

104 impulse

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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



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

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

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

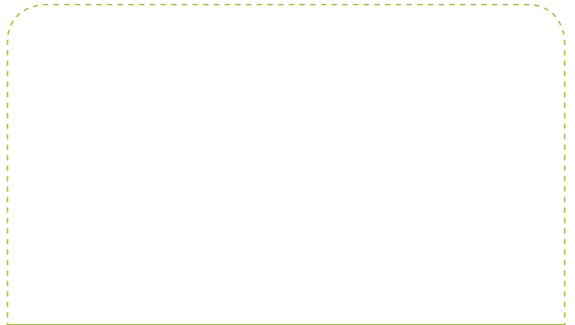
Dies ist die erste Impulse, die auch zweisprachig erscheint. Wir konnten internationale Autor*innen gewinnen, deren englische Originaltexte Sie in einer digitalen Ausgabe unter www.gesundheit-nds.de/impulse finden. Im vorliegenden Heft sind die Texte ins Deutsche übersetzt. Die nächste Impulse-Ausgabe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

Mit herzlichen, herbstlichen Grüßen aus Hannover und Bremen!

Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

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





Schweden

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

Regierung plant Vernetzung in einer nationalen Patient*innendatenbank

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

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

Literatur bei den Verfasser*innen

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

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

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

BEAT SOTTAS

Interdisziplinäre Versorgung in Schweden Die Politik will Interprofessionalität

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

Wie wurde ein Umdenken im Bildungsprozess etabliert?

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

Der Weg zur Interprofessionalität und flachen Hierarchien

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

zwei Wochen lang in drei Schichten die Verantwortung für Behandlung, Pflege und Versorgung der Patient*innen. Unabhängig von ihrer Fachrichtung arbeiten die Studierenden gemeinsam als Team in der Grundpflege der Patient*innen und lediglich spezifische Maßnahmen werden von den jeweiligen Fachrichtungen übernommen. Die Rückmeldung zur Versorgung erfolgt direkt durch die Patient*innen; die Supervisor*innen greifen lediglich bei gefährlichen Situationen ein. Im Gegensatz zum System des deutschsprachigen Europas, wird nicht zuerst die berufliche Identität gefestigt, sondern die Grenzen der eigenen Rolle werden im Austausch mit Studierenden anderer Fachrichtungen erschlossen. Durch die gemeinsamen Ausbildungsmodulare 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
