

104 impulse!

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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



Where there's a will, there's... Health in All Policies international examples

EDITORIAL » Germany has the third most expensive health care system in the world. At the same time, however, we only score mediocre when it comes to international comparisons of overall life expectancy and years of life spent in good health. Perhaps the reason for this gap lies in the unwavering belief that health can be »produced« through investment in health care alone. The idea, that more health and well-being might better be achieved by long-term, integrated, intersectoral strategies and an appropriate political framework, is often only expressed in declarations of intent, if at all. That starts with the formulation of policy goals. Adding »wellbeing« to the political agenda in Germany or even to adopt a national »wellbeing budget« seems almost inconceivable in a country without any significant food labelling or speed limits on motorways. Other political interests almost always have a stronger lobby than »health« – maybe excluding the health care system, where lobbying has also been effective and strong.

With this issue of our »Impulse«, we want to think outside the »German box« and take a look at international examples of how health can indeed be set and implemented as a priority task across policy areas. The examples illustrate integrated strategies as well as forward-thinking policy frameworks, and they make clear that if there is a (political) will, it is possible to promote »Health in All Policies«.

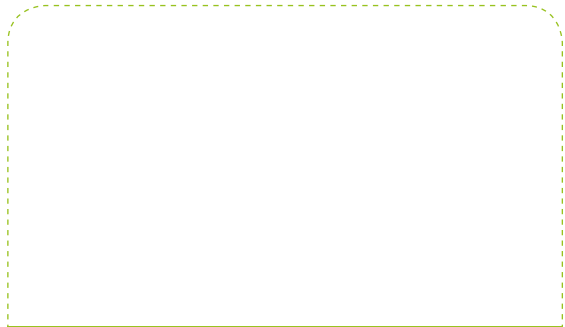
This is the first »Impulse« which is published in a bilingual edition. We are delighted that several international experts have agreed to contribute to the journal and would like to express our sincere gratitude to them and all other authors. German translations of the articles can be found in the German edition of this issue at www.gesundheit-nds.de/impulse. The next issue of our journal will focus on »mental health« (editorial deadline 15.10.2019). The issue following that will take a look at the implementation of the »Prevention Act« so far (editorial deadline 17.01.2020). As always, you are cordially invited to participate in the upcoming issues with your contributions and suggestions.

With warm regards from Hanover and Bremen!

Thomas Altgeld and Team

TABLE OF CONTENTS

Health in All Policies: Entwicklungen und Perspektiven	02
The Wellbeing of Future Generations in Wales	03
The Norwegian Public Health Act	05
Wellbeing Economics in New Zealand	06
State responsibility for healthy nutrition?	07
E-Health in Israel	09
Interdisziplinäre Versorgung in Schweden	10
A box for a healthy start to life in Scotland	11
Nie wieder kleine Superhelden und Puppenmuttis?	12
Verankerung von umweltpolitischen Themen im Politikprozess ..	14
Creating Cities for People	15
Healthy urban living for all in Utrecht	16
JAHEE	17
Die Klimakrise: Ein Thema für Health in All Policies?	18
Impressum	19
When evidence is not enough	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 Bürgerbe-

teiligung, Verantwortlichkeiten, Transparenz und Finanzierung. Grundlage ist ein explizites Mandat der politischen Führung, 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 vorgehen. 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 Koordination 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

The Well-being of Future Generations in Wales

Wales has been one of the first countries to adopt national legislation aimed at the comprehensive and sustainable improvement of the social, health, economic, environmental and cultural well-being of the population. In 2015, the Welsh Government passed the Well-being of Future Generations (Wales) Act. The Act makes direct reference to the Sustainable Development Goals of the United Nations and defined sustainable development as the central organizing principle for all public services – from the Welsh Government to its 44 public bodies, including local governments, the National Health Service, national park authorities, and the Arts and Sports Councils. The aim of the legislation is »to ensure that the needs of the present are met without compromising the ability of future generations to meet their own needs«. The Well-being of Future Generations (Wales) Act sets ambitious, long-term goals and is accompanied by comprehensive structural measures.

Large-scale public involvement in the drafting of the Act contributed to giving the Welsh people a »voice« and a sense of ownership towards it. This participatory process or »conversation with the public« was headed »The Wales we want by 2050« and enabled over 7.000 people to get involved, engaging in debates, community meetings and network events.

Wales



The outcome of this dialogue led to significant policy changes and influenced the content and direction of the Well-being of Future Generations Act.

Well-being goals, indicators and ways of working

Seven overarching national well-being goals were agreed and form a legally binding common purpose for the public sector to which all activities should be directed. These goals are:

- » A prosperous Wales
- » A resilient Wales
- » A healthier Wales
- » A more equal Wales
- » A Wales of cohesive communities
- » A Wales of vibrant culture and thriving Welsh language
- » A globally responsible Wales

Besides, 46 indicators were defined to measure progress in improving well-being across Wales. Among the health-related indicators are:

- » the percentage of live single births with a weight of under 2500 g
- » healthy life expectancy at birth, including the gap between the least and most deprived
- » Percentage of people living in households in income poverty (measured for children, those of working age and those of pension age)
- » levels of nitrogen dioxide (NO₂) pollution in the air

Common objectives and clear indicators are one thing, a coordinated approach by all those concerned is the other. The Act, therefore, requires public services to adhere to »five ways of working«:

- » **1. Long-term thinking** beyond short-term needs, to include strategic planning for 10, 20 or 30 years
- » **2. Integration** of services and objectives
- » **3. Involvement** of the public in decision-making, in planning, developing and delivering services
- » **4. Collaboration** with organizations and people
- » **5. Prevention** of problems before they occur or get worse.

The Act also established the position of a national Future Generations Commissioner, who monitors, advocates and reviews the work of the public bodies, while the latter must take reasonable steps to follow the recommendations of the Commissioner.

An enabler for Health in All Policies

Overall, the health of the Welsh population is good and steadily improving. There are, however, still major challenges, including persistent health inequity. While life expectancy is projected to continue increasing, there is still a gap of as much as ten years between the most and least deprived areas in Wales. Since the Wellbeing of Future Generations Act seeks to address the spectrum of health determinants, it is also explicitly intended as an enabler to realize Health in All Policies through its multisector, whole-of-government and whole-of-society approaches.

This is being supported by Health Impact Assessment (HIA), which has become a statutory requirement in certain circumstances in 2017. HIA is a combination of procedures, methods and tools that systematically judge the potential and effects of a policy, programme or project on both the health of a population and the distribution of those effects within the population. HIA identifies appropriate actions to manage those (sometimes unintended) effects and helps to ensure that both the short- and long-term impacts of policies and projects are taken into consideration. Progress reports on the status of the well-being indicators are published every year.

Implementation

Among the early adopters of the Act were the Welsh national parks. They identified the contributions they could make to supporting public health now and for future generations. These included improving accessibility to outdoor recreation opportunities, targeting disadvantaged groups through new activities, and developing new partnerships to engage more people.

Cymru Well Wales is another collaborative which works across different sectors of government. It was set up to help tackle persistent health inequities and to help the shift towards a more preventative approach. In 2016, the collaboration started the »First 1000 Days Programme« which takes a whole-of-system approach across Wales. It involves all agencies and practitioners who have contact with families and children in the period from conception to 2 years of age. The focus on the first 1000 days acknowledges the growing international evidence that a greater investment of resources in the very early years would bring both additional lifelong benefits for the children as well as a better »return on investment« for society and public services. The Programme is not about creating new services, but about the exchange of experiences, the joint improvement of existing routine activities, and working better together to explore new areas like prevention, early intervention and strengthening protective factors.

Conclusion

The Well-being of Future Generations Act challenges public bodies to extend their focus beyond silo-thinking and political cycles. By collaborating among services, through a people-centred approach, early preventive interventions and longer-term thinking, it is an essential framework to create equity and sustainable well-being in Wales for today's and future generations.

Literature available from the author

CATHERINE WEATHERUP, Strategic Lead, Health and Sustainability Hub, Public Health Wales, Cardiff, Wales

E-Mail: catherine.weatherup@wales.nhs.uk

SUSANNE HAGEN, NAIA HERNANTES,
KJELL IVAR ØVERGÅRD

The Norwegian Public Health Act and its implementation

Norway is known for its egalitarian society – it emphasizes solidarity, universalism and redistribution of resources among social groups. However, there is a social gradient in health in Norway, which is currently experiencing increasing inequalities. Since the social gradient is related to an unjust distribution of socio-economic factors, the Norwegian government has for decades developed policies to reduce these inequalities. This aim is highlighted in the recent Public Health Act that took effect in January of 2012. The act follows the principles of health equity and the »Health in All Policies« (HiAP) approach. Following the Ottawa Charter, the Act takes into account that health is shaped by the conditions in which people live, learn, love and work. The Act aims to tackle the gradient in health by addressing the social determinants of health.

The Act also transfers the responsibility for reducing social inequalities in health from the national to the local level. In Norway, there are three administrative levels: first the national, second the regional with 19 counties and third the local level with 428 municipalities. In the municipalities, the chief executive officer, head of the administration, and the mayor have the main responsibility for the population health, reflecting that the responsibility for public health relies on all sectors, not on the health sector alone.

What does the Act say?

The Public Health Act requires municipalities to do the following:

- » **1)** To ensure coordination across different sectors. The coordination is supposed to glue together the municipal, private and voluntary sector, and to create synergies and avoid double structures. Overall, a public health coordinator is supposed to be a knowledge broker in the field of local public health.
- » **2)** To develop health overviews of the citizens' health and the positive and negative factors that may influence public health. The overview shall be based on information from the central and regional government, knowledge from the local health services, and knowledge of factors and development trends in the environment and the local community that may influence the population health by its different determinants. The overview shall identify challenges to public health, assess possible causal factors and their impact, and always have a special focus on social inequalities in health.
- » **3)** To incorporate policy and health promotion initiatives aimed at reducing inequalities in health in the local planning systems and master plans. Masterplans are the basis for local policies. These plans should take into account the health implications of local policies to improve public health and reduce health inequalities. Masterplans shall be based on the health overviews.



Researching the implementation of the Act

From 2012 to 2016 the Norwegian Research Council funded the research project »Addressing the social determinants of health among families with children« (SODEMIFA). Based on both qualitative and quantitative data, this project evaluated the implementation of the Act. Data were collected from case municipalities, from two surveys covering all Norwegian municipalities (N=428) and from register data, which were used in several publications and one PhD-study. The study was set to explore:

- » the relationship between the HiAP approach and municipal strategies addressing the social determinants of health at the local level, i.e. the use of the public health coordinator, and fair distribution of social and economic resources among social groups;
- » whether Norwegian municipalities address living conditions (economic circumstances, housing, employment and educational factors) in local health promotion and what factors are associated with that;
- » how changes in municipal use of HiAP tools (which includes the employment of a public health coordinator and the development of health overviews) was related to a fair distribution of social and economic resources among social groups.

Study results

Overall, the study found that municipalities employing a public health coordinator were eight times more likely to have partnerships with the county council, compared to municipalities not having a coordinator. Municipalities having located the coordinator in the staff of the chief executive officer were three times more likely to have established collaboration with the private and voluntary sector. Municipalities involving the public health coordinator in the municipal planning process had more often established health overviews.



New Zealand

The research also found that HiAP strategies like cross-sectoral working groups and inter-municipal collaboration were associated with addressing living conditions, while the existence of a public health coordinator had little effect on them. Further findings showed that developing health overviews and collaboration with external actors was associated with municipalities prioritizing a fair distribution of social and economic resources among social groups in political decision-making at the local level. However, there appeared to be no differences between municipalities that employed a public health coordinator and municipalities that did not make use of this function when it came to prioritizing a fair distribution of resources at a local level. So, the employment of a public health coordinator had no direct effects on a fairer distribution of social and economic resources among social groups.

One possible interpretation of the overall findings of the study is that – even though the position of a public health coordinator may not directly relate to the social determinants of health – the public health coordinator may play a central role in establishing health overviews and intersectoral collaboration, which are two important tools in the HiAP approach. We suggest that investigating this relationship and the structures further ought to be the object for future research to continue developing the HiAP approach to promote equity in health.

Literature available from the authors

SUSANNE HAGEN UND PROF. DR. KJELL IVAR ØVERGÅRD, Department of Health, Social and Welfare Studies, University of South-Eastern Norway
 NAIA HERNANTES COLIAS, University of Navarra, School of Nursing, Department of Community, Maternity and Pediatric Nursing; Pamplona, Spain
 E-Mail: susanne.hagen@usn.no

PAUL DALZIEL

Wellbeing Economics in New Zealand

Given the enormous diversity of the lives led by the nearly eight billion people on planet earth, how can we design policies that we are confident will expand wellbeing, both for current and for future generations? This question is at the heart of a research field called wellbeing economics. In New Zealand, it has led to the world's first »Wellbeing Budget«, which represents a paradigm shift in the practice of public policy. It requires all new policy proposals to be analysed for their impact on a broad range of statistical indicators for wellbeing.

Choice-making for Wellbeing

Wellbeing economics recognises diverse levels of choice-making in society. Individuals continuously make choices they expect will promote wellbeing. These choices are made in social contexts, so that this personal agency is an exercise of »relational autonomy«. People choose to create households, families, neighbourhoods and communities, for example, expanding capabilities for wellbeing through voluntary collaborations. Participation in the market economy is a further stimulus to wellbeing, although market failures can diminish wellbeing. Local and national governments can make distinctive wellbeing contributions, by addressing problems of market failure, for example, and through participation in coordinated initiatives addressing global challenges (such as the climate crisis).

From Growth to Wellbeing

For a long time, economists considered their best contribution to public policy was to explain how a growing market economy can expand wellbeing. That view is hard to defend in the face of rising economic inequalities and clear scientific evidence that growth is driving the climate crisis. In 2008, a Commission led by Joseph Stiglitz, Amartya Sen and Jean-Paul Fitoussi re-examined how economic performance is judged. It famously recommended a shift in emphasis from measuring economic production to measuring people's wellbeing. Many countries now monitor trends in carefully chosen statistical indicators of wellbeing among their populations. »Gut leben in Deutschland« (www.gut-leben-in-deutschland.de) is a good example.

The New Zealand Initiative

Following this worldwide trend, the New Zealand Treasury created a wellbeing measurement framework called the Living Standards Framework Dashboard. This monitors statistical indicators of current wellbeing in 12 domains:

- » Civic engagement and governance
- » Cultural identity
- » Environment
- » Health
- » Housing
- » Income and consumption
- » Jobs and earning
- » Knowledge and skills

- » Safety
- » Social connections
- » Subjective wellbeing
- » Time use

The Dashboard additionally monitors four »capitals«. These are long-term assets providing services for future wellbeing. Thus, human capital refers to levels of education and health in the population. Social capital refers to community values and civil institutions fostering trust and collaboration. Physical and financial capital refers to produced capital, as well as its ownership through shares, equities and the like. Natural capital refers to the state of the environment. This last definition is contested in New Zealand, with some fierce critiques of the idea that nature might be treated as a capital asset within the economic system. Nevertheless, everyone agrees that future wellbeing is threatened when economic activity seriously damages the natural environment.

New Zealand's Wellbeing Budget

In 2019, the New Zealand government used wellbeing economics to prepare its annual Budget. This is the first time a government has made measured wellbeing the organising principle of core public policy design. The Wellbeing Budget (<https://www.budget.govt.nz>) defined wellbeing as »when people are able to lead fulfilling lives with purpose, balance and meaning to them«. It then used scientific evidence to identify areas where more public investment could expand people's capabilities for fulfilling lives. The Budget process adopted three new principles:

- » Break down agency silos and work across government to assess, develop and implement policies that improve wellbeing.
- » Focus on outcomes that meet the needs of present generations at the same time as thinking about the long-term impacts for future generations.
- » Track progress with broader measures of success, including the health of public finances, natural resources, people and communities.

Example: Child Wellbeing

There are many parts of the Budget where wellbeing economics influenced policy design. In my view, the most important example is the coordinated programme to promote the wellbeing of children. Investment in child wellbeing is often lost when policy focuses on stimulating short-term economic growth. In New Zealand, it emerged as a top priority precisely because the focus was on intergenerational wellbeing. Child policies in the Budget were then designed using data on material hardship, poor health outcomes, high rates of family violence, and crowded housing. The government defined three primary statistical indicators of child poverty and has legislated it must set targets for those indicators. It must also use those measures to report annually on progress. This statistical accountability is motivating collaboration across the whole of government to design and implement policies that effectively promote child wellbeing, for the benefit of current and future generations of New Zealanders.



Wellbeing in All Policies

To conclude, it is worth noting similarities between principles in New Zealand's Wellbeing Budget and the Helsinki Statement on Health in All Policies (HiAP), 2013. This is not surprising. »The HiAP Framework for Country Action« explicitly defines health in its broadest sense as »complete physical, mental and social well-being«. Thus, New Zealand's Wellbeing Budget is an important first step towards embedding health and wellbeing in all policies, beginning with the wellbeing of the country's children.

Literature available from the author

PROF. DR PAUL DALZIEL, co-author of Wellbeing Economics:

The Capabilities Approach to Prosperity (London: Palgrave Macmillan, 2018).

Agribusiness and Economics Research Unit, Lincoln University, New Zealand.

E-Mail: paul.dalziel@lincoln.ac.nz.

JUAN CARLOS CARO

State responsibility for healthy nutrition? Food system policies in Chile

The obesity epidemic impacted Chile very rapidly, particularly among children. Obesity prevalence among first-grade students increased over 60 per cent between 1997 and 2007.

In a joint effort by the academic sector, especially the fields of public health and nutrition, and the Chilean Congress, a concept to regulate unhealthy foods was introduced to discussion in 2007 and approved in 2012. It introduced policies that provide clear nutritional information to consumers while discouraging access to and visibility of unhealthy foods, particularly to children and adolescents. In addition, during 2014, a tax reform was implemented to increase the prices of sugar-sweetened beverages as well as alcoholic beverages. These measures received substantial opposition from food companies, particularly in the implementation stage. The unwavering leadership from the Ministry of Health was critical to deliver strong regulatory standards despite intense industry lobby.

Chile



The Food Labelling and Regulation Act

Two key elements were part of the discussion towards the implementation of the Food Labelling and Regulation Act, enacted in June 2016: the definition of unhealthy food or beverage, and the definition of marketing directed to children. After extensive public discussion and in compliance with recommendations from several international organizations, the regulation components were defined as:

- » Foods were defined as unhealthy if they passed thresholds for critical nutrients (sugar, saturated fats, sodium and energy density). The thresholds progressively became stricter over the course of three years.
- » Products considered unhealthy need to display a black »stop sign« shaped logo which indicates that one of the critical nutrients exceeds the threshold. As such, a single product can have up to four logos.
- » Unhealthy products cannot be sold, given, gifted, promoted or marketed in schools, nurseries or daycare centers. This also affects directly the provision of foods, for instance, in school meal programs or school kiosks.
- » Foods or beverages deemed unhealthy cannot be given or marketed to children under 14 years old. This implies controlling the presence of publicity directed to media defined as targeted to children (or when more than 20 per cent of the audience are children under 14 years old). Also, no form of toys, gifts, games or publicity using cartoons or figures that pique the interest of children can be used to promote these products.

A second Law on Marketing Regulation followed in order to extend the restriction on advertisements for unhealthy foods to cinema and TV between 6 am and 10 pm. In addition, any marketing for unhealthy products should include an informative message from the Ministry of Health, like »Prefer foods with fewer logos, and if it doesn't have any, the better«.

Healthy School Meals

The 2016 WHO Report of the Commission on Ending Childhood Obesity selects the school as the best place to implement comprehensive policies to promote healthy lifestyles among children and adolescents. Following this recommendation, the Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), the National Board of School Aid and Scholarships, conceived »Contrapeso«, a 50-measure plan against obesity that which is now used in several programs to promote healthy school environments. One that was especially revamped was the School Meal Program.

The School Meal Program is based on national and international expert recommendations and prepares homemade breakfasts and lunches for the 60 per cent most vulnerable students at state-funded schools. The measures in Contrapeso were mainly oriented to improve the nutritional quality of meals. In this context, the School Meal Program immediately made adjustments, so the meals provided do not contain any foods or beverages considered unhealthy under the new labelling scheme.

Objectives, implementation and next steps

Ultimately, the structural set of policies implemented in Chile has three clear objectives. First, to provide an appropriate food environment for consumers to make informed choices. Second, to limit the access and exposure to unhealthy foods, particularly for children. Third, to nudge food companies to improve the nutritional quality of their products in order to raise the quality of the food supply in general, particularly for packaged products. Overall, by limiting the visibility of unhealthy foods and improving the quality of the package information, Chile has taken significant steps to discourage the consumption of foods high in critical nutrients that are conducive to weight gain. Currently, the government is considering to implement a tax on unhealthy packaged foods based on nutrient density.

A crucial element to promote healthier food systems is the constant collaboration with the academic sector. In Chile, this allowed to define the initial standards for the labelling regulation, using evidence-based best practices. It also permits to understand the effects of such policies on food consumption and health. For instance, JUNAEB periodically monitors the nutritional status of students in government-funded kindergarten and schools. This report is part of a national nutritional surveillance system that allows detecting and alerting potentially risky situations of malnutrition. Data collection is not only useful for surveillance, but it is also the base for many studies aiming to explore strategies for the adoption of health behaviors.

Literature available from the author

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



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 oder 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 Pflegeper-

sonal 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 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 zurückermeldet. 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: cynthia@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 Medizinfakultät 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

A box for a healthy start to life in Scotland

In June 2013, a BBC online news story received an unusually high level of attention in the United Kingdom (UK). The story »Why Finnish babies sleep in cardboard boxes« detailed the scheme in Finland which began in the 1930s in response to higher neonatal mortality rates compared to other Nordic countries. Since 1939, all babies in Finland have received a box if their mothers attend for their scheduled antenatal care. The box, provided by the Finnish Government free to all newborns, offers a safe sleep space as well as a range of essential items for the baby's first year. Following the publication of this article, several political parties in the UK became interested in the box as an approach to reduce social and health inequalities at the start of life. The Scottish National Party (SNP) included a commitment to provide a Finnish style baby box to every baby born in Scotland in their manifesto for the Scottish parliamentary elections in 2016. Following their election victory, the SNP-led Scottish Government introduced a pilot baby box scheme in two areas in Scotland in January 2017. This was then rolled out across Scotland in August 2017.

The Scottish baby box scheme

Uptake of the box by new parents has grown over its first eighteen months from 85 per cent to 96 per cent, with more than 80.000 boxes distributed by March 2019. An evaluation of parents' views by the Scottish Government found that the box was generally very positively received. The box contains



more than 40 items for the baby's first six months and itself acts as a baby bed. When a woman is between 20 and 24 weeks pregnant, her midwife will sign a form to confirm her pregnancy. It is then up to the woman to decide if she wishes to receive the box and to send in the form. The box is distributed from a central depot to each new family's home address by 32-34 weeks of pregnancy.

During its first year, the scheme cost £ 8 million. This is set to rise to £ 8.8 million each year for the next three years. The scheme is funded by the Scottish Government and has not been taken from existing healthcare or maternity budgets.

A range of policies to promote health equality

The baby box scheme is part of a wider long-term commitment by the Scottish Government to tackle the country's significant health inequalities. Scotland was long known as the »sick man of Europe«, with lower life expectancy than other parts of the UK and of Western and Central Europe. Since 2005, the Scottish Government has developed a range of central policies focused on promoting health equality and improving health in the early years. All these policies are rooted in the principle of »proportionate universalism«. Proportionate universalism is where public resources are distributed in a way that brings universal benefit, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of need.

It has been identified that in Scotland's largest city, Glasgow, one in three children was living in poverty in 2017. Across Scotland, at least one in five children are living in relative poverty. The baby box has, therefore, not been introduced in isolation: The Scottish Government introduced in December 2018 a new increased »Best Start pregnancy and baby payment« of £600 for the first child of women receiving certain benefits. In August 2019 »Best Start foods« smart cards were introduced to provide eligible women with money towards healthy foods during pregnancy and early parenthood.

Baby clothes

Scratch mittens
 Short and long-sleeved vests for newborns and up to 6 months
 Baby hat
 Long-sleeved sleepsuits for newborns and up to 6 months
 Day suit
 3 x soft jogger trousers for newborns and up to 6 months
 Fleece jacket with hood
 2 pairs of socks
 Hooded bath towel
 Bib

Baby care items

Digital ear thermometer
 Mattress and protector
 Cellular blanket
 Baby wrap carrier
 Bath sponge
 Bath and room thermometer
 Teething ring
 2 books
 Playmat
 Emery boards
 Muslins
 Comforter toy
 Travel changing mat

Other articles

Maternity pads
 Maternity towels
 Information leaflets about perinatal mental health, safe sleep, breastfeeding
 Condoms
 Royal Scottish National Orchestra
 'A Star' free app
 Poem to welcome the newborn

Potentials and open questions

The decision to offer the box to all families, regardless of income, has proved to be controversial among some members of Scottish society. However, as the professional organisation representing the great majority of midwives in the UK, the Royal College of Midwives has supported the universal scheme. We believe that if the box was means-tested and only given to those below a certain income threshold, there would be a stigma attached to using the box and its contents and therefore some of its benefits may be lost. We are aware that babies living in deprived households are more likely to be exposed to unsafe sleep practices, including unsafe bed and sofa sharing. The provision of the box as an alternative safe sleep space may contribute to the reduction in unsafe sleep practices and therefore, potentially, to reduce the rates of sudden unexpected death in infancy (SUDI). However, questions have been raised by the leading cot death charity in the UK, the Lullaby Trust, about the lack of evidence to support any claims that baby boxes could reduce SUDI rates. The Royal College of Midwives agrees that more research is needed to explore the impact of the baby box on safe sleep practices.

The Scottish universal baby box scheme has just reached its second birthday, so the full impact of the box is as yet unknown. A full evaluation of process and outcomes is currently being commissioned. Feedback received from parents and professionals has been extremely positive. One midwife, specialising in caring for refugee and trafficked women in Glasgow, said of the boxes: »The Baby Box is absolutely the »Best Start« for my vulnerable client group...it is a complete lifesaver all round!«.

Literature available from the author

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

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 Familiernährerinnen sind in der Werbung noch immer selten zu sehen. Seit einigen Jahren werden solche aus der »Geschlechtermottenkiste« herausgekrachten Werbeklischees von Initiativen wie 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.

Scotland

Great Britain

Werbeverbot in Großbritannien

Zu diesem Ergebnis kam 2017 auch eine Studie zu Genderstereotypen 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 WITH BIRGITTE BUNDESEN SVARRE

Creating Cities for People

Birgitte Bundesen Svarre (BS), is Director at Gehl – a company working in architecture and city planning, based in Copenhagen, New York and San Francisco. Gehl was founded by Danish architect Jan Gehl and Helle Søholt in 2000 and offers strategic advice, research and design solutions for cities across the world.

» LVG & AFS: Gehl's ambition is to create »Cities for People«. What do you mean by that?

» BS: It means that we try to put people at the centre of city planning. It is about their movements, interests, behaviour and engagement with their surroundings. We are a team of social scientists and architects, and we always start new projects by observing how people use their city and existing areas. Where are they walking? Where are they spending time? What activities are they engaged in? By taking the time to understand that, we can better advise mayors, city administrators, NGOs and other developers on strategies and ideas that reach their goals for the city's development and at the same time improve quality of life for people. We always say that our real client is the citizen, the people.

» LVG & AFS: The term »Cities for People« was coined by architect Jan Gehl. How did he come up with the idea?

» BS: In the 1960s when Jan Gehl started to work as an architect, there was a lot of development going on all over the world and the modern city planners started to do »zoning«:

You would have a zone for housing; you would have a zone for recreation; and another zone for work and services, like schools, office buildings or shopping streets. There was a real division of functions. You could also see this specialization in the professions: The building architects would take care of individual buildings, the landscape architect of the landscape, the traffic planners of streets and so on.

Jan Gehl and a few others started to question this kind of planning. In a way, there was a lack of understanding of the relation between the built environment and the life that is happening in between. A street is not just a corridor for traffic or transit, it is also a place where people meet. So, a few architects and city planners developed a more holistic approach, that people, buildings and their environment are connected. Jan continued to work on this idea as a professor for architecture in Copenhagen.

» LVG & AFS: Copenhagen was one of the first cities where the idea was implemented. Today it ranks among the most liveable cities in the world. How has the city evolved over the decades?

» BS: It started in the early 1960s, when the main shopping street in Copenhagen was pedestrianized. But that was happening simultaneously in a lot of cities, in Germany, too. I think in Copenhagen they then had the courage to take this further. Jan Gehl and his students went out and did studies of the public spaces and public life. When the city transformed the first spaces, they were quite good at documenting the effects this had on life in the city. That helped to encourage politicians to take the next step, and then the next.

There were also times when they felt a real need to improve the city. In the 1970s, people were protesting and demanding better infrastructure. In the late 1980s, Copenhagen was almost bankrupt, so they really had to do something to attract more taxpayers to the city. So, the city has been changed gradually over time. Around 2000, the health agenda emerged, and it became more about providing opportunities for being active in the public space and encouraging people to walk or cycle.

» LVG & AFS: What makes Copenhagen a »City for People« today?

» BS: Many say it is the freedom to get everywhere by bicycle. Copenhagen has an extensive bike infrastructure and today almost 50 per cent of the 600.000 inhabitants cycle to work, to school or wherever they want to go. Another point is that you have many different options to use the public spaces actively, for picnics, gardening, ball games, you can go kayaking or swim in the Harbour Bath right in the inner city just one kilometre from the city hall. The city has also upgraded semi-private spaces with the »Greening Courtyard Program«. If you live in a building block, you may have had a grey courtyard with parking or some back buildings before. The city has re-designed many of these courtyards. Now you can have this green space right outside your kitchen window, you can go out, sit and enjoy your coffee, or send your kids out to play.

So, it is really about inviting people outdoors. When all of this started, people would say »In our harsh climate? It's never going to happen.« »We're not in Italy«. But now there is a real demand for doing things in the public space. It has become part of Copenhagen's culture.



» **LVG & AFS:** ...and of policy, too?

» **BS:** Yes. One of the best examples right now is Copenhagen's climate adaption plan which addresses, for instance, the heavy rainfall that we have more and more often. There is a collaboration between the city and a private utility company. They look for innovative ideas where instead of digging down pipes to get rid of the water, green spaces and other solutions are created that add value both in terms of more greenery, biodiversity as well as people's quality of life. This collaboration also involves local housing associations and a lot of different partners.

» **LVG & AFS:** You have also worked with metropolises like Moscow or New York City. How is it possible to change a city full of skyscrapers and inner-city highways?

» **BS:** Well, New York is actually very much a walking city. We saw that in a »public space public life study« we did in 2007/08 when we started to work with the city. We found out that at Times Square, this very iconic place, 90 per cent of the space was for cars, yet 90 per cent of the people there were pedestrians. This was an equation that the mayor, Michael Bloomberg, and many others wanted to change. So, in 2008, literally overnight the major squares on Broadway from uptown to downtown were closed to traffic and temporary furniture was moved in. The positive response from New Yorkers was instant. This was the starting point of a real fast change. They rearranged streets, parking spaces across Broadway and Times Square, and introduced a network of bike lanes to connect the surrounding boroughs. Since 2007, the Department of Transportation has also partnered with community organizations across the city to create 73 new public plazas in neighbourhoods lacking open space.

So far 400,000 square meters of space in Manhattan have been reclaimed from traffic for people. And it works. 86 per cent more people stop up, meet or sit down, there are more plants, and more cyclists, at the same time as cars are moving faster than they were before. The life previously extinguished by traffic has been given the space to emerge.

» **LVG & AFS:** Do you ever encounter resistance when, for instance, withdrawing streets or parking lots?

» **BS:** Yes, always! (laughs) And that is fair enough because it is easier to do things the way you have always done them. But not many people actually dream about sitting in their car in traffic for hours, or about having a noisy neighbourhood. What we need is to find the common ground, the common vision of what kind of city we all want to live in. That is the starting point – also for collaboration, which is so important in creating a city for everyone. In Copenhagen, New York and wherever we work, we try to facilitate inclusive communication. We talk to people across city departments and community groups, getting them to meet each other, making it clear why people should care. Making it everybody's business. And then I think it is always good to try something on a small scale and then scale it up. We can come up with all the good arguments, but people need to experience themselves that it is actually very nice to go to work by bike and see that the city is doing something to support that.

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

MIRIAM WEBER

Healthy urban living for all: working together on a healthy Utrecht

Utrecht is a young and dynamic city of 350.000 inhabitants in the centre of the Netherlands. One-fifth of the population are students at one of the universities, and more than half of its working population is educated at a higher, academic level. Utrecht region with 1.4 million inhabitants is the heart of one of the world's most densely populated countries and expanding rapidly. Within 15 years Utrecht's population will have increased by 20 per cent. This growth provides opportunities and challenges on the health of the citizens. The ambition of Utrecht is to increase health and health benefits for all in the city.

Public health policy, spatial and environmental policies are within the Dutch municipalities' competencies. Although public health tasks are the competence of regional public health services, Utrecht incorporated many of these tasks within its organisation. This concerns health prevention and promotion, youth health care, health care for vulnerable groups, research, public health monitoring and policy development. Larger municipalities are also required to implement public health policy and to publish a public health monitor every four years.

The inter-sectoral and multi-level governance approach is very important in Utrecht. The entire city cooperates in various initiatives aimed at building a healthy future, and Health in All Policies has been the 'mantra' for several years. It is supported and institutionalized through strong political leadership, interdisciplinary teams at neighbourhood and city level, policy development and implementation in line with the city's ambitions of »Healthy Urban Living for Everyone«. This is an ap-

proach Utrecht strongly advocates as a member of the WHO European Healthy Cities Network as well as in the new European JAHEE initiative (Joint Action Health Equity Europe, see infobox).

Healthy urban living for everyone

The health of Utrecht's citizens is generally good and has been improving for many years. Differences in health outcomes nevertheless exist between districts and between population groups. Utrecht's goal is to reduce this health gap by specifically focussing on those people, groups or neighbourhoods that need some extra support to increase their wellbeing and health. These ambitions are formulated in the local government program »Utrecht: a place for everybody« (2018), the public health policy plan »Health for all« (2019) and many other policy plans and programmes.

Policy programmes on prevention and healthy lifestyles, for instance to reduce smoking, gain more attention due to the adoption of the National Prevention Programme. Utrecht is taking the next steps by addressing the underlying mechanisms of unhealthy behaviour, i.e. stress and debts. One example is »Utrecht debt(stress)free«, a programme aimed at empowering citizens who have experienced financial problems, poverty and/or debts to make the ends meet in a healthy, inclusive and sustainable way. In close collaboration with supermarkets, but also through activities like community gardening, healthy nutrition is also stimulated. Sports and physical activities are within reach due to the »U-pas« for people with a lower income, giving them free or price-reduced access to such activities. Employers are also joining the city in research on healthier working conditions.

Another focus is on pregnant women, young families and the factors impacting a healthy start of life. The »First 1000 Days Programme«, for instance, is aimed at improving nutrition in early childhood to support early child development.

A healthy environment in the city

Another key priority is a healthy living environment. We want Utrecht to be a bicycle city and try to stimulate that by building an extensive infrastructure of bike paths, bridges designed for bikes and pedestrians and bicycle storage facilities. Just in August 2019, a new parking station was opened with space for 12.500 bicycles. Cycling is good for individual health as well as for the city, since it reduces car traffic, congestion and air pollution. Particles like soot and particulate matter have adverse health effects, specifically in children, elderly people and inhabitants with lung diseases. Utrecht, therefore, strives to reach the WHO norms for air quality by 2030.

A balance between living, working and free time is crucial, as well. Public spaces, greenery and water are made better use of for outdoor activities like playing and sporting, especially in a densifying city. »Wonderwoods« is nicely illustrating this. The winner of the international design tender for building an iconic building in the »Healthy Urban Quarter« near the Central Station will be a vertical forest of 360 trees, 10.000 bushes and shrubs, and 10.000 plants, absorbing thousands of kilograms of CO₂, particulate matter and counterbalancing heat effects. Another example is the »Cartesiusdriehoek«, or Cartesius triangle, an old industrial area borde-



JAHEE

The Joint Action Health Equity Europe (JAHEE) is a European-wide initiative that started in June 2018. The general objective of JAHEE is to improve health and well-being and to achieve greater equity in health outcomes across all groups in society in all 25 participating countries. One of the five focus areas of JAHEE is »Health and Equity in all Policies – Governance«.

JAHEE aims to improve the planning, development and implementation of the policies to tackle health inequalities at European, national, regional and local level; to strengthen the cooperative approach in combating health inequalities and to facilitate the exchange, learning, transfer of good practices amongst participating countries (sharing and learning approach).

red by busy railways and roads. In redeveloping this area into a residential area, Utrecht sets high ambitions, aiming to create a unique area where people live healthier, longer and happier, or in quantitative terms: adding 5 healthy life years. Key in this project is the participation of universities, health insurance companies, entrepreneurs and citizens, jointly with the developer and the municipality.

Improving the health of Utrechters requires a broad, mutual effort of citizens, entrepreneurs and organisations in the city to develop new ideas and innovations. We look at what all of us can change, not only for now but also for the future. It is an invitation to everybody to contribute to a healthy city of Utrecht.

Literature available from the author
DR. MIRIAM WEBER, City of Utrecht, The Netherlands,
E-Mail m.weber@utrecht.nl



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 Gesundheitsförderung und Prävention fallen Verhaltens- und Verhält-

nisänderungen 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 Importsteuern 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 Auto-


 Rwanda

reifen, 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.

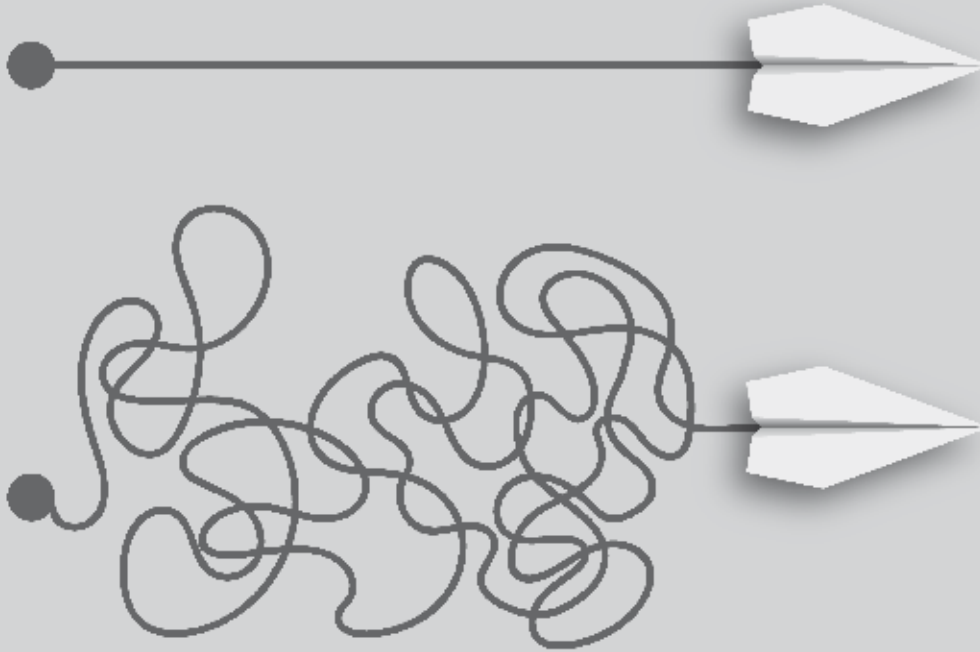
Literatur bei der Verfasserin, Anschrift siehe Impressum.

Impressum



- » **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskeweg 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:** 1.000
- » **Gestaltung:** Homann Güner Blum (hgb), 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. 3, 7, 22 pexels.com, S. 11: Scottish Government, 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.

Quergedacht



MICHAEL P. KELLY

When evidence is not enough: The challenges of achieving political change

When there is sound, scientific evidence that points towards necessary actions, for instance, to promote health or to stop climate change, it would seem reasonable that politics »just« use such evidence to form appropriate strategies and policies. Unfortunately, this is seldom how it works – but why not?

In 2001, the Department of Health in England published »A Research and Development Strategy for Public Health« which made a commitment to use evidence to develop public health policies and interventions. One of the ideas was that it would be possible to get leverage for Health in All Policies. In the wake of evidence-based medicine and the headway it was making in clinical medicine, there seemed to be good reason to be optimistic. In the years since then, there has undoubtedly been progress. However, the translation of evidence into policies is still the exception. There are a number of reasons for that.

1. Political views and commercial interests

The first is politics. Governments have their own agendas which may not align with the evidence. For example, in 2010 the British National Institute for Health and Care Excellence (NICE) produced a guideline on the prevention of the misuse of alcohol. Among other things, it recommended minimum unit pricing as a key mechanism for controlling sales. The evidence that this is an effective intervention is very strong. Yet the UK government rejected this recommendation on the grounds that it interfered with consumer choice. Even though

the evidence is compelling, the political reality is that evidence does not necessarily fit with particular political views or commercial interests. And it was ever thus. In the nineteenth century, as reformers sought to build sewers and install clean water systems, there was fierce resistance from landowners and commercial interests. It took decades to overcome the resistance. It may seem obvious today that clean water and safe sewage disposal are good for health. Historically, politicians took a lot of convincing. In the twentieth century, the first papers linking the inhalation of cigarette smoke and lung cancer appeared in 1950. The evidence of the causal link was secured by 1962. The smoking ban in public places did not happen in England till 2007.

2. Multiple actors and the commerce of ideas

The second is policymaking. It is easy to imagine that there is a linear process in which evidence is produced, and then digested by policymakers who set about devising policies or mechanisms to make it happen. In fact, few pieces of evidence work their way into policy like this. The relationship between evidence and policy is a »commerce of ideas«. A number of different actors are involved – the researchers who produce the evidence, the officials whose job it is to develop policies for governments, pressure groups, vested interest, journalists, media commentators, social media, policy entrepreneurs, lobby groups, as well as politicians. Ideas ebb and flow between these actors. For those whose goal it is to get health into all policies, these actors must be seen as not only potential

audiences, but groups who need to be worked with. This is a painstaking and slow process involving knocking on doors and talking to people. It involves winning trust and respect. Telling other people that they are wrong is a completely ineffective way to get them to change their minds or behaviour. Instead, we must understand their position. Sometimes it is about seizing the moment. A window of opportunity opens up – there is an interest in a particular issue or problem. When this happens, it is important that authoritative, reliable evidence and maybe a sound strategy is ready.

3. Fast thinking and supposedly easy solutions

The third is biased thinking. The Nobel Prize-winning psychologist Daniel Kahneman alerts us to the danger of what he calls »fast thinking«. This happens when we rush to judgement based on a set of preconceived ideas and prior experience. We reach for heuristics – short cuts to get to quick answers. Often this serves us well. However, Kahneman also points out that fast thinking is a principal source of bias and error. Some problems require slow thinking. We do have to reason things out in slow, methodical and painstaking ways. This is the kind of thinking which we have to apply to complex problems. Almost all public health problems are very complex and defy easy solution.

One of the most common failures in public health policy has been the resort to this type of »fast thinking«. The classic case is trying to get people to change their behaviour on the basis of information. We tell people about the dangers of smoking, eating and drinking too much and not taking enough exercise in the expectation that they will listen, understand and then act accordingly. Many public health campaigns are based on precisely this apparently easy solution. Some people do change their behaviour. But the success of this type of information-driven approach to behaviour change has been sub-optimal. Nevertheless, getting policy to shift away from such apparently easy solutions has been very difficult. This is because people, including politicians and policymakers, are reluctant to do the difficult thinking to solve complex problems. So, we have to be keenly aware that biases and errors are intrinsic to the way that humans, including ourselves, think.

Small steps are progress nonetheless

Finally, improving public health is a long and slow process. It takes time – decades sometimes. And yet, small improvements in the rates of physical activity in a large number of people, for example, will produce population health benefit. Small reductions by many people in rates of alcohol consumption will have population benefits.

Successful public health programmes over the years have been those which have taken a multi-pronged, multi-level approach sustained over lengthy periods of time. Smoking cessation is perhaps the biggest success in the UK. It involved education, taxation, availability, control of advertising, support in the form of nicotine replacement therapy and other

psychological interventions to help to deal with nicotine addiction, and eventually a ban on smoking in public places. None of these things on their own would have had the overall effect which the combination of all things together has had. This is a great example of Health in All Policies that involved many different parts of the UK government.

How to get on?

It is helpful to remember that in the world of policymaking and indeed of politics, successful players seldom achieve everything they want at once. Success is about what is pragmatically possible at any given moment. Although the evidence may tell us that a successful anti-obesity strategy will involve industry, advertisers, taxation, retail controls, and promoting more physical activity, it is highly unlikely, at least in pluralistic democratic societies, that all of these will come on board at once. So, we must be keenly aware of what is achievable in the here and now. Not achieving everything in one go is not a failure. We need to understand the variety of »anti-health forces« that are ranged against us and to work out how to deal with these, in ways that will, in the end, produce the population health benefits that we seek. Evidence on its own will not suffice – we need to be politically and psychologically savvy.

Literature available from the author
PROF. DR. MICHAEL P KELLY, University of Cambridge, United Kingdom.
 He led the Centre for Public Health at the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) from 2005 until 2014.
 E-Mail: mk744@medschl.cam.ac.uk

Information

Möchten Sie die englischen Artikel dieser Zeitschrift auf Deutsch lesen? Die Übersetzungen finden Sie in der deutschsprachigen Ausgabe dieser Impulse auf unserer Website unter: www.gesundheit-nds.de/impulse Sie ist auch gedruckt erhältlich.

Would you like to read the English articles of this journal in German? You can find the translations in the German edition of this »Impulse« on our website at www.gesundheit-nds.de/impulse It is also available in print.



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 Schulpflegekräften 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

Evaluert 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. Rahmengebend 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 Neuausrichtung 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: Neuausrichtung 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 Gesetztestexten. 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

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

BUNDESWEIT

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 Gesundheitsberatung

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