Die diesjährige Ausgabe behandelt zudem die Suchtkrankenhilfe in Deutschland und diskutiert aktuelle Themen wie den pathologischen Internetgebrauch oder den Zusammenhang von Sucht und Traumata. Im abschließenden Kapitel erfolgt eine umfangreiche Auflistung von Einrichtungen aus dem Suchtbereich. Das Jahrbuch Sucht dient zum einen als Einführung in gegenwärtige Suchtproblematiken und -zahlen und zum anderen als Nachschlagewerk für alle im Suchtbereich tätigen Akteur*innen. (maf)

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (HRSG.): DHS Jahrbuch Sucht 2019. Pabst Science Publishers, Lengerich, 2019, 263 Seiten, ISBN 978-3-95853-483-4, 20,00 Euro

BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit

Als sogenanntes Artikelgesetz ändert das »Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen« bestehende Rechtsgrundlagen, die über mehrere Sozialgesetzbücher – hauptsächlich SGB IX und SGB XII – verteilt sind. Neben einer Einführung in die Entstehung des Gesetzes erläutert vorliegendes Buch der Reihe »Fachwissen Kompakt« Begrifflichkeiten, erfasst rechtliche Änderungen sowie deren Auswirkungen und stellt zentrale Vorschriften für die Teilhabepflicht dar und belegt diese mit den entsprechenden Gesetzestexten. Für jedes Kapitel werden abschließend separat die Auswirkungen auf den psychiatrischen Arbeitsbereich zusammengefasst. Mit diesem Buch ist es dem Autor gelungen, einen komprimierten Überblick für Leistungsanbieter*innen, Kostenträger*innen, Angehörige und anspruchsberechtigte Menschen zu veröffentlichen. (se)

MATTHIAS ROSEMANN: BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit. Psychiatrie Verlag, Köln, 2018, 111 Seiten, ISBN 978-3-88414-698-9, 17,00 Euro

Praxishandbuch Pflegerecht

Vom Arbeitsrecht für Pflegefachpersonal, über die Haftung, bis hin zur Versicherung und Delegation ärztlicher Leistungen – dieses Buch beinhaltet eine weitreichende Zusammenfassung rechtlicher Aspekte, denen Pflegefachkräfte im Berufsalltag begegnen können. Fokussiert haben sich die Autoren dabei auf die typischen Fälle im Pflegealltag. Relevante Gesetze verschiedener Gesetzesgrundlagen und Rechtsprechungen werden zusammengefasst und plausibel dargestellt. Ergänzend werden die rechtlichen Perspektiven zum Teil mit praktischen Beispielen erläutert. (dor)

THORSTEN MÜLLER, JAN P. SCHABBECK: Praxishandbuch Pflegerecht. Medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2018, 446 Seiten, ISBN 978-3-86216-461-5, 59,99 Euro

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

Berufsschule und Handwerk im Dialog – Gesundheitsförderung für Azubis im Handwerk

08. Oktober 2019, Bielefeld

Azubis profitieren bereits zu Beginn ihrer beruflichen Karriere davon, wenn im Rahmen der schulischen und betrieblichen Ausbildung gesundheitsförderliche Maßnahmen stattfinden. Doch wie werden Betriebe oder die Berufsschule gesundheitsförderlich gestaltet und wie steht es um die Gesundheit von Azubis? Teilnehmer*innen der Veranstaltung können sich darüber informieren.

Erste Hilfe bei Projektitis – Nachhaltigkeit in der kommunale Gesundheitsförderung und -versorgung (6. Jahrestagung der Gesundheitsregionen Niedersachsen)

16. Oktober 2019, Hannover

In der Gesundheitsförderung und Versorgung sprießen Projekte gegenwärtig allorts aus dem Boden. Sie sind Experimentierräume, um innovative Lösungsansätze für drängende Herausforderungen unseres Gesundheitswesens zu erproben. Die Kehrseite der Medaille sind allerdings oft kurze Förderzeiträume, fehlende Verstärkungs- oder Übertragungsperspektiven. Wo liegen die Chancen, aber auch die Grenzen dieses projektorientierten Vorgehens?

Älterwerden positiv gestalten – Chancen von Digitalisierung und Teilhabeförderung

24. Oktober 2019, Leer

Digitalisierung bietet Möglichkeiten, soziale Interaktionen auch bei begrenzter Mobilität oder gesundheitlichen Einschränkungen selbstbestimmt zu gestalten. Doch wie gelingt es, sicherzustellen, dass alle älteren Menschen »an Bord« sind? Das diesjährige Niedersachsen-Forum Alter und Zukunft nimmt die Potenziale von neuen Teilhabe- und Versorgungsformen in den Blick.

3. Jahrestagung Schule und Gesundheit in Niedersachsen Mitmachen – Vernetzen – Gesundheit stärken

05. November 2019, Hannover

Eine gut vernetzte Schule kann den Arbeitsalltag der pädagogischen Fachkräfte entlasten, ihre Zufriedenheit steigern und ihre Gesundheit stärken. Doch welche Methoden der Vernetzung stehen den Schulen zur Verfügung und wie lässt sich Vernetzung gesundheitsförderlich gestalten? Auf der Jahrestagung werden Vernetzungsmöglichkeiten unter Kolleg*innen, zwischen Schulen und mit außerschulischen Partner*innen betrachtet und Praxisbeispiele vorgestellt.

Datenanalyse und Datenpräsentation – Schritt für Schritt

07. November 2019 und 14. November 2019, Hannover

Im Rahmen des Workshops werden die Grundlagen der Datenanalyse, -interpretation und -präsentation vermittelt, um Teilnehmer*innen zu befähigen, kleinere Evaluationsprojekte in Eigenregie durchführen zu können. Welches Datenmaterial lässt sich dazu heranziehen? Wie können Daten anschaulich präsentiert werden? Schritt für Schritt werden die Grundlagen der deskriptiven Datenanalyse und Datenpräsentation erarbeitet und anhand praktischer Beispiele verdeutlicht.

Gesundheit rund um die Geburt in Bremen – Wie kann es (weiter-)gehen?

06. November 2019, Bremen

Bremen verfügt bereits über viele Angebote und Versorgungsstrukturen, die sich an Schwangere und Familien richten. Es besteht aber durchaus noch Weiterentwicklungspotenzial, beispielsweise zur Stärkung der Hebammenhilfe oder der Frühen Hilfen. Der Koalitionsvertrag des Landes Bremen spricht sich explizit für die Umsetzung des 2017 veröffentlichten Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« aus. Wir möchten deshalb mit Ihnen den aktuellen Stand zur Versorgungslage rund um die Geburt reflektieren, um konkrete Maßnahmenempfehlungen zur Ausgestaltung des Gesundheitsziels zu formulieren.

Regionalkonferenz Bremen: Gewusst wie! – Gesundheitskompetenz im Alter stärken

13. November 2019, Bremen

Besonders älteren Menschen fällt es schwer, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und richtig einzuschätzen. Gesundheitskompetenz im Alter hängt jedoch nicht nur von den individuellen Voraussetzungen ab, sondern ganz wesentlich von der Qualität und Verfügbarkeit der bereitgestellten Informationen. Die Veranstaltung beschäftigt sich mit dem »Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz« sowie mit den daraus resultierenden Perspektiven für ältere Menschen. In den anschließenden Workshops werden Beispiele guter Praxis vorgestellt, die zur Nachahmung anregen und neue Impulse vermitteln möchten.

20. SOPHIA-Fachtagung – Gefahr erkannt – Gefahr gebannt?

15. November 2019, Hannover

Dieses Jahr wird zum 20. Mal zur SOPHIA-Fachtagung eingeladen, mit dem Schwerpunktthema: »Gefahren im Kinderleben«. Kinder sehen, hören und fühlen anders als Erwachsene. Die Entwicklung ihres Gefahrenbewusstseins beginnt im Kleinkindesalter und dauert bis weit ins Grundschulalter hinein. Hochkarätige Referent*innen gehen mit großer Fachkenntnis, viel Erfahrung und Engagement auf verschiedene Facetten dieses Themas ein.

Good Practice-Lernwerkstätten

19. November 2019, Hannover und 10. Dezember 2019, Hannover

Gut gemeint ist noch nicht gut gemacht! Kriterien aus der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention verstehen und anwenden: In der Lernwerkstatt am 19. November erfahren Sie mehr über die Good Practice-Kriterien »Multiplikatorenkonzepte« und »nachhaltige Ansätze«. Im Dezember stehen die Kriterien »Niedrigschwellige Arbeitsweise« und »Empowerment« auf dem Programm.

14. Jahrestagung des Netzwerks »Kita & Gesundheit Niedersachsen«: Gute Zeiten – schlechte Zeiten?! Zusammenarbeit mit Eltern stärken

21. November 2019, Hannover

Eine gute Zusammenarbeit von Eltern und pädagogischen Fachkräften ist auch für die kindliche Entwicklung wichtig und ermöglicht eine gezielte individuelle Förderung. Was sind die Voraussetzungen dafür und wie lassen sich die Interessen der Eltern und der pädagogischen Fachkräfte vereinbaren? Der Fachtag richtet sich an Fachkräfte in Kindertagesstätten, Kindergärten, Krippen, Elterninitiativen und Horten sowie andere Professionelle aus den Bereichen Erziehung, Gesundheit, Soziales und Bildung.

Wenn es für Jugendliche schwierig wird... Sucht- und Prävention bei Jugendlichen – eine transdisziplinäre Herausforderung

25. November 2019, Hannover

Die XXIX. Niedersächsische Suchtkonferenz ermöglicht einen Blick darauf, was es bedeutet, heute jung zu sein. Wie verändert sich das Sucht- und Risikoverhalten im Kindes- und Jugendalter infolge gesellschaftlicher Veränderungen? Welche Anforderungen ergeben sich für die Suchtprävention, Sucht- und Suchtselbsthilfe? In Vorträgen wird Bezug genommen auf aktuelle Projekte, Studienergebnisse, eine zunehmende Medialisierung, den Diskurs um die Legalisierung von Cannabis sowie die Aufnahme der »Gaming Disorder« in den ICD-11.

Kolorektales Karzinom. Daten, Vernetzung, Versorgung

27. November 2019, Hannover

Die LVG & AFS, das Klinische Krebsregister Niedersachsen und das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen richten gemeinsam eine Tagung zu einer der häufigsten malignen Tumoren, dem Kolorektalen Karzinom, aus. In Fachvorträgen wird sowohl aus der Prävention als auch aus der ambulanten wie stationären Versorgung berichtet und erläutert, weshalb die Transformation gesammelter Daten in die tägliche Praxis der Leistungserbringenden stets eine Herausforderung ist.

Lebensqualität älterer Menschen mit geistiger Behinderung

11. Dezember 2019, Bremen

Unabhängig von einer Behinderung ist der Prozess des Alterns mit besonderen Herausforderungen verbunden. Im Rahmen des Fachtags werden unter anderem folgende Fragen beantwortet: Wie können das Älterwerden und der Übergang in den Ruhestand von Menschen mit geistiger Behinderung gestaltet werden? Welche innovativen Konzepte gibt es und welche Wohnformen sind geeignet? Die Veranstaltung wird in Kooperation mit dem Landesbehindertenbeauftragten der Freien Hansestadt organisiert.

Preisverleihung: Niedersächsischer Gesundheitspreis 2019

16. Dezember 2019, Hannover

Auf der Preisverleihung werden in einem feierlichen Rahmen die besten Praxisansätze aus Niedersachsen in den Preiskategorien »Gesunde Lebensräume«, »Arbeit(s)formen« sowie »eHealth« ausgezeichnet. Der Preis wird von den Niedersächsischen Ministerien für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, der Apothekerkammer Niedersachsen und der AOK Niedersachsen ausgelobt und am 16. Dezember verliehen.



Kompetenzzentrum
für Gesundheitsförderung in Kitas

FORTBILDUNGSPROGRAMM

Partizipation – ein wichtiges Thema im Bereich Kita und Gesundheit!

24. Oktober 2019, Oldenburg

Stress? Nein, danke!

12. Dezember 2019, Oldenburg

Weitere Informationen unter: www.kogeki.de

VORSCHAU

Gesundheit und Wohlbefinden von Männern im digitalen Zeitalter (5. Männergesundheitskonferenz)

21. Januar 2020, Berlin

Dialogwerkstatt: Gesundheitsförderung in der Kita – Wieso, weshalb, warum – wer nicht fragt ...?

22. Januar 2020, Hannover und 04. Februar 2020, Bremen



für Führungskräfte und
Beschäftigte in der Pflege
und Betreuung

FORTBILDUNGSPROGRAMM

Führung heißt Verantwortung – Psychische Belastungen im Fokus

22. Oktober 2019, Hannover

Schmerzfrei im (Arbeits-)Alltag – Übungen für Pflegebedürftige und Personal

23. Oktober 2019, Hannover

Die Expertenstandards des DNQP im Kontext zu der Risikomatrix des Strukturmodells

24. Oktober 2019, Hannover

Catch me if you can ... – Vom Finden, Fördern und Binden

28. Oktober 2019, Hannover

Stress? – Nein Danke!

05. November 2019, Hannover

Beratungswissen in der Pflege – 2-tägige Basisfortbildung

06.–07. November 2019, Hannover

Das Update für PDLs und WBLs – Bringen Sie Ihr Wissen auf Kurs

13. November 2019, Hannover

Das Tabu! – Sexuelle Sehnsucht als Belastung in der Pflege

14. November 2019, Hannover

Teilhabe praktisch umsetzen – Betreuung als Chance für gesellschaftliche Integration

18. November 2019, Hannover

Kreativ und aktiv durch das Jahr – Neue Ideen für die Betreuungsarbeit

19. November 2019, Hannover

Mit einem Bein im Knast – Rechtliche Fragen in der Pflege

26. November 2019, Hannover

Demenz bewegt! – Förderung und Erhalt der Mobilität

03. Dezember 2019, Hannover

Neue Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) des MDK für die stationäre Pflege

04. Dezember und 05. Dezember 2019, Hannover

Weitere Informationen unter: www.carealisieren.de

NIEDERSACHSEN

24.–25.10.2019 » Vernetzungstreffen: Gesundheitliche Versorgungsplanung in Norddeutschland, Hannover

Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik

Tel.: (05 11) 1 24 19 64

E-Mail: kay.oppermann@evlka.de

Internet: www.zfg-hannover.de

25.10.2019 » 17. Osnabrücker Gesundheitsforum: Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe und Interdisziplinarität – wie passt das zusammen?, Osnabrück

Kontakt: Bachelorstudiengänge Pflegemanagement, Pflegewissenschaft und Pflege (dual)

Tel.: (05 41) 9 69 22 21

E-Mail: pflegemanagement@hs-osnabrueck.de

Internet: www.hs-osnabrueck.de

07.–08.11.2019 » Wie gesund ist das Land?, Rotenburg (Wümme), Kontakt: Gesund Städte-

Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland

Tel.: (0 69) 21 23 77 98

E-Mail: gesunde.staedte-sekretariat@stadt-frankfurt.de

Internet: www.gesunde-staedte-netzwerk.de

22.11.2019 » Niedersächsisches Forum für Kinderschutzfachkräfte, Hannover

Kontakt: Kinderschutz-Akademie in Niedersachsen

Tel.: (05 11) 44 40 75

E-Mail: info@dksb-nds.de

Internet: www.kinderschutz-akademie.de

05.12.2019 » Jahrestagung sexuelle Übergriffe unter Jugendlichen, Hannover, Kontakt:

Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen (LJN)

Tel.: (05 11) 85 87 88 85 30 61

E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

Internet: www.jugendschutz-niedersachsen.de

13.–15.12.2019 » Gesundheitsversorgung geschlechtlich non-konformer Menschen: Aufklärung und Abbau von Diskriminierung im Gesundheitssystem, Göttingen

Kontakt: Akademie Waldschlösschen

Tel.: (0 55 92) 9 27 70

E-Mail: info@waldschloesschen.org

Internet: www.waldschloesschen.org

BUNDESWEIT

08.–09.10.2019 » Internationales Symposium »Die nächsten Schritte...von interprofessioneller Bildungsarbeit zu kooperativer Praxis, Berlin

Kontakt: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Tel.: (0 30) 4 50 50

E-Mail: sekretariat-iqpw@charite.de

Internet: www.igpw.charite.de

01.–02.11.2019 » 17. Gesundheitspflege-Kongress, Hamburg, Kontakt: Springer Pflege /

Springer Medizin Verlag GmbH

Tel.: (0 30) 8 27 87 55 10

E-Mail: andrea.tauchert@springer.com

Internet: www.gesundheitskongresse.de

04.11.2019 » Jahrestagung 2019 – Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, Berlin

Kontakt: Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

Tel.: (0 30) 27 57 66 07

E-Mail: koordination@seelischesgesundheits.net

Internet: www.seelischesgesundheits.net

8.11.2019 » Fachtag zu Technik, Digitalisierung und Demenz, Norderstedt

Kontakt: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.

Tel.: (0 30) 25 93 79 50

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

Internet: www.deutsche-alzheimer.de

08.–09.11.2019 » 8. Onkologisches Pflegesymposium, Berlin

Kontakt: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Tel.: (0 30) 4 50 50

E-Mail: sandra.hubert@charite.de

Internet: www.charite.de

13.11.2019 » 10. Kongress Zukunft Prävention, Berlin,

Kontakt: Kneipp Bund e. V., DAMiD e. V., vdek e. V.

Tel.: (0 82 47) 3 00 2 0

E-Mail: info@kneippbund.de

Internet: www.zukunft-praevention.de

14.–15.11.2019 » DVSG Bundeskongress 2019 »Gesundheit für alle!? Benachteiligungen erkennen – Handlungsspielräume nutzen, Kassel, Kontakt: Deutsche Vereinigung für Soziale

Arbeit im Gesundheitswesen e. V.

Tel.: (0 30) 3 94 06 45 40

E-Mail: info@dvsg.org

Internet: www.dvsg.org

20.11.2019 » 16. Landesgesundheitskonferenz, Berlin, Kontakt: Fachstelle für Prävention und

Gesundheitsförderung im Land Berlin

Tel.: (0 30) 44 31 90 72

E-Mail: amler@gesundheitbb.de

Internet: www.gesundheitbb.de

27.–28.11.2019 » Unbegleitete geflüchtete Mädchen in erzieherischen Hilfen, Frankfurt am Main, Kontakt: Internationale Gesellschaft

für erzieherische Hilfen (IGFH)

Tel.: (0 69) 63 39 86 14

E-Mail: sabine.isenmann@igfh.de

Internet: www.igfh.de

28.11.2019 » Erfahrungen und Ergebnisse aus der vierjährigen Modellphase der FAPIQ, Potsdam, Kontakt: Fachstelle Altern und Pflege

im Quartier im Land Brandenburg (FAPIQ)

Tel.: (03 31) 23 16 07 00

E-Mail: kontakt@fapiq-brandenburg.de

Internet: www.fapiq-brandenburg.de

28.11.2019 » Tagung zur gesundheitlichen Versorgung und Teilhabesicherung von Kindern mit (drohender) Behinderung im Vorschulalter, Berlin, Kontakt: Deutsche Vereinigung für

Rehabilitation e. V.

Tel.: (0 62 21) 1 87 90 10

E-Mail: info@dvfr.de

Internet: www.dvfr.de

02.12.2019 » 9. gemeinsamer Präventionskongress, Berlin, Kontakt: Bundesministeriums für

Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention

und Gesundheitsförderung e. V.

Tel.: (02 28) 98 72 70

E-Mail: info@bvpraevention.de

Internet: www.bvpraevention.de

02.12.2019 » Demenz und Migration, Berlin

Kontakt: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.

Tel.: (0 30) 25 93 79 50

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

Internet: www.deutsche-alzheimer.de

INTERNATIONAL

08.11.2019 » UGB-Tagung: Ernährung und Gesundheit aktuell, Innsbruck (Österreich)

Kontakt: Verband für Unabhängige Gesundheits-

beratung

Tel.: (+49) 06 41 80 89 6 0

E-Mail: info@ugb.at

Internet: www.ugb.de

20.–23.11.2019 » 12th European Public Health Conference »Building bridges for solidarity and public health, Marseille (Frankreich)

Kontakt: EPH Conference Foundation

E-Mail: office@ephconference.eu

Internet: www.ephconference.eu

20.–22.11.2019 » The 5th European Conference on Health Promoting Schools, Moscow (Russland)

Kontakt: Schools for Health in Europe (SHE)

E-Mail: info@SHEconference2019.org

Internet: www.sheconference2019.org

27.–29.11.2019 » European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE), Stockholm (Schweden)

Kontakt: European Centre for Disease Prevention

and Control (ECDC)

E-Mail: escaide.conference@ecdc.europa.eu

Internet: www.escaide.eu